

CHAPITRE II

TUMEURS DU VAGIN

I. — KYSTES DU VAGIN

Étiologie

La fréquence des kystes du vagin a été diversement appréciée. Fritsch en a trouvé 1 sur 100 prostituées, et Gurlt, 3 seulement, sur 11,140 femmes ayant des tumeurs génitales.

Ces kystes sont sessiles ou pédiculés, peuvent faire à peine saillie ou atteindre un volume notable, parfois énorme (tête d'enfant : Veit).

Anatomie pathologique.

Pas plus que les kystes de la glande de Bartholin, les kystes du vagin ne sont, à proprement parler, des tumeurs : ce sont des tu-



Fig. 103. — Kystes du vagin, par inclusion de l'épithélium pavimenteux, à la suite d'une colporrhaphie par avivement (Paul Petit et S. Bonnet).

méfactations liquides, d'origine diverse, qui, à ce point de vue, devraient être réparties entre les traumatismes, l'inflammation et les

malformations congénitales. Mais la clinique a tout à gagner à leur description d'ensemble.

Nous distinguerons, au point de vue anatomo-pathologique :

A. Des kystes d'origine traumatique, dus à l'accouchement, à des excès de coït (bourses professionnelles des prostituées, Courty), à un traumatisme quelconque, et qui se subdivisent en : 1° kystes consécutifs à des hématomes; 2° collections séreuses, analogues à celles décrites par Morel-Lavallée dans le tissu cellulaire sous-cutané (Thorn, Ladreit de la Charrière); 3° hygromas développés dans des bourses séreuses accidentelles (Verneuil, Tiliaux, Thalinger, Eustache).

B. Des kystes pseudo-glandulaires, dus à l'oblitération des cryptes vaginaux, et dont l'examen microscopique a été fait par Preuschen, Schmal, Heitzmann, de Hüchel.

C. De ceux-ci on peut rapprocher les kystes ayant, pour origine, d'après Decio, la soudure de replis de la muqueuse et les kystes formés par inclusion opératoire de l'épithélium pavimenteux (fig. 103).

D. Des kystes par ectasie lymphatique (Klebs, Winckel).

E. Des kystes gazeux, pouvant atteindre le volume d'une petite noix (Decio), et relevant de la colpoperplasie kystique déjà décrite.

F. Des kystes d'origine embryonnaire, qui présentent une paroi bien distincte, riche en fibres lisses et en vaisseaux. Ils se divisent en kystes Wolffiens et kystes Mullériens.

Les premiers sont développés dans les canaux de Gärtner, ou vestiges des canaux excréteurs du corps de Wolff (voy. livre III, chap. 1), qui s'étendent des ligaments larges au voisinage du méat urinaire et ne doivent pas être confondus avec les tubes péri-urétraux de

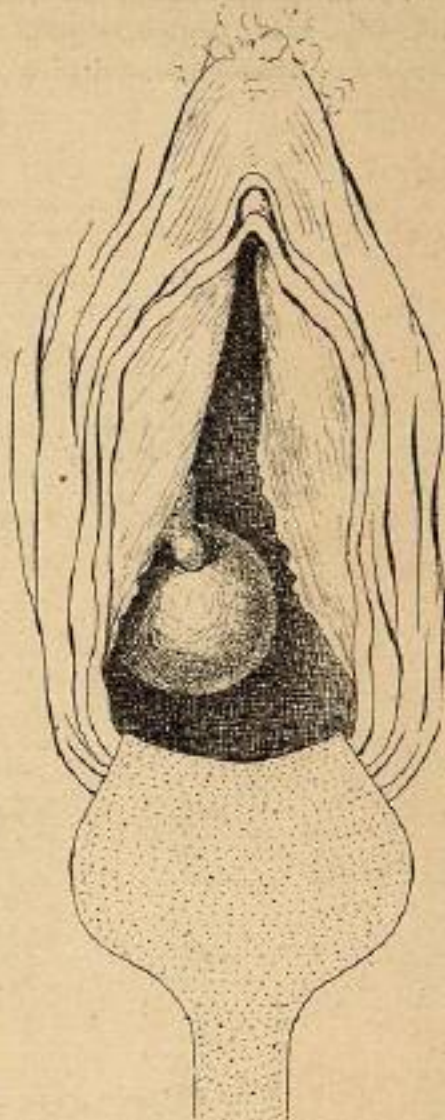


Fig. 104. — Kyste Wolffien de la paroi antéro-latérale droite (d'après Chalot).

