

V. gangréneuse.

fication superficielle de la muqueuse et qui n'ont rien de commun avec la signification donnée, en France, au mot diphthérie; ce n'est qu'une gangrène du vagin, désignation plus exacte que celle de vaginite gangreneuse, qu'on rencontre dans les cas d'infection septique intense du vagin ou dans certains cas de cancer de l'utérus, de fibromes sphacelés, ou de pessaires indéfiniment oubliés dans un vagin soustrait à tout soin de propreté. On a pu l'observer aussi dans des blennorrhagies intenses, dans l'état puerpéral, dans le cours de maladies infectieuses aiguës (rougeole, variole, typhus). Ce n'est nullement une espèce morbide distincte, mais un accident septique greffé sur des lésions inflammatoires du vagin. Elle ne fournit aucune indication nouvelle au traitement, sauf la nécessité de surveiller les adhérences et les rétractions qui pourraient suivre l'exfoliation des parties de muqueuse mortifiées; on maintiendra, pour cela, dans le vagin des tampons antiseptiques fréquemment renouvelés, isolant les surfaces.

Péri-vaginite
phlegmoneuse
disséquante.

La péri-vaginite phlegmoneuse disséquante¹, ou inflammation suppurative du tissu cellulaire situé autour du vagin, n'est qu'une localisation spéciale, très rare, de suppuration pelvienne; on l'a observée dans le décours de fièvres graves. Son traitement consiste à donner issue au pus, dès qu'il a été reconnu.

¹ G. MARCONNET. *Virchow's Arch.*, 1865, Bd. XXXIV, p. 226. — MINKIEWITSCH. *Ibid.*, 1867, Bd. XLI, p. 437. — BIZZOZERO. *Gaz. delle Clin.*, Turin, 1875. — TSCHERNUSCHEW. *Centr. f. Gyn.*, 1881, p. 114.

CHAPITRE II

TUMEURS DU VAGIN

KYSTES. — CORPS FIBREUX ET POLYPES. — CANCER PRIMITIF.

Kystes.

Kystes. Définition. Kystes proprement dits et pachyvaginite kystique. Anatomie pathologique. Pathogénie. Étiologie. Anatomie pathologique. Symptômes. Diagnostic. Traitement. — Corps fibreux et polypes. Anatomie pathologique. Étiologie. Symptômes et diagnostic. Traitement. — Cancer primitif. Anatomie pathologique. Étiologie. Marche et symptômes. Diagnostic. Traitement.

Définition. — On a souvent confondu sous le même nom et décrit dans le même chapitre deux affections pourtant très différentes : 1° une lésion chronique, stationnaire, intéressante au point de vue anatomique, sans importance chirurgicale, caractérisée par de petites lacunes dont le volume n'excède pas généralement celui d'un grain de millet ou de chènevis, très nombreuses et disséminées sur toute l'étendue du vagin; 2° une lésion qui occasionne des désordres sérieux et qui réclame une intervention active, représentée par des kystes à paroi bien définie, à poches peu nombreuses, dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'un œuf ou au-dessus, et qui ont une tendance à augmenter de volume quand le chirurgien n'intervient pas.

Ces deux affections, essentiellement distinctes par l'anatomie pathologique, la marche, les symptômes, les indications thérapeutiques, ont été artificiellement rapprochées. En réalité, la première n'est qu'une variété de vaginite chronique, une *colpohyperplasie kystique*, selon la dénomination que lui a donnée Winckel¹. Je l'ai déjà sommairement décrite à propos de la vaginite de la grossesse. Le contenu de ces lacunes est tantôt liquide, tantôt gazeux (contenant

Définition. Kystes proprement dits et pachyvaginite kystique.

¹ F. WINCKEL. *Ueber die Cysten der Scheide, insbesondere eine bei Schwangeren vorkommende Colpohyperplasia cystica* (*Arch. f. Gyn.*, 1871, Bd. II, p. 383).

de la triméthylamine), d'où le nom de *vaginite emphysemateuse* qu'on lui a aussi donné¹.

J'éliminerai de l'étude des kystes du vagin proprement dits cette *pachypaginite kystique*, dont la pathogénie est encore très obscure, la symptomatologie presque nulle, et dont la thérapeutique se confond avec celle de la vaginite chronique.

Pathogénie.

Pathogénie. — Les théories les plus diverses ont été émises sur l'origine des kystes du vagin.

