

Par la résorption partielle de la membrane cloacale, le cloaque externe communique avec le cloaque interne en donnant lieu au *cloaque définitif*.

## 2. — STADE SEXUÉ.

Le cloaque définitif une fois formé, le fœtus évolue vers l'un ou l'autre sexe.

**Formation de l'utérus et du vagin.** — Les *canaux de Wolff* s'atrophient de bonne heure chez le fœtus féminin, au moment où les canaux de Müller atteignent le sinus uro-génital (Nagel).

Néanmoins, le canal de Wolff peut s'observer à l'état de vestiges. Cette persistance est même normale chez la vache, la truie et d'autres animaux, chez lesquels les restes de canaux de Wolff prennent le nom de *canaux de Gärtner*. Chez la femme, ces restes wolffiens forment normalement à la base de l'ovaire l'organe de Rosenmüller; ils peuvent même persister le long de l'utérus et du vagin sous forme de cordons incomplets donnant lieu parfois à des kystes congénitaux. D'après Kocks, Fischel, Rieder, Debierre, contrairement à l'opinion de Nagel, les canaux de Gärtner pourraient, même chez la femme, venir s'ouvrir au niveau du vestibule, réunissant ainsi l'organe de Rosenmüller à la vulve (1).

Les deux *canaux de Müller* constitueront en commun l'utérus et le vagin. Ils s'unissent d'abord sur la ligne médiane (Kölliker), formant un canal cloisonné longitudinalement. La cloison se résorbe plus tard et, vers le cinquième mois, existe un canal unique déjà différencié en utérus et vagin. Le vestige de ce cloisonnement donne lieu aux colonnes du vagin et à la crête utérine.

**Formation de la vulve.** — La vulve se développe aux dépens des téguments ectodermiques qui entouraient le cloaque externe, aux dépens du sinus uro-génital et enfin des restes du bouchon cloacal.

Parmi les formations tégumentaires, le tubercule génital sera le *clitoris*; les bourrelets génitaux les *grandes lèvres*; le bord du sillon génital, limitant l'entrée du sinus uro-génital, les *petites lèvres*.

Les restes du bouchon cloacal donneront lieu de chaque côté de la fente vulvaire aux *corps caverneux* et, au-dessus du clitoris, à une partie de la paroi sous-ombilicale (Voy. *Épispadias*, t. IX).

Le sinus uro-génital devenu *vestibule* (Bischoff) ou mieux *canal vestibulaire* (Legay), qui formait pour son propre compte un canal au début relativement long, se trouve, de par le développement prépondérant du vagin, presque identifié avec l'orifice de ce dernier. Si bien que chez la femme adulte les vestiges du sinus uro-génital sont réduits

(1) L. WEBER, Contribution à l'étude des kystes vulvaires, thèse de Paris, 1898.

à la petite zone triangulaire sous-clitoridienne (*vestibule des anatomistes*), au pourtour vaginal, au bourrelet péri-urétral et enfin à l'*hymen*, suivant les idées de Pozzi.

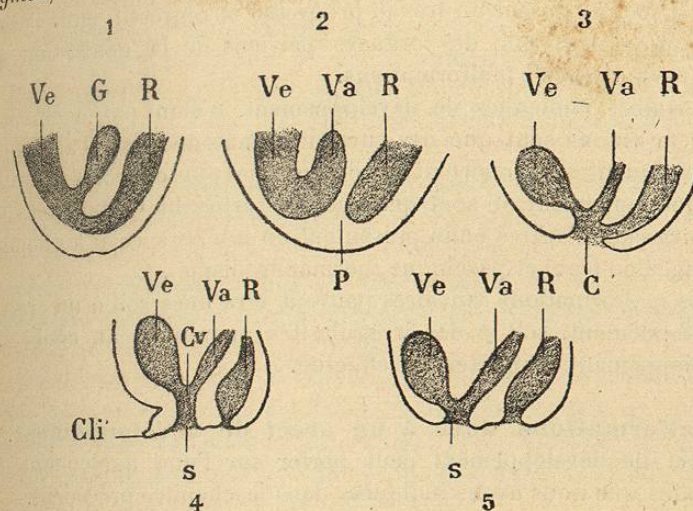


Fig. 119. — Malformations des organes génitaux externes de la femme (Schröder).

