

il existe une forme particulière d'abcès chroniques du corps de la lèvre, qui a un caractère kystique bien déterminé et qui semble devoir, son origine à une oblitération veineuse. Il a une tendance particulière à la récurrence, et, s'il n'est pas incisé largement, il persistera un trajet fistuleux, qui ne se referme jamais d'une manière définitive, avant que la membrane, qui le tapisse, ait été excisée. Ces abcès ont une marche très lente et ils occasionnent beaucoup de désagréments et de douleurs.

A la palpation ils donnent la sensation de tumeurs grosses comme des noisettes dans l'épaisseur de la lèvre et, à l'incision, il s'écoule une petite quantité de pus glaireux, qui ne possède pas, comme celui de l'abcès aigu, cette odeur infecte particulière.

La *glande de Bartholin* peut devenir le point de départ d'un abcès pendant la gonorrhée aiguë, ou par obstruction des orifices de ses canaux excréteurs. Elle peut aussi être affectée d'une inflammation chronique et présenter alors une augmentation de volume qui rend les rapports sexuels fort douloureux; dans ce cas elle doit être extirpée.

**Œdème.** — Dans tous les cas d'*œdème généralisé*, la vulve est un des points sur lesquels il se manifeste tout d'abord; il devient une source de vifs désagréments. Il sera parfois nécessaire d'y faire des mouchetures avec une lancette pour évacuer la sérosité. Il est plus prudent d'employer une lancette qu'une aiguille, car les ouvertures doivent être larges, et il est toujours bon d'avertir la malade de l'éventualité de la nécrose, qui accompagne souvent cette opération; mais le soulagement obtenu par ce procédé est souvent si grand qu'il compense pleinement tous les risques de l'intervention.

Nous avons déjà parlé de l'œdème qui accompagne l'inflammation aiguë et nous n'y reviendrons pas. L'*hypertrophie simple* des lèvres est quelquefois une telle source d'ennuis et d'obstacles aux rapports sexuels, qu'elle exige une intervention opératoire. On la rencontre souvent chez des jeunes

femmes qui manipulent beaucoup leurs parties génitales et chez des femmes qui ont eu beaucoup d'enfants. Pendant les chaleurs, les lèvres hypertrophiées s'irritent, leurs faces extérieures et la surface interne des cuisses s'ulcèrent et elles réclament l'usage continu de poudre de toilette.

Les petites lèvres sont parfois si volumineuses congénitalement, qu'elles arrivent à constituer une véritable difformité. J'ai dû plusieurs fois les enlever chez des jeunes filles afin de remédier à la masturbation, comme on a pratiqué la circoncision dans le même but chez des garçons.

La *sclérose simple* des lèvres est probablement le premier stade de deux affections, dont je parlerai immédiatement, l'*éléphantiasis* et l'*hypertrophie syphilitique*. J'ai eu à soigner une malade, chez laquelle je pus suivre une sclérose de la lèvre gauche pendant près de quatre ans, mais elle resta exactement au même point que lorsque je la vis pour la première fois. Les tissus n'étaient pas hypertrophiés, la lèvre n'était pas immobilisée, quoique sa presque totalité fût devenue aussi dure que du cartilage. Le développement de l'affection était assez obscur, et elle semblait durer depuis environ 18 années.

Je n'ai vu qu'un seul cas d'*éléphantiasis*; il m'avait été envoyé par mon ami, le Dr *Campbell*, de Stourbridge. Les lèvres étaient énormément et symétriquement hypertrophiées; elles durent être enlevées à l'écraseur afin de pouvoir accoucher la malade. Les tumeurs étaient tout à fait molles et nodulaires; elles étaient simplement formées par une hypertrophie des tissus cutanés et sous-cutanés, tout particulièrement des nodules adipeux et des trabécules fibreuses. Les surfaces guérirent rapidement, et actuellement, après quatre ans, il n'existe aucune trace de récurrence.

J'ai enlevé dernièrement un énorme *adénome* de la lèvre gauche, qui me fut envoyé par le Dr *Donovan*, d'Erdington. La tumeur ressemblait au premier abord à une grosse hernie

inguinale ; et c'est seulement après la dissection minutieuse du pédicule, que nous fûmes tout à fait assurés qu'elle ne contenait aucun organe abdominal. Les tissus étaient très vasculaires, et l'opération fut assez sérieuse et difficile.

*L'accident syphilitique tertiaire*, auquel j'ai fait plus haut allusion, est une affection qui ne me semble pas très bien connue, et dont je n'ai encore vu nulle part une description détaillée. Par conséquent, il me semble assez indiqué de donner, pour la première fois, les détails d'un cas qui fut soigné pendant plusieurs années dans mon service d'hôpital, et dont j'ai pu relever l'observation complète.

Mme M..., âgée de 35 ans, lorsqu'elle vint réclamer mes soins en 1871, avait contracté la syphilis par l'intermédiaire de son mari cinq ans auparavant. Les seuls symptômes secondaires dont elle eût souffert étaient un léger mal de gorge et quelques poussées de roséole. Avant son infection elle avait eu sept enfants, et deux ans après elle en eut un autre, tout à fait sain. Bientôt après la naissance de ce dernier enfant elle aperçut quelques nodules durs, se développant sur les grandes lèvres. Ils étaient absolument indolores et ne lui occasionnaient à ce moment que fort peu de malaise. Ils augmentèrent rapidement de volume, bientôt toute la vulve fut intéressée et les rapports sexuels devinrent impossibles. Elle s'adressa à différents hôpitaux, mais on lui répondit toujours que son affection était de nature cancéreuse et par conséquent incurable.