Huguier², dans un mémoire longtemps resté classique, leur assignait une *origine glandulaire*, et les divisait en superficiels et profonds, suivant le siège des deux ordres de glandes qu'il décrivait dans les parois vaginales. Or ces glandes n'existent pas, mais elles peuvent être simulées, anatomiquement, par des cryptes ou lacunes, qui, par l'oblitération de leur orifice rétréci, jouent le même rôle pathologique. Virchow³, A. Guérin⁴ et Preuschen⁵ se sont ralliés à cette théorie de kystes glandulaires ou pseudo-glandulaires; Poupinel⁶ l'admet dans un certain nombre de cas.

D'autres auteurs, parmi lesquels il faut ranger Eustache⁷, Tillaux⁸ et son élève Thalinger⁹, sont disposés à y voir des *hygromas* ou *bourses séreuses accidentelles* (professionnelles, selon Courty, qui croit avoir remarqué leur fréquence chez les filles publiques).

C'est à une hypothèse analogue que se rattache W. Thorn¹⁰; pour les kystes observés chez des femmes qui ont eu des enfants, il croit à un épanchement traumatique de sérosité, analogue à ceux que Morel-Lavallée a décrits en d'autres régions.

Une théorie qui s'appuie sur des faits très probants a été mise en avant par Veit¹¹, c'est celle qui assigne pour origine aux kystes du

¹ ZWEIFEL. *Vaginitis emphysematosa* (Arch. f. Gyn., 1877, Bd. XII, p. 39). — *Ueber Vaginitis emphysem. und den Nachweis des Trimethylamin in der Vagina* (Ibid., 1881, Bd. XVIII, p. 359). — LEBEDEF, *Ueber die Gascysten der Scheide* (Ibid., 1881, Bd. XVIII, p. 132). Ce dernier les a observés, en dehors de l'état de grossesse.

Consulter, sur l'histoire et l'anatomie pathologique de cette affection, JACOBS fils (de Bruxelles). *Des kystes vasculaires du vagin* (Arch. de physiol. norm. et path., 1888, t. II, p. 261).

² HUGUIER. *Mém. Soc. de Chir.*, 1847, t. I, p. 241.

³ VIRCHOW. *Die krankhaften Geschwülste*, 1865, Bd. I, p. 247.

⁴ A. GUÉRIN. *Maladies des organes génitaux externes de la femme*, 1864, p. 429.

⁵ PREUSCHEN. *Centr. f. Med.*, 1871, p. 775.

⁶ POUPINEL. *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 224.

⁷ EUSTACHE. *Arch. de tocol.*, 1878, t. V, p. 191.

⁸ TILLAUX. *Gaz. des Hôp.*, 1885, p. 505.

⁹ THALINGER. *Des kystes du vagin, en particulier des kystes de la paroi antérieure*. Thèse de Paris, 1885.

¹⁰ W. THORN. *Zur Ätiologie der Vaginalcysten* (Centr. f. Gyn., 1889, n° 38, p. 637).

¹¹ J. VEIT. *Krankh. der weibl. Geschlechtsorgane*, in *Virchow's Handb. der spec. Path. und Ther.*, 1887, Bd. VI, p. 544; — *Ueber einen Fall von der grossen Scheidencyste* (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1882, Bd. VIII, p. 471). — C. RIEDER. *Ueber die Gartner'schen Kanäle beim menschlichen Weibe* (*Virchow's Arch.*, 1884, Bd. XCVI, Heft 1, p. 100). —

vagin les *vestiges du canal de Wolff*, qui chez certains animaux, où ils sont très apparents, portent le nom de canal de Gartner.

On a attribué la formation de certains kystes du vagin à l'indépendance des *canaux de Müller* et à l'existence d'une cavité vaginale latérale, borgne inférieurement, résultat d'une bifidité avortée. Ces cavités doivent être rattachées à l'hématocolpos ou au pyocolpos, et ont été, je crois, abusivement rapprochées des kystes. J'y reviendrai à propos du diagnostic.

Quelques grands kystes sont-ils le résultat d'une *ectasie lymphatique*, comme le sont peut-être les lacunes gazeuses de la *pachyvaginite kystique*? Cette théorie, d'abord soutenue par Klebs, a été acceptée, pour un certain nombre de cas, par d'autres auteurs¹.