1. Atrésie complète de la vulve. — Rectum (r), vessie (Ve) et canal génital (g) communiquant entre eux.
2. Atrésie complète de la vulve. — L'allantoïde (Va) s'est séparée du rectum (r); la vessie (b) et le canal génital (g) sont distendus par l'urine.
3. Atrésie ano-vaginale. — Le périnée (d) ne s'est pas formé et le cloaque persiste; vessie (R), vagin (Va) et rectum (Ve) aboutissent à ce cloaque commun.
4. Persistance du sinus uro-génital (o), auquel aboutissent l'urètre (Cv) et le vagin (Va). Le clitoris (c) est hypertrophique. On confond facilement cette malformation avec l'hypospadias de l'homme.
5. Hypospadias chez la femme. — L'allantoïde tout entière s'est transformée en vessie; celle-ci s'abouche directement, sans l'intermédiaire d'un urètre, dans le sinus uro-génital (s), c'est-à-dire dans le vestibule.

La plupart des auteurs font provenir l'*hymen* des restes du bourgeon épithélial situé à l'abouchement des canaux de Wolff et de Müller dans le sinus uro-génital (bourrelet de Müller). Pozzi pense par contre que l'*hymen* se développe aux dépens des deux replis latéraux qui encadrent à la fois l'orifice du vagin et le méat urinaire et qui, se réunissant au-dessus, forment un cordon plein, la bride masculine. Cette bride masculine serait l'homologue des corps spongieux de l'urètre masculin (1).

## II. — MALFORMATIONS DE LA VULVE ET DU VAGIN.

## MALFORMATIONS DE LA VULVE.

Plusieurs raisons peuvent être invoquées pour expliquer les anomalies si fréquentes qu'on rencontre au niveau des organes

(1) Pozzi, De la bride masculine, etc. (*Ann. de gyn.*, 1884, t. XXI, p. 257).

génito-urinaires : la soudure sur la ligne médiane de la large brèche allantoïdienne, l'évolution compliquée de la membrane anale, la concentration en un point restreint de six canaux distincts, qui tour à tour subissent un travail progressif et régressif, enfin l'évolution et la migration des organes pelviens de la génération sont autant de causes à malformations.

Certaines anomalies de développement, n'étant pas compatibles avec la vie, ne sont que des curiosités anatomiques ; d'autres, les plus fréquentes, n'apportent que des troubles plus ou moins accentués de fonctionnement et sont quelquefois justiciables d'un traitement chirurgical ; d'autres enfin présentent un intérêt spécial au point de vue médico-légal et psychique (hermaphrodisme).

Les malformations vulvaires peuvent être dues soit à un arrêt de développement, soit à des irrégularités survenues au cours d'un développement complètement effectué.

**Malformations dues à un arrêt de développement.** — L'arrêt de développement peut porter sur l'une quelconque des périodes que nous avons indiquées dans le chapitre précédent.

**Atrésie complète de la vulve.** — La vulve est complètement fermée ; les organes génitaux externes sont absents ; les organes génito-urinaires internes peuvent faire défaut ou être rudimentaires ; quand ils existent, l'urètre, le vagin, le rectum s'ouvrent dans une même cavité close : c'est l'arrêt au stade du cloaque recto-allantoïdien (fig. 119, 2). D'autres fois, le cloaque s'est déjà divisé par les plis de Rathke, mais le bouchon cloacal ne s'est pas résorbé : le rectum se termine dans un cul-de-sac anal, l'urètre et le vagin dans un sinus commun clos.

Ces deux variétés de malformation sont incompatibles avec la vie.

**Abouchements anormaux.** — Plusieurs cas peuvent se présenter.

**Atrésie ano-vaginale.** — Le bouchon cloacal s'est résorbé ; cloaque interne et externe communiquent, mais le cloisonnement du cloaque définitif (plis de Rathke) ne s'est pas produit ; la vulve présente un seul orifice, celui du cloaque, où viennent aboutir urètre, vagin et rectum. Dans un cas (Spinelli), le sphincter vulvaire était assez puissant pour retenir matières fécales et urines. Cette malformation peut n'être qu'incomplète et on peut observer (Reichel, Rothorn), avec une vulve, un périnée et un anus normaux, une simple fistule ano-vaginale congénitale.