Lorsque je la vis pour la première fois, sa situation était terrible. Elle ne pouvait rester que debout ou couchée, la position assise était impossible. Depuis le milieu de l'espace compris entre le pubis et l'ombilic, en bas par dessus les plis de l'aîne, sur une étendue de 7 à 8 centimètres sur les cuisses, sur toute la vulve, le périnée et autour sur une grande partie des deux fesses, la peau était considérablement épaissie, tout à fait dure, et occupée par de grosses nodosités irrégulières. Le tout était absolument adhérent aux tissus sous-jacents. Ces nodosités atteignaient le volume de grosses tumeurs sur le mont de Vénus et sur les lèvres ; sur les fesses, elles étaient traversées par cinq ou six trajets fistuleux, d'où s'écoulait constamment un pus épais.

Il était tout à fait impossible de découvrir le siège exact de l'anus et le doigt ne pouvait être introduit dans le vagin. L'existence était devenue pour cette pauvre femme absolument intolérable.

Ayant reconnu auparavant quelques tumeurs, présentant tout à fait les mêmes caractères, quoique de volume beaucoup moins considérable,

comme étant sans aucun doute de nature syphilitique, et les ayant vu disparaître entièrement par le traitement spécifique, je donnai quelque espérance à cette pauvre femme sur la possibilité de sa guérison. Je lui fis prendre trois fois par jour la dose de 0,90 d'iodure de potassium, et je lui prescrivis une solution phéniquée pour des lavages fréquents.

Ce traitement fut continué pendant quelques mois sans le plus léger changement. Elle fut alors traitée à la solution de Donovan, qui contient du protoiodure de mercure et de l'arsenic, et, avant qu'elle l'eût prise pendant deux mois, on pouvait déjà observer un effet merveilleux ; de sorte qu'en mars 1872, les tumeurs avaient diminué d'un tiers de leur volume primitif ; la malade pouvait marcher et prendre de l'exercice car l'amélioration la plus considérable s'était produite sur les fesses, où toutes les fistules sauf une étaient complètement guéries.

En juillet, cette dernière se ferma aussi et les selles se firent régulièrement, quoique l'examen seul ne révélât pas du tout la situation de l'anus. Dans ce mois de juillet le protoiodure fut remplacé par le bichlorure de mercure, dont elle prit un centigramme trois fois par jour pendant les 12 mois suivants.

Le 1<sup>er</sup> octobre les lèvres avaient tellement diminué de volume que le doigt pouvait être introduit dans le vagin, et on pouvait alors s'assurer que ce canal, ainsi que l'utérus, étaient absolument sains.

En janvier 1873, toute l'induration avait disparu sauf de la région anale ; le reste des organes environnants étant redevenu absolument normal. En octobre elle discontinua le traitement, car elle était alors enceinte de cinq mois.

En février 1874, elle accoucha d'un énorme enfant, qui dut être extrait par éviscération, soit à cause de son volume, soit à cause d'un rétrécissement pelvien de la mère. Bien malheureusement, elle mourut d'infection quatorze ou quinze jours après l'accouchement.

A l'autopsie on put enlever un petit noyau d'induration dans le voisinage du périnée. L'examen microscopique nous montra qu'il était surtout composé de cellules coudées allongées, transformées imparfaitement en fibres, avec des lacunes où étaient logées des cellules libres à grands noyaux. L'hypertrophie semblait être limitée à la couche papillaire du derme.

Ce cas nous fournit la preuve absolue que ces tumeurs remarquables étaient des syphilomes. Leur position et leur évolution, leur disparition sous l'influence du traitement spécifique, aussi bien que les résultats peu satisfaisants de l'examen microscopique me conduisent à croire qu'une telle affection n'est qu'une forme chronique de plaque muqueuse.

Avant ce cas j'en avais déjà vu d'autres et depuis lors j'ai eu encore l'occasion de renouveler connaissance avec cette singulière affection ; dans chaque exemple la guérison a été obtenue par le mercure, tandis que l'iodure de potassium échoua absolument. Si c'était ici la place, je pourrais, d'après ce que j'ai observé dans ma pratique, fournir des preuves évidentes que la syphilis se présente sous des manifestations cliniques bien différentes, et que les résultats thérapeutiques sont également très différents selon les localités et les pays. Ainsi, dans un grand nombre de cas de syphilis, s'élevant à plusieurs centaines, que j'ai pu observer à Birmingham, je n'ai vu que trois ou quatre éruptions sous forme de *rupia*, et dans tous ces cas la maladie avait été contractée ailleurs, dans des ports de mer.

Chez nous, les accidents primaires et secondaires sont rarement aussi accentués que ceux surtout que j'ai vus à Edimbourg, tandis que le nombre des indurations syphilomatenses de la langue et de la vulve, est très considérable. Contre ces dernières, le seul médicament qui doit être prescrit, c'est le mercure ; l'iodure de potassium est absolument inutile. Par contre, d'après ce que j'avais vu auparavant, à Edimbourg et ailleurs, les accidents secondaires étaient généralement plus graves, tandis que les symptômes tertiaires inquiétants, comme ces tumeurs gommeuses, me restèrent absolument inconnus ; l'iodure de potassium restait le médicament de choix et le mercure était très en défaveur. Ces variations de l'affection selon les différentes localités est un sujet de grande importance, et il est tout à fait digne d'être étudié avec beaucoup plus de soin qu'il ne l'a été jusqu'à présent.