En résumé, si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur les théories qui ont été émises et sont encore soutenues sur la pathogénie du groupe clinique assez complexe qui constitue les kystes du vagin, on voit que les auteurs les rattachent encore à diverses origines, sans que pourtant chacune d'elles corresponde à un type anatomique défini. Une seule pathogénie paraît hors de doute pour une certaine espèce; c'est l'*origine wolffienne*, caractérisée dans les cas les plus accusés par la présence de plusieurs kystes en chapelet ou par un prolongement supérieur vers le ligament large. Toutes les autres provenances sont hypothétiques et surtout basées sur des analogies lointaines. Je crois que tous les *grands kystes* dépassant le volume d'une noisette doivent être rattachés à cette origine embryonnaire. On remarquera qu'ils sont souvent uniques, ou très peu nombreux et disposés en série verticale, comme s'ils provenaient de l'ectasie moniliforme d'un cordon rectiligne. Quant aux *petits kystes*, nombreux, disséminés sur toute la surface ou sur une région limitée du vagin, sans ordre, par groupes, j'admettrais volontiers leur *formation pseudo-glandulaire* par oblitération de cryptes ou de lacunes au fond desquels l'épithélium s'est accumulé d'abord, pour faire place ensuite à une exhalation liquide. Il est facile de reconnaître la réalité de ces deux types anatomiques et cliniques par la lecture des observations publiées.

Sans nier absolument les autres origines, je les crois excessivement rares; je dois mentionner, à ce propos, un cas unique de *kyste hydatique* des parois vaginales, observé par Porak².

W. FISCHEL. *Ueber das Vorkommen von Resten des Wolff'schen Ganges in der Vaginalportion* (Arch. f. Gyn., 1884, Bd. XXIV, p. 119).

¹ KLEBS. *Cystenbildung*, in *Handb. der path. Anat.*, 1876, Bd. I, p. 964. — FISCHEL. *Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Scheidencysten* (Arch. f. Gyn., 1888, Bd. XXXIII, p. 219). — W. KÜMMEL. *Ueber cystische Bildungen in der Vagina und im Vestibulum Vagine* (*Virchow's Arch.*, 1888, Bd. CXIV, p. 407).

² PORAK. *Arch. de tocol.*, 1884, p. 163.

Étiologie.

Étiologie. — Les kystes du vagin s'observent à tout âge, chez les vierges comme chez les femmes ayant accouché; les excès de coït ont-ils une réelle influence, ainsi que le pense Courty? Le fait est douteux. Par contre, l'accouchement pourrait avoir une certaine action, non comme conséquence du traumatisme du vagin, mais par la suractivité nutritive que la grossesse imprime à tout l'appareil génital, et qui peut avoir son retentissement sur les résidus fœtaux an-

Anatomie pathologique.

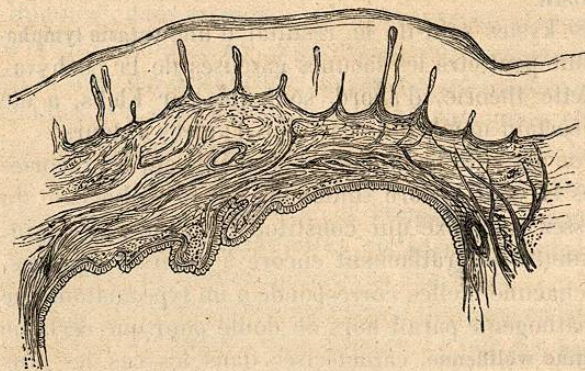


Fig. 383. — Coupe de la paroi d'un kyste du vagin (Schröder). En haut, épithélium pavimenteux du vagin; en bas, épithélium cylindrique du kyste.

normalement persistants, ou sur l'épithélium qui tapisse les plis et les cryptes de la muqueuse.

Anatomie pathologique. — Les kystes du vagin sont le plus souvent solitaires. Sur 128 cas rassemblés par Poupinel¹, 28 fois seulement, (soit presque 22 fois pour 100), on en a rencontré plusieurs. Il y en a rarement plus de 3 ou 4. Poupinel en a observé 15, agglomérés dans une région restreinte et formant une seule tumeur; il s'agissait là, très vraisemblablement, de kystes pseudo-glandulaires. Les kystes qui semblent provenir du corps de Wolff sont le plus souvent isolés ou, plus rarement, multiples et disposés à la suite les uns des autres, en chapelet (Johnston)². Leur volume varie de celui d'un pois à celui d'un œuf de dinde. Veit en a vu un du volume d'une tête de fœtus³. Leur siège de prédilection est sur le tiers supérieur de la paroi antérieure ou postérieure. Dans un cas, dû à Bastelberger⁴, l'hymen était compris dans la paroi kystique. Parfois, la poche a présenté un prolongement supérieur. Dans un fait, souvent cité, de Watts⁵, la sonde introduite dans le kyste par une incision s'enfonça jusque dans la

¹ POUPINEL. *Des kystes du vagin* (Revue de chir., juill., août, 1889, p. 555 et 657).