**Atrésie ano-vulvaire.** — Une malformation analogue, mais correspondant à un stade plus avancé de développement, est caractérisée par l'ouverture vulvaire du rectum, celui-ci venant s'aboucher dans le vestibule au-dessous de l'hymen (anus vestibulaire) : elle s'explique

par le défaut de perforation de la partie postérieure de la membrane anale.

La place où devrait normalement s'ouvrir le rectum est marquée soit par une pigmentation, soit par un bourrelet (1). On observe quelquefois une adhérence plus ou moins prononcée des petites lèvres.

Cette anomalie est très rare, puisque Puech, sur 238 420 naissances, n'en a relevé que 3 cas, Winckel, sur 12000 individus, aucun, et Bedner, sur 7154, un seul cas.

Des essais pour réparer cette malformation ont été entrepris par Hoeheneegg, Rizzoli, Nélaton, Petit, etc. ; on pratique soit l'*incision* jusqu'au rectum normal, quitte à traiter ensuite la fistule recto-vulvaire, soit la *transposition* en disséquant le rectum sur le trajet anormal et en allant le fixer à une ouverture de la peau pratiquée à l'endroit où devait se trouver l'anus.

**Fistule ano-périnéale.** — La vulve est normale, de même l'orifice anal ; mais entre les deux existe une fistule congénitale qui part du rectum et vient se terminer au périnée ; cette fistule s'explique par un accollement incomplet des lames qui cloisonnent le cloaque. Cette fistule est traitée comme une fistule acquise.

**Hypospadias.** — L'hypospadias est un abouchement de l'urètre ou de la vessie situé *au-dessous* de sa position normale (2). Pozzi en distingue deux variétés : la première correspond à la persistance du sinus uro-génital en tant que canal commun aux deux systèmes : la paroi uréthro-vaginale est incomplètement formée, l'urètre semble s'ouvrir dans le vagin ; mais, de fait, il s'abouche dans un canal vestibulaire plus allongé qu'à l'état normal. Dans un second degré, l'hypospadias est dû à une absence totale de l'urètre ; la vessie (allantoïde) s'ouvre immédiatement et directement dans le canal vestibulaire avec le vagin (Lebedeff).

L'hypospadias existe souvent concurremment avec une atrophie du reste des organes génitaux et avec des anomalies masculines des organes génitaux externes (Kussmaul, Ahlfeld). Du reste, inversement, les hypospades mâles possèdent une anomalie féminine. Ceci arrive à dire que l'hypospadias, tant masculin que féminin, est un arrêt de développement des organes génitaux qui rappelle l'âge où l'embryon était au stade indéterminé : c'est pourquoi les hypospades de l'un ou de l'autre sexe sont si souvent pris pour des hermaphrodites.

**Épispadias.** — L'épispadias (déjà décrit par Legueu au tome IX de ce *Traité*, page 308), est une ouverture de l'urètre ou de la vessie située *au-dessus* de sa position normale. On a attribué cette malformation à un vice de développement de l'allantoïde et à un défaut d'occlusion de la grande fissure qui, à un stade reculé, fendait le

(1) LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU, *loc. cit.*

(2) Voy. LEGUEU, *Traité de chirurgie* publié sous la direction de LE DENTU et DELBET, t. IX, p. 286.

foetus de l'ombilic au cloaque (Nagel). D'autres (Durand) (1) font intervenir, outre les causes allantoïdiennes, un vice de développement de la partie antérieure de la membrane cloacale.

Nous avons vu que cette membrane persistait dans la profondeur du tubercule génital sous forme d'une petite bandelette, la lame urétrale, et nous avons dit que c'était aux dépens de cette lame que se développait chez le foetus masculin la portion pénienne de l'urètre. Comme il a été dit au tome IX de ce traité, si la lame urétrale traverse le clitoris de part en part, l'orifice urétral pourra se trouver au-dessus de cet organe (*épispadias clitoridien*) : le clitoris dans ce cas est fendu en deux, mais le canal de l'urètre est normal (Coustou).