L'hématome et le thrombus des lèvres sont le plus souvent dépendants de l'état de grossesse, mais ils peuvent néanmoins être observés comme le résultat de traumatisme chez des femmes qui ne sont pas enceintes. J'ai été consulté une fois par un mari, arrivant chez moi le lendemain de son mariage,

très alarmé de ce que sa maladresse avait occasionné une forte effusion sanguine dans les tissus sous-cutanés des lèvres de son épouse. Une série de cas plus terribles sont ceux que nous sommes appelés à examiner comme médecins légistes, lorsque un certain nombre d'individus a eu successivement des rapports violents avec une même femme ; ou bien encore lorsqu'un homme a frappé ou piétiné les parties d'une femme, soit parce qu'elle n'acceptait pas ses offres, soit après avoir pu satisfaire sa passion. Dans quelques cas il s'est produit une hémorragie mortelle.

La cause la plus fréquente du thrombus est la *grossesse*, condition qui produit l'hypérémie par stase de tous les organes pelviens et des membres inférieurs. Il est bien connu qu'un des signes de l'état de gravidité est la coloration violacée de la vulve et du vagin, due à l'augmentation de volume des ramuscules veineux. Pendant les derniers mois surtout, et tout spécialement chez les femmes qui ont eu un grand nombre d'enfants, les veines sont beaucoup plus distendues qu'à l'état normal : un effort accidentel suffira alors pour occasionner leur rupture et une effusion sanguine dans les tissus du voisinage.

Je l'ai vue se produire même à la suite d'un effort peu considérable, celui de soulever un seau d'eau ; elle peut se présenter aussi pendant le coït et elle est très fréquente au moment du travail.

Pendant les grandes douleurs expulsives qui doivent terminer l'accouchement, ces veines peuvent céder et causer des thrombus, qui sont parfois si volumineux qu'ils mettent obstacle à la sortie de l'enfant. Dans ce cas, on doit inciser la lèvre et enlever le caillot, mais on ne doit intervenir dans aucune autre circonstance. Dans quelques cas malheureux ces tumeurs sanguines peuvent donner lieu à des abcès fétides, accompagnés de nécrose étendue et se terminant par la mort. Lorsque l'on a quelques indices qui font supposer cette

éventualité, on doit inciser largement et évacuer les débris, car ce sera le seul moyen d'éviter une terminaison aussi malheureuse.

Une autre cause de thrombus vaginal est celle que j'ai vu se produire une ou deux fois à la suite de l'application d'instruments par des personnes inexpérimentées. Je n'oublierai jamais avoir été appelé pour voir une femme, sur laquelle un praticien avait fait des tentatives injustifiables pour terminer l'accouchement au moyen du forceps, et pendant lesquelles l'instrument avait dérapé au moins une vingtaine de fois. La vulve n'était plus qu'une masse informe de déchirures et de lacérations, les tissus n'étaient plus reconnaissables et le tout était infiltré de caillots sanguins. Dans l'espace de quelques jours tout l'ensemble des parties molles se gangréna et la malade succomba.

L'augmentation du volume des veines des lèvres peut parfois devenir si considérable chez les multipares, qu'elle constitue un embarras sérieux et permanent. On peut d'ailleurs rencontrer aussi ces varices chez des femmes qui n'ont jamais eu d'enfants; dans quelques cas assez rares elles paraissent être congénitales.

Il y a environ trois ans je fus consulté par une jeune femme, qui avait été mariée pendant cinq ou six ans et chez laquelle le coït était rendu impossible par d'énormes varices des deux lèvres d'origine congénitale mais qui avaient considérablement augmenté depuis la puberté. En effet, l'hymen était encore intact. Deux tentatives avaient été faites pour les enlever au bistouri, mais l'hémorragie avait été si terrible, que l'opération n'avait pas été achevée.

Comme la malade était absolument décidée à courir quelques risques pour se débarrasser de cette difformité, j'en entrepris l'opération, en l'avertissant toutefois que le résultat pourrait bien en être fatal. Je transfixai la base de chacune des lèvres au moyen d'une aiguille, et je passai par

dessous une forte ligature élastique, étranglant complètement chacune des deux masses. Dans l'espace d'une semaine le fil s'était frayé un passage sans aucun accident à travers les tissus; le seul inconvénient fut la grande douleur causée par les ligatures, qui nécessita l'administration continuelle des opiacés. Actuellement cette dame est tout à fait saine et elle a un enfant vivant. Cette augmentation de volume était due à de larges sinus veineux avec des parois très épaissies. J'ai eu depuis encore deux autres cas de tumeurs semblables, unilatérales, et je les ai enlevées toutes les deux avec plein succès par la ligature élastique.

Les *petites tumeurs kystiques* des lèvres sont très fréquentes; on en rencontre trois variétés selon leur contenu; la plus commune est celle qui provient de l'oblitération de l'orifice d'une des nombreuses glandes muqueuses; elle renferme dans ce cas un liquide clair, glaireux. Elles sont situées très superficiellement au-dessous de la surface muqueuse, et seront traitées par simple évacuation.

La seconde variété, moins fréquente, est située dans le corps même de la grande lèvre, elle est plus volumineuse, et son contenu peut être épais, gluant, clair ou muco-purulent, ou même sébacé. Afin de prévenir la formation d'une fistule, qui persisterait après l'incision, il est préférable de l'extirper totalement par dissection.

La troisième variété, la moins fréquente, est celle qui contient un liquide sanguinolent, et qui provient probablement de la fermeture d'une veine par adhérence de ses parois internes. Ces kystes sanguins peuvent toujours être guéris par simple ponction, et, d'après ma propre expérience, l'opération peut se faire sans aucun risque.