² JOHNSTON. *A contribution to the study of cysts of the vagina* (Amer. Journ. of Obstet., 1887, t. XX, p. 1144).

³ J. VEIT. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1882, Bd. VIII, p. 471.

⁴ BASTELBERGER. *Arch. f. Gyn.*, 1884, Bd. XXIII, p. 427.

⁵ WATTS. *Cyst of anterior vaginal wall developed from Gartner canal* (Amer. Journ. of Obstet., 1881, t. XIV, p. 848).

direction du ligament large. Boursier¹ a vu un pédicule plein se diriger profondément en haut. Reboul² a aussi observé un cas du même genre; le pédicule était en partie creux. Ces faits se rapportent, évidemment, à des kystes d'origine wolffienne.

La paroi est formée de tissu conjonctif finement fibrillaire: elle contient parfois des fibres musculaires qui ne paraissent pas avoir, du reste, la signification pathognomonique que leur attribue Poupinel, pour caractériser les kystes provenant du canal de Gartner. La muqueuse vaginale recouvre ordinairement le kyste; mais il peut se faire que son développement l'ait usée et amincie de manière à la fusionner en avant avec la paroi kystique qui est, dès lors, transparente. D'autre part, pareille usure a pu se produire en arrière et amener une perforation dans la vessie, comme dans un fait unique, observé par Veit³. Dans la majorité des cas, la surface interne du kyste est tapissée d'épithélium cylindrique (Ruge), bien qu'on ait aussi noté dans la même cavité, ou dans d'autres, l'épithélium pavimenteux (Meyer, Lebedeff, Ruge, Baumgarten, etc)⁴. La compression excentrique de l'épithélium due à la distension de la poche a pu, dans certains cas, donner à l'épithélium cylindrique un aspect aplati et quasi pavimenteux (Max Graefe)⁵.

On a assez rarement observé l'épithélium à cils vibratiles (6 fois sur 52 observations, d'après Poupinel).

La paroi interne et le revêtement épithélial ont paru complètement manquer dans 4 cas publiés (Verneuil, Ladreit de la Charrière⁶, Lebedeff). Ce sont ces cas qui ont prêté quelque appui à la théorie de l'hygroma. Mais, en supposant que l'examen ait été fait dans des conditions parfaites, la destruction du revêtement interne peut être attribuée à bien des causes différentes.

On a parfois vu sur la surface interne des saillies papillaires (Kaltenbach⁷, M. Graefe). Kleinwächter⁸ a rencontré la dégénérescence adénoïde de la paroi kystique.

Le contenu des kystes est variable dans sa consistance et sa couleur. Le plus souvent il est visqueux, transparent ou d'une teinte sucre d'orge; il peut contenir du pus ou du sang altéré.

¹ BOURSIER (de Bordeaux). *Leçons de clin. chir.*, p. 257.

² REBOUL. *Annal. de Gyn.*, 1880, t. XXXII, p. 126.

³ VEIT. *Loc. cit.* — L'orifice de communication admettait le petit doigt; le kyste présentait un contenu dermoïde, sans poils ni dents, et une paroi tapissée d'épithélium pavimenteux.

⁴ P. BAUMGARTEN. *Ueber Vaginalcysten* (Virchow's Arch., 1887, Bd. CVIII, p. 528).

⁵ M. GRAEFE. *Zehn Fälle von Vaginalcysten* (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., 1882, Bd. VIII, p. 460).

⁶ LADREIT DE LA CHARRIÈRE. *Arch. gén. de méd.*, 1858, t. I, p. 528.

⁷ KALTENBACH. *Zusammengesetzte Cyste der Scheide* (Arch. f. Gyn., 1875, Bd. V, p. 158).

⁸ L. KLEINWÄCHTER. *Ein Beitrag zu den Vaginalcysten* (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., 1889, Bd. XV, Heft 1, p. 36). Travail basé sur l'étude de 9 cas inédits.