Dans un cas plus avancé (*épispadias sous-symphysaire*), l'urètre s'ouvre au-dessus du clitoris, non plus comme un canal clos, mais sous forme d'une demi-gouttière constituée par le clitoris fendu ; la paroi supérieure manque jusque sous la symphyse, la lame urétrale ayant fait défaut à ce niveau.

Enfin, dans une troisième variété (*épispadias rétro-symphysaire*), l'urètre s'ouvre largement derrière la symphyse et vient s'aboucher à la peau du mont de Vénus. Cette dernière variété peut aller jusqu'à une véritable extrophie de la vessie, avec ouverture partielle ou totale de la symphyse, abouchements anormaux des uretères, etc. Ces cas limités sont dus à des malformations allantoïdiennes.

L'épispadias peut coexister avec des organes génitaux parfaitement normaux ; seul le clitoris est le plus souvent bifide.

L'incontinence d'urine congénitale fera facilement reconnaître un épispadias grave ; cependant on a noté des cas où les urines étaient maintenues par un sphincter.

**Abouchements de l'uretère à la vulve ou au vagin.** — L'uretère se développe aux dépens d'un diverticulum qui part de la partie inférieure du canal de Wolff ; or nous savons que celui-ci s'ouvre primitivement dans le sinus uro-génital et ne s'atrophie que plus tard (canaux de Gärtner). Normalement le pédicule de l'allantoïde, dans lequel s'abouche le canal de Wolff, s'allonge, entraînant en haut le diverticule urétral. Mais si cet allongement n'a pas lieu, l'uretère peut rester à sa place primitive et s'ouvrir là où se terminait primitivement le canal de Wolff, c'est-à-dire dans le sinus uro-génital (futur vestibule) ou dans le segment inférieur du vagin.

Dans ces cas d'abouchements anormaux, les uretères sont souvent oblitérés, comme les vestiges du canal de Wolff ; d'autres fois, ils sont bien conformés et donnent lieu alors à une incontinence d'urine.

On a tenté avec succès d'aboucher ces uretères dans la vessie (Albarran).

(1) DURAND, Épispadias chez la femme (*Ann. de gyn.*, 1895, t. XLIV, p. 15).

**Malformations dues à des irrégularités de développement.** — **Atrophies.** — Les organes génitaux sont normaux dans leurs formes générales, mais ils ne se développent pas à la puberté, restent infantiles ; les grandes et les petites lèvres sont peu proéminentes, les poils pubiens rares, le vagin petit, l'utérus peu développé.

Une autre irrégularité de développement est la *fusion des petites lèvres* (Bokai), fusion qui ne laisse quelquefois qu'un très petit orifice pour l'émission des urines et l'écoulement du sang menstruel. Cet accolement des petites lèvres, comparable au phimosis, est justiciable d'une simple incision.

**Hypertrophies.** — Les *grandes lèvres* sont rarement hypertrophiées, à part les cas pathologiques (éléphantiasis, lipomes, etc.). Les *petites lèvres*, dans certaines races (Hottentotes), peuvent prendre un développement considérable.

Mais l'hypertrophie la plus intéressante est celle du *clitoris*, car elle induit souvent en erreur et fait poser le diagnostic d'hermaphrodisme dans des cas qui ne le comportent nullement. Ce qui justifie d'autant plus cette erreur, c'est que l'hypertrophie du clitoris simple est assez rare ; elle est presque toujours accompagnée d'hypospadias, comme nous allons le voir (pseudo-hermaphrodisme).

**Anomalies de l'hymen.** — L'hymen se développe, comme nous l'avons vu, pour la plupart des auteurs, aux dépens des restes du bouchon épithélial situé à l'abouchement du canal du même nom dans le sinus uro-génital (éminence de Müller) ; pour Pozzi, l'hymen provient d'un accolement de deux lames qui s'élèvent des parois de ce sinus pour venir se souder sur la ligne médiane.

Habituellement, il reste un petit orifice hyménéal ; normalement encore, cet orifice peut prendre toutes les formes.