La hernie inguinale est assez fréquente pour avoir été observée par tout gynécologue ayant quelque expérience. Le passage du contenu abdominal s'effectue par un trajet foetal non oblitéré, le *canal de Nüch*, et le sac peut contenir soit de

l'épiploon, soit de l'intestin, soit un ovaire. Mais ce canal reste rarement perméable et c'est ce qui explique, je pense, la plus grande fréquence de la variété crurale chez la femme. Ainsi, pour trente ou quarante cas de hernie, il s'en trouvera au plus une seule située dans la lèvre. On a publié des observations où celles-ci ont été incisées par des chirurgiens croyant avoir à faire à des tumeurs kystiques. On a aussi relaté des cas où les ovaires, et même l'utérus gravide se sont rencontrés dans ces hernies inguinales. Le diagnostic de ces prolapsus n'est pas difficile, si l'on prend soin d'examiner les conditions exactes des tissus situés entre la tumeur et la paroi abdominale; dans le cas d'une hernie, on constatera toujours un collet qui conduit à l'orifice inguinal et qui lèvera tous les doutes sur la nature de l'affection. Si la hernie peut être réduite, on arrivera à une cure radicale par les opérations qui ont été conseillées par *Wood* ou *Wutzer*.

J'ai enlevé deux fois des kystes de l'ovaire, qui s'étaient engagés dans les sacs herniaires.

Des lipômes, soit encapsulés, soit résultant d'une hypertrophie des lobules adipeux de la lèvre, peuvent aussi être rencontrés ici; et, si l'intervention devient nécessaire, ils peuvent être enlevés par le bistouri (1).

*Simpson* a mentionné de petits névromes vrais, situés au dessous de la muqueuse vulvaire, tout à fait semblables aux névromes que l'on rencontre ailleurs, mais je n'ai encore rien observé de pareil. Il recommande leur extirpation. Il n'en donne pas une description très nette, mais je présume qu'ils correspondent à la tumeur sous-cutanée et douloureuse de *Wood*.

La forme la plus commune de tumeur maligne de la vulve est l'épithéliome, mais j'ai rencontré aussi l'encéphaloïde, affection qui ne laisse naturellement aucun espoir de guérison.

(1) J'ai vu un cas où les lèvres étaient énormément augmentées par hypertrophie graisseuse, la malade pesant près de 400 livres.

**Malformations. — Vices de conformation.** — On nous apporte parfois des enfants avec des malformations congénitales, et dont il est assez difficile de déterminer exactement le sexe; de plus il en existe d'autres, qui sont attribués par les parents à tel ou tel sexe, sans avoir pris l'avis d'une personne compétente. Il se produit parfois ainsi des erreurs regretta-

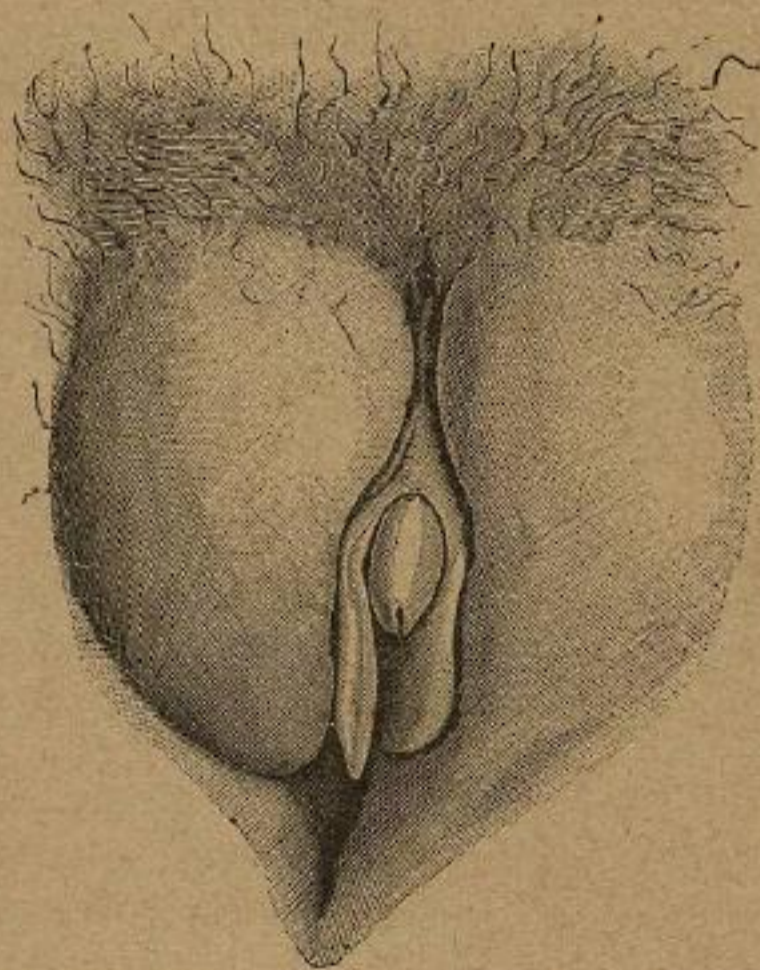


Fig. 3. — Hypospadias mâle après la puberté, chez un individu ayant été élevé comme fille.  
(Annals of gynecology).

bles, qui doivent être rectifiées à une époque plus tardive de l'existence. Il existe de nombreux cas historiques d'hommes qui ont été mariés comme femmes, ou de femmes qui ont occupé des positions masculines pendant plus ou moins longtemps. Je connais un individu mâle, appartenant à une famille aisée, qui fut baptisé comme fille et qui est encore, à

un âge avancé, regardé comme appartenant à l'autre sexe et habillé en conséquence.