Chéron¹ a décrit un kyste du vagin ouvert dans l'urèthre et renfermant un calcul; mais il s'agissait vraisemblablement là d'une simple uréthrocèle méconnue. Breisky ne considère pas, du reste, comme impossible, qu'une poche d'uréthrocèle s'isole, par l'oblitération de son orifice, de façon à constituer un pseudo-kyste.

Symptômes.

Symptômes. — Au début, le kyste passe inaperçu. Le premier signe qui indique ordinairement sa présence est le prolapsus du vagin qu'entraîne la saillie croissante de la tumeur, ce qui constitue pour la malade une *descente de matrice*. Parfois, c'est l'examen fortuit du médecin, provoqué par une grossesse, une blennorrhagie, qui amène la découverte de la lésion. La tumeur est arrondie, lisse, sessile, ou avec tendance à la pédiculisation; la muqueuse qui la recouvre conserve sa couleur normale; elle est rarement amincie et transparente. La fluctuation est souvent difficile à percevoir quand le kyste est petit et tendu; on peut, quelquefois, la percevoir en saisissant la tumeur entre deux doigts, et par la combinaison du toucher rectal avec le toucher vaginal.

Quand on fait faire un effort à la femme, on voit la tumeur se présenter à la vulve et la dépasser comme une cystocèle, si elle siège à la partie inférieure du vagin.

Lorsque le kyste a acquis un certain volume, il existe une sensation de pesanteur et de *gêne pendant la marche*. La leucorrhée peut être provoquée par l'irritation de la muqueuse, qui est exposée à l'air lorsque la tumeur est procidente.

Dans un cas que j'ai observé, un grand kyste unique coïncidait avec un cloisonnement vertical du vagin, ce qui semblait témoigner de son origine embryonnaire.

Les kystes sont rarement assez volumineux pour porter un obstacle notable à l'excrétion de l'urine ou à l'accouchement. Il serait possible, du reste, que ce dernier provoquât leur rupture, bientôt suivie de récidive².

Diagnostic.

Diagnostic. — J'ai déjà parlé de la distinction du kyste du vagin avec la pachyvaginite kystique, caractérisée par la présence de nombreuses et très petites cavités creusées dans l'épaisseur ou à la surface de la muqueuse épaissie. Je rappellerai que cette affection se rencontre surtout dans l'état de grossesse (quoique non exclusivement), et que les petites cavités contiennent du gaz qui s'échappe parfois avec bruit lorsqu'on les pique.

¹ CHERON. Volumineux calcul développé dans un kyste du vagin ouvert dans l'urèthre, chez une femme de 67 ans (*Gaz. des Hôp.*, 50 avril 1887, p. 429).

² La rupture spontanée d'un kyste a été observée pendant la grossesse. MAGNIS, *Kyste du vagin; rupture spontanée au 7^e mois d'une grossesse; pas d'accident* (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1885, p. 184).

Les grands kystes du vagin forment, dans l'immense majorité des cas, une tumeur unique qui fait saillir la paroi antérieure ou postérieure du canal, à la manière d'une cystocèle, d'une uréthrocèle ou d'une rectocèle, lorsqu'elle est située dans le tiers inférieur du canal. L'erreur sera évitée en combinant avec le toucher vaginal le cathétérisme ou le toucher rectal.

On pourrait, à la rigueur, confondre avec les kystes du vagin certains kystes péri-urétraux du vestibule, nés dans les cryptes qui entourent le méat urinaire. Ils dépassent rarement le volume d'une lentille, mais Preuschen en a observé un qui avait le volume d'une noisette. Il n'est pas impossible que ces kystes ne proviennent encore du canal de Gartner¹, à son extrémité terminale. Skene² les fait dériver de deux glandes particulières, péri-urétrales, dont il a donné la description, mais dont l'existence est plus que douteuse.

Les kystes du tiers supérieur du vagin peuvent être difficilement distingués, au premier abord, des petites tumeurs siégeant dans le cul-de-sac de Douglas, ovaires prolapsés kystiques ou non, trompes enflammées, noyaux de péri-salpingite.

Un examen attentif, pratiqué au besoin sous le chloroforme, lèvera les doutes.