Mais la véritable anomalie de l'hymen est son *imperforation*. Celle-ci, qu'il ne faut pas confondre avec l'atrésie vaginale, en reproduit tous les symptômes ; nous les étudierons plus loin.

Comme autre anomalie de structure, l'hymen peut présenter une épaisseur et une résistance si grandes que sa défloration naturelle ne peut plus se produire. D'autres fois, l'hymen est charnu et très vasculaire ; une hémorragie grave a pu même se produire à la suite du premier coït. L'homologie de l'hymen avec les corps spongieux de l'homme expliquerait, d'après Pozzi, cette vascularisation excessive.

Enfin, on peut trouver un hymen très haut situé dans les cas où le canal vestibulaire est resté allongé, et certains auteurs (Fristo) ont décrit plusieurs hymens ; ces prétendus hymens multiples sont très probablement dus à des cloisonnements acquis du vagin.

**Hermaphrodisme** (1). — La plupart des cas décrits sous la rubrique

(1) Pozzi, Traité de gynécologie, Paris, 1898, et *Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 1896, 3<sup>e</sup> série, t. XXXVI, p. 132. — NEUGEBAUER, *Verh. der Deutschen Gesellschaft für Gyn.*, Bd VI, Leipzig, 1895.

d'*hermaphrodites vrais* ne sont que des *pseudo-hermaphrodites*. Pour qu'il y ait hermaphrodisme vrai, il faut que l'individu ait non seulement les attributs externes plus ou moins développés de l'un et de l'autre sexe, mais qu'il possède aussi des *glandes génitales* à la fois masculines et féminines ; il faut qu'il ait ovaire et testicule.

La plupart des cas, sinon tous, où ces desiderata paraissaient remplis, n'ont pas résisté à un examen histologique approfondi des glandes génitales (Nagel, Pozzi).

Par contre, le *pseudo-hermaphrodisme* est très fréquent. Il peut affecter soit le type masculin (androgynoïdes), soit le type féminin (gynandroïdes).

Les *gynandroïdes* sont des femmes dont non seulement l'habitus général (voix, développement de la barbe, absence de seins) rappelle l'homme, mais chez lesquelles les organes génitaux internes sont atrophiés, tandis que le clitoris est plus ou moins anormalement développé. L'hypospadias est très fréquent dans ces cas, de même l'accouplement des lèvres qui peut faire croire à l'existence d'un vrai scrotum.

Les *androgynoïdes* sont des hommes de par des testicules plus ou moins atrophiés, ectopiés, etc. ; mais ils possèdent la plupart des attributs extérieurs des femmes : chez les uns, dont les organes génitaux sont masculins, mais atrophiés, ce sont surtout les seins qui prennent un volume féminin (gynécomastes de Pozzi). Les autres ont tous les caractères de la femme, hormis l'existence des ovaires ; ils ont un vagin et un utérus plus ou moins développé, des organes génitaux externes féminins (grandes et petites lèvres), le clitoris est particulièrement volumineux et l'hypospadias la règle.

La plupart des *pseudo-hermaphrodites* présentent en outre des troubles dans la sphère psychique.

#### MALFORMATIONS DU VAGIN.

Pour comprendre les malformations congénitales du vagin, il faut se souvenir de deux points de son développement : 1° le vagin se forme aux dépens du segment inférieur des deux canaux de Müller accolés, le segment supérieur formant l'utérus et les trompes ; 2° primitivement, le vagin n'aboutit pas au cloaque directement, mais par l'intermédiaire d'un canal vestibulaire assez long.

Il s'ensuit que : 1° la plupart des malformations vaginales (atrésies et sténoses), véritablement congénitales, sont presque toujours suivies d'anomalies utérines et tubaires (Nagel), et 2° certaines anomalies considérées comme vaginales sont en réalité des anomalies vestibulaires.

Les anomalies vaginales peuvent être dues, à l'égal des organes génitaux externes, soit à un arrêt de développement, soit à une irrégularité survenue au cours de ce développement.

**Malformations par arrêt de développement.** — La plus accentuée est l'*absence totale* de vagin : le rectum et la vessie s'accolent directement l'un à l'autre, le vagin n'est marqué que par quelques tractus fibreux : les organes génitaux externes peuvent être normaux, mais les organes génitaux internes sont absents : c'est l'atrésie complète des canaux de Müller.