Ces cas de malformations sont toujours très affligeants pour les parents et ils deviennent plus tard un grand souci pour les malades. Au point de vue clinique, les vices de conformation peuvent être divisés en *deux classes* : l'une comprenant les cas où un arrêt de développement des organes masculins donne à



Fig. 4. — Hypospadié mâle après la puberté, ayant été considéré comme une fille. (*Annals of gynecology*).

l'enfant l'apparence du sexe féminin, et la seconde renfermant les cas où un développement exagéré des organes *féminins* les fait ressembler à ceux d'un individu mâle. La première est de beaucoup la plus fréquente ; et, dans tous les cas douteux, il doit être de règle générale d'admettre que l'enfant est masculin, à moins de preuves manifestes du contraire ; de cette manière on pourra éviter des erreurs absolument lamentables.

Avant d'arriver au mariage, l'homme a toujours l'occasion d'apprendre, d'après l'éducation que tous les jeunes gens reçoivent après la puberté, s'il possède oui ou non les capacités génésiques ; et, si ce n'est pas le cas, il ne risquera pas le mariage. La plupart des femmes au contraire entrent dans la vie commune avec des notions très vagues sur ce qui les attend, fait très regrettable auquel peut être attribué le plus grand nombre de leurs affections spéciales. Par conséquent, si un mâle malformé a été élevé dans sa jeunesse comme une femme, il peut entrer, et dans de nombreux exemples il est entré, dans l'état matrimonial sans avoir connaissance de son infortune.

Le vestibule chez la femme est l'homologue de la portion membraneuse et en partie celui de la portion prostatique de l'urèthre chez l'homme, et dans quelques exemples le canal uro-génital mâle présente de telles modifications de forme qu'il ne peut être distingué de celui de la femme. Les orifices d'entrée des conduits de *Wolff* et de *Cowper* dans le sinus uro-génital de l'homme, et ceux des conduits de *Müller* et de *Bartholin* chez la femme indiquent le segment correspondant du canal dans les deux sexes.

Chez la femme le vestibule mesure seulement un pouce de profondeur, tandis que le vagin en mesure cinq ou six. Certains mammifères ont le conduit uro-génital proportionnellement beaucoup plus long que la femme ; ainsi celui de la vache et de la girafe est très allongé ; chez les makis, il mesure environ un tiers de la longueur totale du vagin, tandis que chez les singes platyrrhiniens sa longueur est égale à celle du vagin. Chez les singes d'un ordre plus élevé ou catarrhiniens, le canal uro-génital est toujours plus court que le vagin, il se rapproche ainsi des proportions de ces organes chez la femme.

Certains cas d'*ectopie vésicale*, vice de conformation qui se rencontre beaucoup plus fréquemment chez les enfants du sexe masculin, ont été présentés comme une des formes de

faux hermaphrodisme qui rend difficile la détermination du sexe. Mais dans ces cas l'arrêt de développement est si considérable qu'il écarte complètement la possibilité du mariage. Nous pouvons aussi éliminer les cas, où le pénis est devenu adhérent au scrotum, ou est recouvert par les téguments; car ils deviendront manifestes d'eux-mêmes au moment de la puberté et il ne se produira pas d'autre inconvénient qu'une simple erreur d'inscription.

Les véritables difficultés surviennent dans les cas où la difformité est due à un arrêt de développement déterminant la fermeture incomplète du raphé génital. Ces vices de conformation sont en somme un retour au type que l'on rencontre dans certaines classes d'animaux et où il existe un cloaque ou un réservoir commun à l'appareil génito-urinaire et au canal intestinal.

Les deux replis génitaux se développent aux dépens des parois du cloaque à une époque très précoce de la vie embryonnaire, s'unissant plus ou moins parfaitement, et les résultats varieront suivant les degrés de cette imperfection. Ainsi, lorsque la première paire de ces plis ne se réunit pas, on constate la formation d'un cloaque, tel qu'il existe chez l'oiseau. Si les seconds plis restent séparés dans la partie antérieure à leur portion pelvienne, on obtiendra la séparation des conduits urinaire et génital, comme on le voit chez la femme, où la vulve seule constitue la partie commune aux deux appareils.

Les différences sexuelles, au moins autant qu'elles se rapportent aux parties génitales externes, datent de ce moment; les organes masculins, chez lesquels le conduit génito-urinaire est constitué par un tube commun, partent du bassin, étant formé par l'union de la partie antérieure des replis. Il est évident que d'autres changements se produisent dans les parties constituant le corps de *Wolff*, où les mêmes tissus se transformeront soit en ovaires, soit en testicules,

Si nous rencontrons des testicules dans l'abdomen, tandis que les replis génitaux ne se réunissent pas en avant de leur portion pelvienne, nous obtiendrons le type du *faux hermaphrodisme*, dont nous allons nous occuper. Lorsqu'un cas de cette espèce se présente à nous, la première chose qui nous frappe est un sillon médian, limité par deux éminences latérales, représentant absolument l'orifice vulvaire entre les deux grandes lèvres. A la commissure antérieure on voit un *pénis atrophié*, qui peut parfaitement être pris pour un *clitoris hypertrophié*. Mais, si l'on examine les organes avec soin, on ne trouvera aucune difficulté à déterminer que cette fissure est l'urèthre ouvert et étalé, que ce que nous prenions à première vue pour le clitoris n'est autre chose que le gland d'un pénis en hypospadias, sur la face inférieure duquel on peut voir la muqueuse de l'urèthre ouvert et l'orifice du méat urinaire, qui nous fournit la preuve bien évidente du sexe du sujet.