On a parfois confondu avec les kystes du vagin des collections essentiellement distinctes, formées dans une cavité vaginale accessoire, résultant de la bifidité de l'organe par fusion incomplète des canaux de Müller. Lorsque cette bifidité, ce qui est le cas ordinaire, se poursuit jusqu'à la vulve, il existe deux vagins, dont l'un est, le plus souvent, plus ou moins atrophié; mais dans les cas exceptionnels où le second vagin est inférieurement terminé en cul-de-sac au lieu d'être ouvert, il constitue une cavité close dans laquelle s'ouvre supérieurement le second museau de tanche résultant de la bifidité simultanée de l'utérus. Cet état peut rester latent jusqu'au moment de la puberté; la poche qui se remplit de sang menstruel donne alors lieu à un hémato-colpos latéral, ou, si la cavité suppure, à un pyocolpos latéral. Comme la bifidité du col est encore masquée, on ne soupçonnera pas tout d'abord la nature particulière de la collection vaginale, qui pourra être prise pour un kyste, jusqu'à ce qu'on l'ait ouverte et qu'on ait découvert le second museau de tanche, à la partie supé-

¹ J. ROCKS. Ueber die Gartner'schen Gänge beim Weibe (*Arch. f. Gyn.*, 1882, Bd. XX, p. 487). — KLEINWÄCHTER. Ein Beitrag zur Anat. und Path. des Vestibulum Vaginae (*Prag. med. Woch.*, 1885, n° 9). — Cette opinion a été combattue par DOURX, *Arch. f. Gyn.*, 1885, Bd. XXI, p. 528. — Voir le résumé de ces discussions dans WINCKEL, *Lehrb. der Frauenkr.*, 2^e éd., 1890, p. 147.

² A.-J.-C. SKENE. The anatomy and pathology of two important glands of the female urethra (*Amer. Journ. of Obstet.*, 1880, t. XIII, p. 265).

rieure. J'ai observé un cas de ce genre où la poche pseudo-kystique avait suppuré et était devenue fistuleuse¹.

Les kystes hydatiques² du petit bassin ont pu faire saillie dans le vagin, soit dans la cloison vésico-vaginale, soit dans la cloison recto-vaginale et ont simulé des kystes proprement dits.

Traitement.

Traitement. — On peut appliquer ici les différentes opérations qui ont été préconisées pour d'autres kystes sous-muqueux, par exemple pour la grenouillette. La ponction ou l'incision seules seraient absolument insuffisantes. La ponction suivie d'injections caustiques risquerait de provoquer une inflammation excessive pouvant se propager à la vessie ou au péritoine; il peut, en effet, exister des connexions ou des prolongements inattendus de la cavité kystique. Le chirurgien aura plutôt à choisir entre l'extirpation complète ou partielle. Le premier procédé sera préférable, si la tumeur est facilement accessible, comme lorsqu'elle siège près de la vulve. Toutefois la dissection est alors très difficile, à cause de l'adhérence de l'urèthre et de la vessie au plan profond et au voisinage. Elle devient même presque impossible, si le kyste s'est rompu pendant l'opération. Pour obvier à ces inconvénients, j'ai, dans un cas, mis à profit le procédé que j'ai décrit, depuis longtemps, pour faciliter la dissection de certaines poches kystiques³. Après avoir vidé la tumeur, je l'ai remplie de blanc de baleine, que j'ai fait solidifier par une application de glace, et j'ai ainsi très facilement disséqué la tumeur. La plaie est immédiatement réunie par une suture continue au catgut, à étages superposés.

L'excision partielle sera préférable pour les kystes siégeant au tiers supérieur du vagin vers la paroi postérieure; la tumeur sera embrochée avec un tenaculum, et l'on emportera d'un coup de ciseaux un segment de la poche avec la muqueuse qui la recouvre. Schröder recommande de suturer ensuite la tranche de la muqueuse vaginale au bord sectionné de la poche, de manière à maintenir l'ouverture béante. Cette précaution me paraît inutile; il suffira de tamponner le fond du kyste avec la gaze iodoformée; la partie profonde qui n'aura pas été enlevée s'exfoliera spontanément.

¹ Cette inflammation ne provenait pas, du reste, de l'accumulation des règles, que ne paraissait pas fournir la portion atrophiée d'utérus, correspondant au petit vagin terminé en cul-de-sac. La suppuration avait pour origine une blennorrhagie du principal vagin, propagée sans doute au second vagin accessoire par l'intermédiaire du col de l'utérus où la cloison devait être incomplète.