D'autres fois, il existe un petit vagin étroit et très court, aboutissant à un cul-de-sac au-dessus duquel existe ou n'existe pas d'utérus.

C'est la même malformation que la précédente : le vagin manque en réalité ; ce qui le remplace est le canal vestibulaire qui a conservé sa forme allongée au lieu d'être effacé par le développement prépondérant de l'orifice vaginal.

Dans une troisième variété, le vagin existe avec son calibre plus ou moins normal, mais il est cloisonné.

On distingue le *cloisonnement longitudinal* et le *cloisonnement transversal* (atrésie vaginale).

Dans le *cloisonnement longitudinal* existe un septum fibro-muqueux qui divise le vagin en deux parties disposées en canons de fusil. Le septum peut naître à partir du col utérin et aller jusqu'à l'hymen ; on observe alors le plus souvent un utérus double et deux hymens (ou deux orifices hyménaux, Pozzi), c'est le *cloisonnement total*. D'autres fois, la cloison est incomplète ou perforée par endroits, longue de quelques centimètres seulement (*cloisonnement partiel*).

Cette malformation, qui passe très souvent inaperçue, n'apporte aucune entrave ni au coït ni à l'accouchement (Dünning), la cloison s'accolant dans ces deux actes à la paroi vaginale.

Le cloisonnement longitudinal du vagin est dû à deux causes (Nagel) : ou bien les deux canaux de Müller ne se sont pas soudés (cloisonnement total), ou bien une partie des cellules qui obstruent primitivement la partie inférieure des canaux de Müller ne s'est pas résorbée ; de là, cloisonnement partiel.

Au cloisonnement longitudinal on peut annexer les cas de vagin double, dans lesquels l'un est imperforé (vagin borgne latéral). A côté d'un vagin normal ou légèrement atrésié se trouve alors un second vagin qui ne se termine pas à la vulve. Ce second vagin peut rester longtemps ignoré, jusqu'au moment où il s'y développe, soit une collection muqueuse, soit une collection sanguine (hémato-colpos).

Le *cloisonnement transversal* donne lieu, s'il est complet, à l'*atrésie vaginale*. La cloison qui la constitue peut être située à une hauteur variable ; le plus souvent, elle occupe le tiers inférieur du vagin : elle est formée soit par un hymen imperforé, soit par une cloison propre au vagin lui-même, placée à quelques centimètres au-dessus de la vulve. Cette cloison se forme vraisemblablement aux dépens du bou-

chon épithélial qui ferme primitivement le vagin et qui ne se résorbe pas : le petit canal qui précède cette cloison est le canal vestibulaire. Nous avons observé à la Clinique chirurgicale de Necker un cas de ce genre. La cloison, très épaisse, siégeait à 3 centimètres environ de la vulve ; au delà, le vagin se continuait et avait formé une poche pleine de mucus ; les organes génitaux internes étaient rudimentaires ; la malade n'avait jamais été réglée. Dans ce cas, il n'y avait aucun vestige d'hymen à l'entrée du canal vestibulaire. Mais d'autres observateurs (M. Duncan, Schröder) ont vu la coexistence d'une cloison vaginale et d'un hymen bien constitué qui lui était accolé. Cette conformation s'expliquerait, d'après Pozzi, par l'origine vestibulaire et non müllérienne de l'hymen.

Le *cloisonnement transversal incomplet* est constitué par des *brides vaginales* plus ou moins étendues. Ces brides, de même qu'un grand nombre de sténoses ou rétrécissements du canal vaginal, sont moins souvent d'origine congénitale qu'on ne le croit (Nagel) ; l'accolement des parois du vagin et de ses plis est fréquemment acquis, cicatriciel ; il est dû dans ce cas, soit à une inflammation, soit à un traumatisme.

Les sténoses et les brides congénitales s'expliquent par un défaut de déhiscence des canaux de Müller, originairement pleins, comme nous l'avons dit au début ; la sténose vaginale a souvent pour corollaire un défaut de développement de l'utérus.