S'il existe un second canal (génital) le sexe n'est pas douteux; ou bien si l'on trouve des testicules sur les côtés du sillon, il n'existera pas davantage d'hésitation. Dans un cas que je vis dernièrement dans le pays de Galles, la présence d'un second conduit (génital), placé derrière le canal urinaire, indiquait clairement le sexe de la malade. Mais il existait un clitoris qui avait une grande ressemblance avec un pénis minuscule, et ceci avait décidé la majorité de ceux qui avaient vu l'enfant à se prononcer pour le sexe masculin.

Il y a quelques années je fus appelé, en compagnie de mon ami, *M. Langley Browne*, à donner mon opinion sur le sexe de deux enfants, envoyés dans ce but de Turquie. Ils étaient âgés l'un de 19 mois, l'autre de 3 ans, et ils avaient tous deux été baptisés et élevés comme des filles. Néanmoins ils étaient tous deux des mâles et l'aîné avait même déjà donné des preuves de son activité fonctionnelle. Ces enfants ont depuis lors indiqué clairement leur véritable sexe.

Mais dans beaucoup de ces cas les testicules ne sont ou bien pas encore descendus, ou bien ils le sont seulement incomplètement, et ils devront toujours être recherchés avec le plus grand soin dans le canal inguinal. S'ils ne peuvent être découverts, et si l'on trouve un orifice urinaire sans pouvoir reconnaître un canal génital distinct, on doit néanmoins supposer que l'enfant appartient au sexe masculin. Mais à ce propos on doit toujours se souvenir qu'il peut exister une réunion parfaite des petites lèvres (que nous décrirons plus tard sous le nom d'*atrésie cellulaire*), qui peut cacher l'entrée du canal génital. J'ai été très souvent appelé à donner mon opinion sur le sexe d'enfants, chez lesquels cette atrésie cellulaire des nymphes constituait toute la difficulté. Lorsque cette condition existe, on trouve toujours derrière l'orifice urinaire un espace, qui est caractéristique de son existence, et un examen à la sonde décidera de suite la question sans qu'il soit nécessaire de faire quelque lésion.

Si malgré cela on ne peut découvrir aucun orifice génital, on doit considérer l'enfant comme un mâle, car de cette manière il aura dans tous les cas moins de désagréments. En effet, lorsqu'un individu appartenant ainsi à demi au sexe masculin, se trouve élevé parmi les filles, il peut être exposé à des ennuis sans fin, comme le prouve l'histoire de Madeleine Mugnoz, la nonne d'Ubeda, qui fut condamnée à mort pour cause de rapt.

Je fus consulté sur le cas d'un prisonnier, qui était enfermé dans le département des hommes et qui pendant 37 ans avait passé pour un homme; je découvris un petit canal génital, mais tout à fait distinct derrière l'orifice urinaire, ce qui indiquait suffisamment que cette personne était du sexe féminin. J'en fis prendre une photographie: les contours de la figure, la largeur du bassin, l'étroitesse du thorax, les cuisses tournées en dedans, confirmèrent absolument mon opinion. Elle n'avait jamais constaté aucune apparence de menstruation, et

elle n'avait jamais eu aucune attraction pour l'autre sexe, — faits probablement dus à l'état infantile de ses organes internes, aussi marqué que pour les organes externes. Nous ne lui cachâmes pas le résultat de nos recherches, mais elle nous pria de ne pas révéler son secret, et elle finit son temps comme prisonnier du sexe masculin. Elle était forte et robuste, de sorte que cela n'avait d'ailleurs aucun inconvénient.

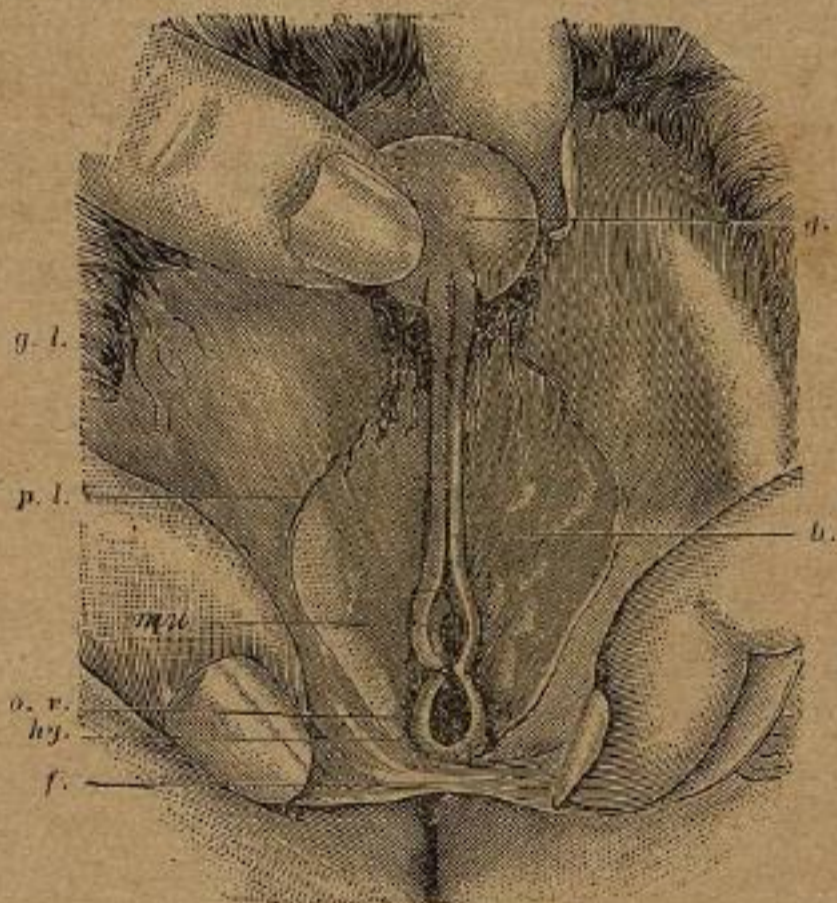


Fig. 5. — Organes génitaux d'un homme âgé de 27 ans qui avait toujours vécu et avait toujours été habillé comme une femme.