Skene, qui peuvent être l'origine d'autres kystes. Les *kystes Wolffiens* occupent toujours la paroi antérieure ou antéro-latérale du vagin (fig. 104). Ils peuvent se prolonger jusque dans le ligament large correspondant, ce qui représente leur caractère différentiel le plus net. Leur épithélium de revêtement est ordinairement cylindrique (fig. 105), mais peut être aussi pavimenteux, à moins qu'on n'admette une troisième variété de kystes congénitaux, constituée par



Fig. 105. — Coupe histologique de la paroi d'un kyste Wolffien (d'après Walther). — A, cavité du kyste; B, épithélium cylindrique de revêtement; CC, faisceaux musculaires; VV, vaisseaux sanguins.

une invagination tératologique de l'ectoderme dans l'épaisseur des parois vaginales (Chalot).

Les *kystes Mullériens* occupent ordinairement la paroi postérieure du vagin, exceptionnellement la paroi antéro-latérale. Ils ne dépassent jamais la cavité du vagin. L'existence de papilles, inconstante du reste, leur semble spéciale. Leur épithélium est ordinairement pavimenteux stratifié, parfois cylindrique (Chalot). Ces kystes sont, en réalité, des collections de mucus, de sang ou de pus, développées dans une moitié de vagin bifide, non ouverte à l'extérieur et oblitérée sur une étendue plus ou moins grande (Pozzi).

On a constaté parfois, dans un même kyste congénital, de l'épithélium cylindrique et de l'épithélium pavimenteux (Poupinel).

Symptômes.

Les kystes du vagin ne se manifestent subjectivement que s'ils sont d'un certain volume ou enflammés. Leurs symptômes se résument en une sensation de pesanteur, en particulier pendant la marche, et en troubles fonctionnels d'ordre mécanique : gêne de la miction, de la défécation, de la menstruation, du coït, de l'accouchement.

Ils sont fluctuants ou rénitents. La muqueuse qui les recouvre a son caractère normal; ou bien, si le kyste est très tendu, elle peut être violacée, ardoisée ou transparente (Johnston).

Diagnostic.

On ne peut les prendre qu'à première vue pour une *rectocèle* ou une *cystocèle*. Mais la confusion avec une *gomme* vaginale est beaucoup plus facile. Il en est de même à l'égard de l'*uréthrocèle* si le kyste se trouve localisé au-dessous du canal de l'urètre. On évitera cette dernière méprise, en ayant recours à une injection de lait dans la tumeur, à moins qu'elle ne se soit ouverte dans l'urètre : l'erreur, dans ce cas, est à peu près fatale, mais elle est sans inconvénient.

On comprend encore que les kystes pré-cervicaux puissent être pris pour des tumeurs du cul-de-sac de Douglas.

Heydrich a signalé un cas dans lequel on avait pensé à un kyste congénital, alors qu'il s'agissait, en réalité, d'un diverticule du rectum, formant cul-de-sac, et qui s'était étendu entre le rectum et la paroi vaginale, en refoulant celle-ci.

Les kystes d'origine congénitale semblent être les plus fréquents. Ils se reconnaîtront à leur unicité ou à leur disposition en chapelet, à leur siège, à leur membrane propre, à leur volume. D'après Pozzi, on devrait rapporter à cette origine tous les kystes dépassant le volume d'une noisette. Cette opinion paraît un peu exagérée (Chalot). La distinction entre les kystes *Wolffiens* et *Mullériens* ne peut s'établir que sur des caractères inconstants : prolongements para-cervicaux ou cervico-ligamentaires, pour les kystes *Wolffiens*; présence de papilles et siège du kyste sur la paroi postérieure, pour les kystes *Mullériens*.

Les kystes pseudo-glandulaires sont disséminés sans ordre.

Les autres sont très rares. En se rapportant aux anamnestiques, on arrivera à saisir la véritable nature des kystes d'origine traumatique.

Marche.