**Complications des atrésies vaginales.** — Les atrésies vaginales passent souvent inaperçues dans l'enfance ; les malades les remarquent soit au moment de la puberté, soit lorsqu'elles subissent les premières tentatives de coït, soit enfin quand, à l'établissement des règles, apparaissent des accidents de rétention.

Ces accidents sont constants lorsque l'utérus est bien conformé : le sang s'accumule en amont de l'obstacle et donne lieu à l'affection qu'on nomme *hématocolpos*.

L'hématocolpos est caractérisé par une tumeur fluctuante qui proémine à la vulve, s'élève à l'hypogastre, atteignant parfois un volume énorme. (Dans un cas de Franck, il contenait 6 litres de sang.) Son début est insidieux, indolore ; mais, à mesure que, chaque mois, la poche se remplit, les douleurs dues à la distension, à la compression, deviennent intolérables. La poche finit par se rompre : elle s'ouvre le plus souvent au niveau même de l'obstacle (cloison vaginale ou hymen) ; le sang s'écoule ou bien à flots ou peu à peu, par un petit orifice. Dans ce dernier cas, la poche s'infecte et se transforme en un énorme abcès.

Dans l'hématocolpos médian, le *diagnostic* est relativement facile : par l'exploration vésicale et rectale, on se rend compte des connexions de la tumeur. Mais il n'en est pas de même dans l'hématocolpos latéral où l'affection se confondra facilement avec un kyste, une hématocele,

et ceci d'autant plus que les règles peuvent normalement s'écouler par le second vagin perméable.

**Traitement des malformations vaginales.** — Le traitement, toujours chirurgical, aura sa raison d'être quand la malformation vaginale (absence, atrésie ou sténose) coexiste avec des organes génitaux internes bien développés : il s'agit alors soit de prévenir l'hématocolpos, soit d'affranchir la malade des vives douleurs qu'elle ressent au moment des règles, soit enfin de permettre le coït et la fécondation (Dimitrescu) (1).

Quand les organes génitaux internes sont ou absents ou atrophiés, ce qui est parfois difficile à reconnaître, l'intervention est moins utile.

Dans les cas où l'atrésie est produite par un septum, l'incision suivie d'une dilatation suffit.

Dans les cas de sténoses allongées ou surtout d'absence totale ou partielle du vagin, deux méthodes peuvent être employées (Labadie-Lagrave et Legueu) : l'incision ou l'autoplastie.

Autrefois, on se contentait d'inciser la cloison recto-vésicale, d'aller chercher le col utérin et de maintenir l'orifice ainsi créé par des drains ou des tampons.

Actuellement, on a plutôt recours à des procédés autoplastiques qui ont donné d'excellents résultats, soit qu'on se serve pour tapisser le néo-vagin de lambeaux muqueux pris au-dessus et au-dessous de l'incision vulvaire, soit qu'on ait mis à contribution la peau des petites lèvres ou même des muqueuses d'un organisme étranger.

### III. — AFFECTIONS DE LA VULVE ET DU VAGIN.

#### LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA VULVE ET DU VAGIN.

Les lésions traumatiques qui atteignent la vulve sont souvent les mêmes que celles qui intéressent le vagin. D'autre part, les parois vaginales sont fréquemment intéressées quand la vulve est prise, de sorte qu'il y a avantage à étudier ensemble les traumatismes de la vulve et du vagin.

**Étiologie.** — Les contusions et les plaies de la vulve et du vagin se produisent, en règle générale, pendant l'accouchement et surtout chez les primipares. Les différents instruments qui servent pendant certains accouchements sont parfois la cause de la contusion ou de la plaie.

Les traumatismes accidentels peuvent être invoqués (coup de pied, chute à califourchon sur une barre, sur le dossier d'une chaise ou sur un objet pointu). Des canules à injection, des pessaires brisés peuvent produire le même effet. Le coït brutal a été signalé un certain nombre de fois, surtout quand il s'agit de viol.

(1) DIMITRESCU, Étude des absences congénitales du vagin au point de vue chirurgical, thèse de Paris, 1896, et *Arch. des sc. méd.*, 1897, n° 2, p. 150.