g. Gland. g. l. Grandes lèvres. p. l. Petites lèvres. m. u. Méat urinaire. o. v. Orifice de la vaine. h. y. Hymen. f. Pourchetto. b. Frein.

Dans la station debout, les organes que représente la figure 5 ressemblaient à ceux d'un homme, et les testicules, avec un peu de liquide péritonéal du côté droit, étaient descendus dans les lèvres, ou plutôt dans les deux parties du scrotum divisé. Lorsqu'il était couché les testicules se reti-



raient et les organes ressemblaient à ceux d'une femme. Le pénis avait deux pouces de long, le prépuce était divisé, et le gland était tenu en érection par un frein, ainsi que le représente la figure.

Cette personne avait des désirs sexuels pour le sexe féminin, et elle avait fréquemment essayé et pratiqué une copulation imparfaite, avec éjaculation; le sperme contenait des spermatozoïdes. Il n'avait jamais existé ni menstruation, ni molimen hémorrhagique. — (Pozzi.)

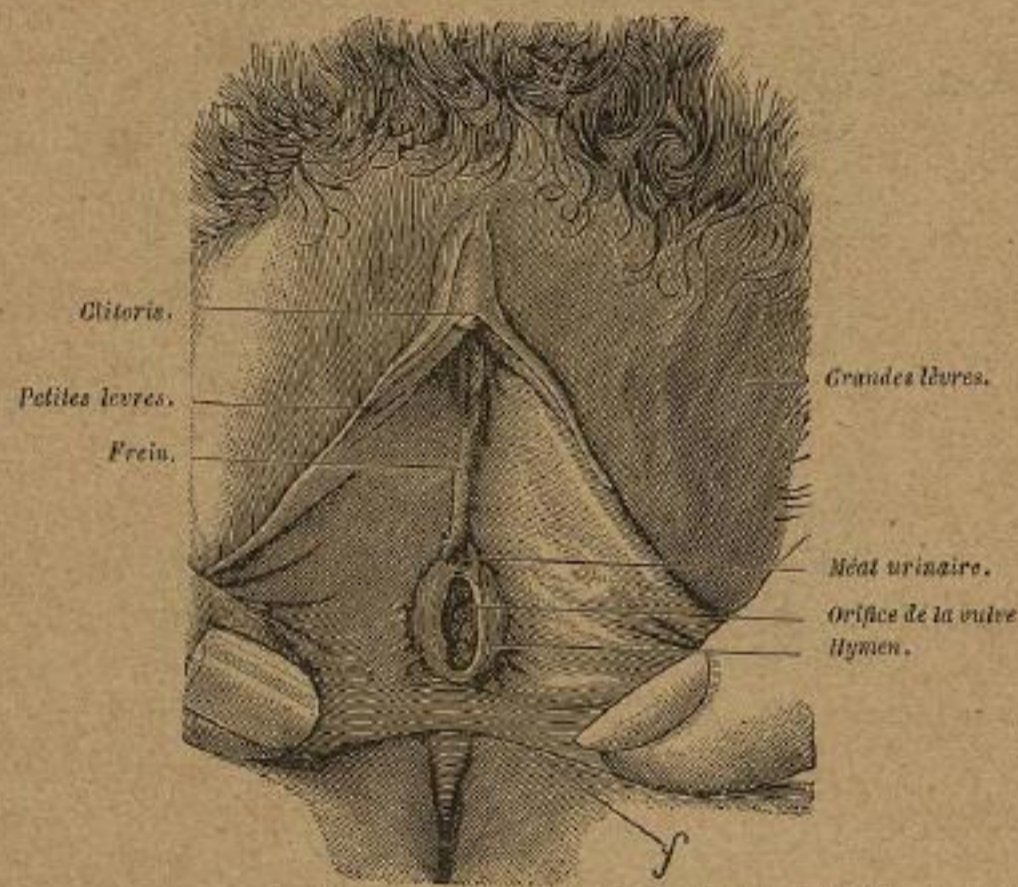


Fig. 6. — Parties génitales d'une fille n'ayant ni vagin, ni utérus, ni ovaires.

La figure 6 provient d'une jeune femme âgée de 19 ans, admise à Lourcine pour y être traitée de la gonorrhée et de la syphilis. Quoiqu'elle eût un hymen parfait, il n'existait aucun vagin, et, autant que l'examen rectal pouvait permettre de le constater, pas d'ovaires. La menstruation n'avait jamais existé, non plus qu'aucune fluxion périodique; cependant à

l'âge de douze ans les seins s'étaient développés et l'organisme avait subi tous les changements habituels au moment de la puberté. Un peu plus tard elle avait pris des habitudes d'onanisme.