² SCHATZ. *Beiträge mecklemb. Aerzte zur Lehre von der Echinococcenkrankheit*, Stutgard, 1885.

³ S. POZZI. *Procédé pour favoriser la dissection et l'ablation de certains kystes à contenu liquide ou demi-liquide*. (Bull. et Mém. de la Soc. de chir., 1878, p. 715).

Corps fibreux et polypes.

Anatomie pathologique. — Les corps fibreux du vagin peuvent avoir leur point de départ dans l'utérus et descendre peu à peu, en dédoublant la cloison recto-vaginale, mais il existe aussi des tumeurs ayant pris naissance sur place.

Anatomie pathologique.

Leur structure¹ est analogue à celle des corps fibreux de l'utérus; ils sont constitués par un mélange de tissu conjonctif et de fibres musculaires lisses. Paget² a décrit le seul exemple connu de tumeur exclusivement composée de tissu fibreux.

Le siège de prédilection de la tumeur est la partie supérieure de la paroi antérieure du vagin. Ils peuvent être très adhérents à l'urèthre³ et empiéter sur la vulve⁴. Leur volume est généralement petit; on en a pourtant cité qui pesaient plus de 2 livres⁵; ils peuvent se pédiculiser et prendre la forme de polypes; on a observé le ramollissement et l'œdème, comme pour les corps fibreux de l'utérus: ils peuvent aussi se mortifier superficiellement et s'ulcérer.

Étiologie. — On les observe surtout dans l'âge moyen de la vie; on en connaît des exemples chez de très jeunes enfants (Trätzl, Wilson, A. Martin)⁶.

Étiologie.

Symptômes. — Ils dépendent surtout du volume des tumeurs; très petites, elles passent inaperçues ou provoquent à peine un peu de

Symptômes.

¹ On a décrit des polypes muqueux (BEIGEL, KLOB), résultant de l'hyperplasie partielle de la muqueuse vaginale (BREISKY, *Die Krankh. der Vagina*, 1886, p. 162). Certaines de ces productions, qui sont d'ailleurs très rares, paraissent renfermer des dilatations lymphatiques considérables, ce qui justifierait la comparaison avec le *molluscum pendulum* de la vulve, et la dénomination d'*elephantiasis mollis*, sous laquelle MEINERT a décrit une pièce qu'il a présentée à la Soc. gyn. de Dresde (12 avril 1888).

² J. PAGET. *Lectures on surg. path.*, t. II, p. 115.

³ TILLAUX. *Fibro-myome de l'urèthre* (*Annal. de gyn.*, sept. 1889, t. XXXII, p. 161). Il s'agit manifestement, dans cette observation, d'un corps fibreux du vagin adhérent à l'urèthre. — GRIFFITH (*Soc. obst. de Londres*, 6 juill. 1889 in *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 50, p. 877) a observé un cas de fibrome adhérent à l'urèthre tout à fait analogue.

⁴ E. FRÄNKEL. *Orangengrosses breilbasiges Fibromyom der Vagina und Vulva. Enucleation. Heilung* (*Bresl. ärztl. Zeitschr.*, 1887, t. IX, p. 59).

⁵ R. HASTENPFLUG (*Ueber vaginale Myome*, Dissert. inaug., Jena 1888) a rapporté une observation de la clinique de SCHULTZE, où le corps fibreux du vagin atteignait des dimensions extraordinaires. Née de la paroi antérieure du vagin, à gauche du museau de tanche, la tumeur remplissait totalement le canal et arrivait, d'une part jusqu'à la vulve, d'autre part jusqu'à un travers de main de l'ombilic, en soulevant l'utérus; elle était en partie gangrenée.

On trouvera d'autres exemples de gros fibromes dans les travaux suivants: A. LEWERS *Fibroïd tumor of the vagina* (*Transact. obstet. Soc. of London*, 1887, t. XXIX, p. 299). — TCHUNICIN. *Journ. russe d'obstét. et de gyn.*, t. I, n° 7 et 8 (anal. in *Centr. f. Gyn.*, 1888, n° 7, p. 111). — P. STRASSMANN. *Zur Kenntniss der Neubildungen der Scheide* (*Ibid.*, 1891, p. 825).

⁶ TRÄTZL. *Monatschr. f. Geb.*, 1865, Bd. XXII, p. 227. — WILSON. *Med. Times and Gaz.*, avril 1876, p. 560. — A. MARTIN. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1878, Bd. III, p. 406.