Les kystes du vagin peuvent rester longtemps stationnaires, ou bien, ils croissent lentement, ou en quelques semaines, sous l'influence de la grossesse, du coït. Ils peuvent s'enflammer : une fois abcédés, ils s'ouvrent spontanément et se ferment par la suite, ou donnent lieu à des fistules persistantes.

Traitement.

Voir 2^e partie, livre II, chap. II.

II. — FIBROMES DU VAGIN

Les *fibromes* du vagin, comme ceux de l'utérus, sont, en réalité, des *fibro-myomes*. Paget a cependant décrit un cas de *fibrome pur*.

Ces tumeurs, sessiles ou pédiculées, sont en général d'un petit volume. On en a pourtant cité qui atteignaient les dimensions d'une tête d'enfant (Hofmokl), qui remplissaient complètement le vagin et soulevaient l'utérus (Hastenpflug). Elles peuvent être uniques ou multiples. L'un de nous a observé et opéré un cas de fibromes multiples qui a procédé, en trois poussées successives, à plusieurs années d'intervalle.

Ces tumeurs, quand elles sont volumineuses, déterminent des phénomènes de compression, des hémorrhagies, et font mécaniquement obstacle au coït, à l'accouchement. Le mieux est de les extirper, le plus tôt possible, en vue du développement qu'elles peuvent prendre.

III. — CANCER PRIMITIF DU VAGIN

Le *cancer primitif* du vagin est très rare. D'après Otcheline, le nombre des cas publiés en 1890 était de 107; Martin ne l'a observé qu'une fois sur 5,000 femmes.

L'*épithélioma* s'est montré sous forme *papillaire, nodulaire ou infiltrée*; le *sarcome*, sous forme *infiltrée, nodulaire et tétangiectasique* (Kalustow), et sous forme de *corps fibreux sarcomateux*.

Le cancer vaginal donne lieu à des symptômes semblables à ceux du cancer utérin; hémorrhagies, douleurs, écoulements fétides. L'examen objectif, l'état des ganglions voisins (examiner en particulier le ganglion prérectal, de Poirier), circonscrit le diagnostic

entre le cancer, le syphilome et la tuberculose. Il sera prudent, pour lever tous les doutes, de recourir à l'examen histologique et au traitement spécifique, mixte, durant six semaines.

On fera l'extirpation complète, s'il est possible; dans le cas contraire, on se bornera au curettage, suivi de cautérisation, ou à de simples injections antiseptiques.

CHAPITRE III**TUMEURS DE L'UTÉRUS****I. — FIBROMES**

Les *fibromes* de l'utérus, dénommés aussi *corps fibreux, tumeurs fibreuses* (Cruveilhier), *hystéromes* (Broca), *fibroïdes* (Lebert et auteurs anglais), *myomes, leio-myomes* (Virchow), sont en réalité, dans la majorité des cas, des *fibro-myomes*. Nous userons cependant du terme *fibrome* qui est le plus court et le plus usité en France.

Étiologie et pathogénie.

On ne possède encore aucune donnée précise relativement aux causes et à l'histogénèse des fibromes. Les recherches dans ce sens (Bayle, Winckel, etc.), n'ont abouti, depuis Velpeau, qu'à des hypothèses vagues ou contradictoires.

Ce qui ressort nettement des statistiques, c'est la grande fréquence de ces tumeurs : 20 p. 100, au-dessus de trente-deux ans (Bayle); 40 p. 100, au-dessus de cinquante ans (Kolb). Elles s'observent à tout âge, mais surtout de trente à quarante-cinq ans, et ne se révèlent qu'après la puberté.

On accorde une certaine influence prédisposante à la race noire, à l'arthritisme, à l'hérédité (Winckel, Engström), à la subinvolution (Fehling), à toutes les causes (thérapeutiques, accidentelles, physiologiques) d'excitation de l'utérus, à la multiparité ou, au contraire, à la stérilité (Bayle), etc. Mais la stérilité est plutôt une conséquence qu'une cause des fibromes, et si ces tumeurs ne sont pas rares chez les vierges d'un certain âge, elles sont encore plus communes chez les femmes mariées.

Il est certain que toutes les *hyperhémies* favorisent leur évolution, sinon leur éclosion. Rosenhart a constaté 5 fois sur 11, anté-