Les vices de conformation des parties génitales externes chez la femme sont beaucoup moins compliqués, beaucoup plus rares et conduisent beaucoup moins à des causes d'erreur que ceux que nous venons de décrire chez l'homme. Deux variétés de malformation, parmi celles qui ont été décrites, ont seules de l'importance, celle qui consiste en un développement anormal du clitoris et celle qui a pour cause l'allongement hypertrophique et le prolapsus du col utérin.

Je possède actuellement la préparation d'un enfant nouveau-né, chez lequel le col sort de la vulve d'environ un centimètre; on peut très bien comprendre qu'un tel prolapsus puisse être pris pour un pénis par un observateur inattentif et pressé. Même dans le cas de Marguerite Malann, décrit dans les *Philosophical Transactions* de 1836, où il est relaté que le col avait 7 pouces de long, nous ne pouvons accepter l'erreur que comme due à la naïveté des observateurs (1).

J'ai eu plusieurs fois l'occasion de rencontrer le développement anormal du clitoris et chez une jeune enfant il avait certainement une ressemblance frappante, à un examen superficiel, avec le pénis d'un jeune garçon; mais en écartant les lèvres on constatait de suite l'orifice du canal génital, situé directement derrière celui de l'urèthre.

S'il existait une adhérence cellulaire des petites lèvres en même temps qu'une augmentation de volume du clitoris, combinaison qui n'est pas impossible, mais qui, jusqu'à présent, n'a pas été décrite, une erreur serait à la rigueur possible.

(1) Je reproduis ce qui suit d'après les *Transactions de la Société Royale*. Vol. III, p. 336. « Le pénis était bien conformé, sauf qu'il n'avait pas de prépuce et qu'il n'existait aucune apparence de testicules. Le sang menstruel s'écoule aussi de son orifice. Après avoir consulté Monsieur le vicairé général, nous la fîmes habiller en homme.

Nous pouvons à peine accepter le cas relaté par *Arnaud* dans sa *Dissertation sur les hermaphrodites* (p. 265) comme un exemple de cette variété, car ici tous les doutes furent levés dès que survint la première menstruation. Même dans le cas où cette combinaison serait réalisée, une légère incision avec le bistouri éloignerait toute chance d'erreur sur le sexe de l'enfant.

Les *déformations acquises* résultent uniquement de lésions traumatiques ou de rétractions cicatricielles à la suite d'ulcérations étendues ou de gangrène. Les cas de cette espèce sont très rares, car je n'en ai jamais rencontré un seul; leur traitement ne diffère pas de celui réclamé par les vices de conformation d'origine congénitale.

#### B. — MALADIES DES PETITES LÈVRES.

Les petites lèvres peuvent devenir le siège de différentes affections, qui leur sont communes avec les grandes lèvres et sur lesquelles nous ne reviendrons pas. Elles peuvent présenter de plus certains vices de conformation, certaines lésions traumatiques et certains états morbides, sans que les grandes lèvres soient intéressées.

Le premier de ces vices est cette malformation très intéressante et peu connue, à laquelle j'ai déjà fait allusion et qui est décrite sous le nom d'*atrésie cellulaire*. Cette dénomination n'est pas très heureuse, car elle ne donne nullement la notion exacte de cette anomalie congénitale. Elle a été employée pour la première fois par *Bokai*, et *Steiner* lui a repris sa description (1); ces deux auteurs sont, autant que je sache, les seuls qui fassent allusion à cette intéressante malformation. Elle ne peut pourtant être très rare, car j'en ai observé au moins une vingtaine de cas soit à l'hôpital, soit en ville. Comme l'on peut s'y attendre il s'agissait d'enfants, sauf dans

(1) *Compendium der Kinderkrankheiten*, 1874.

un seul cas; l'anxiété maternelle découvre en effet de très bonne heure les malformations qui siègent sur les parties génitales de leurs enfants. Dans le cas qui faisait exception, il s'agissait d'une jeune fille de 11 à 12 ans et, sauf le fait qu'ici l'union des lèvres était devenue beaucoup plus solide que chez les enfants, les autres conditions restaient absolument identiques.

Lorsque les grandes lèvres sont séparées, il semble que la peau passe directement de l'une sur l'autre en formant comme une continuation du périnée, et en oblitérant le vestibule vaginal, comme chez le pigeon de Guinée.

A la commissure antérieure, on aperçoit simplement une petite ouverture, correspondant au méat urinaire; mais si l'on cherche soigneusement à l'aide d'une sonde directement en arrière de cet orifice on trouvera un petit pertuis, conduisant dans le vagin, par un brusque mouvement de sonde de haut en bas on pourra facilement détruire l'adhérence et rétablir les rapports normaux des parties.

Je crois qu'il n'est pas douteux que cette forme d'atrésie est une malformation, due à une réunion partielle des replis génitaux antérieurs, réunion qui chez l'homme aboutit à la formation d'un canal commun à l'appareil génito-urinaire; s'il se rencontrait un cas où cette réunion se serait accentuée en avant, jusqu'à produire un sillon urinaire sur la face inférieure d'un clitoris hypertrophié, nous obtiendrions un retour exact au type des organes féminins du loris gracilis, petit singe qui se rencontre dans l'île de Ceylan, et qui, fait assez curieux, ne possède pas de queue.

*Bokai* et *Steiner* prétendent avoir vu des cas, où l'atrésie était *incomplète*, et je présume qu'ils entendent sous cette dénomination les cas où elle ne s'étendait pas en avant jusqu'au méat urinaire. Pour ma part je n'ai jamais vu que des atrésies *complètes*. Cette réunion des petites lèvres est naturellement de nature cellulaire, comme toutes les autres adhé-