

a. Ce qui a été dit à propos des kystes de la vulve (p. 499 et suiv.) nous dispense de revenir sur les canaux de Gärtner qui occupent la partie antérieure ou antéro-latérale du vagin quand ils persistent chez l'adulte.

Veit s'est fait le champion de la théorie wolffienne. Parmi ceux qui y ont adhéré, il faut citer Klebs, Schröder, Pozzi, Poupinel, Pilliet, Chalot, Cazin, Boursier, Richelot, Kummel, Zweigbaum.

Nous en avons, nous-même, observé deux cas. Il est bien certain que bon nombre de kystes développés sur les parties antéro-latérales du vagin et se prolongeant du côté du col sont bien nettement développés aux dépens des canaux de Gärtner.

b. Les kystes müllériens occuperaient la paroi postérieure du vagin. L'existence de papilles permettrait de les distinguer des kystes wolffiens (Quénu). Leur épithélium serait pavimenteux stratifié, parfois cylindrique (Chalot). Mais il ne semble pas que l'on ait jamais pu démontrer, jusqu'ici, l'origine müllérienne des kystes qui ont été soumis aux investigations microscopiques. Cependant, il faut reconnaître que cette origine peut théoriquement être admise et qu'elle est fort compréhensible.

On peut observer les kystes à tout âge, chez les jeunes filles comme chez les femmes qui ont eu des enfants. Sans que l'on soit fixé sur la fréquence des kystes et, en particulier, des kystes wolffiens, l'on peut dire qu'ils sont plus fréquents qu'on ne serait tenté de le croire. Neugebauer aurait constaté le kyste vaginal dans 2,3 p. 100 des femmes qu'il aurait examinées au point de vue gynécologique.

Anatomie pathologique. — Le kyste du vagin est ordinairement unique. Parfois il en existe plusieurs et, souvent alors, les petites tumeurs kystiques sont développées en chapelet dans le sens longitudinal, dans la direction du canal de Gärtner. Quelquefois, cependant, les kystes occupent des sièges divers sur la paroi vaginale.

Leur forme est arrondie. Le kyste est recouvert par la muqueuse vaginale et sessile. Il peut exister cependant une sorte de pédicule : dans ces cas, le kyste est allongé et sort par l'orifice vaginal.

Le volume en est variable et a pu être comparé à une noisette, à une noix, à une mandarine et atteindre des proportions plus considérables.

Le siège diffère et le kyste s'observe en avant, sur les côtés et en arrière du vagin.

STRUCTURE. — La paroi kystique est composée, d'après Zweigbaum : 1° d'une couche externe de tissu conjonctif ; 2° d'une couche moyenne formée de fibres musculaires lisses ; 3° d'une couche interne, revêtue d'un épithélium stratifié à cellules superficielles polygonales. En certains points, on ne voyait qu'une couche de cellules cubiques qui s'invaginaient dans la profondeur.

Cazin décrit ainsi la paroi kystique : sur une coupe comprenant toute l'épaisseur de la paroi vaginale, jusqu'à la surface libre du kyste, on rencontre une couche épithéliale correspondant à la sur-

face interne du kyste, qui est plus ou moins irrégulière et plissée sur certains points. Cet épithélium est constitué par une couche d'épithélium prismatique dont les cellules sont environ trois fois plus hautes que larges, un noyau ovalaire occupant la partie moyenne. Au-dessous de la couche de tissu conjonctif, sur laquelle repose cet épithélium, il existe une couche de fibres musculaires lisses et formant deux plans, l'un circulaire et externe, l'autre interne et formé de fibres longitudinales. Enfin, on trouve une couche de tissu cellulaire amincie à ce niveau et séparant le kyste des parois vaginales.

Le contenu est fort variable et, comme le dit Chalot, est sans importance au point de vue de l'origine du kyste. Il est tantôt clair comme de l'eau de roche, ou citrin ; parfois filant et visqueux, souvent de couleur sucre d'orge. Il contient des granulations, des cellules épithéliales, des leucocytes, du sang ; parfois de la mucine, des traces d'albumine et de paralbumine.

Les kystes wolffiens sont ordinairement uniloculaires, se montrent plus souvent à droite qu'à gauche (Poupinel) et suivent volontiers le trajet connu du canal de Gärtner, quand il persiste. Le kyste wolffien est formé par une coque conjonctive non papillaire contenant des fibres musculaires lisses propres (Poupinel et Kummel). L'épithélium, sans membrane basale, est composé de cellules cubiques élevées sans cils (Waldeyer, Fischel), ou avec cils. On pourra rencontrer un épithélium mixte cilié ou stratifié (Weber).

Symptômes. — Les kystes vaginaux ne donnent lieu ordinairement qu'à peu de troubles. Quand ils sont petits, c'est souvent par hasard qu'on les découvre, mais il n'est pas rare qu'ils donnent lieu, à un moment donné, à un sentiment de gêne, ou qu'ils manifestent leur présence par une sensation désagréable, douloureuse même, pendant le coït, pendant la marche, ou produisent des troubles de compression (troubles de la miction et de la défécation). Il est certain qu'à ce point de vue il y a une distinction capitale à établir entre les petits kystes cachés dans le vagin et ces productions kystiques volumineuses qui peuvent même faire saillie au dehors.

A l'aide du toucher vaginal, on constate, dans les cas moyens, l'existence d'une tumeur molle, élastique, tendue, rénitente, parfois nettement fluctuante, et non douloureuse à la pression. La surface de la tumeur est régulière et la muqueuse lui adhère ordinairement. Tantôt le kyste fait une forte saillie et semble se détacher de la paroi vaginale ; tantôt il se confond avec cette paroi et semble plus profondément situé. Mais, souvent, la tumeur est relativement mobile sur les parties profondes ; cependant, elle peut faire corps avec la paroi, surtout quand elle est volumineuse.

Il n'est pas rare de rencontrer un ou deux autres kystes situés l'un derrière l'autre et, parfois même, de petites indurations allongées, suivant la direction du canal de Gärtner.

Au spéculum, on reconnaît que la muqueuse, qui est peut-être amincie, a conservé ses caractères normaux. Elle peut être cependant bleuâtre, violacée, ardoisée ou transparente.

L'évolution de la tumeur se fait lentement et une augmentation de volume se produit parfois au moment des règles. Le kyste peut se rompre. Il se reforme ordinairement. Il suppure quelquefois, comme dans le cas publié récemment par Lanelongue (de Bordeaux). Il peut être, dans ce cas, l'origine d'une fistule persistante.

Diagnostic. — Il n'est véritablement pas difficile de faire le diagnostic différentiel entre le kyste du vagin, d'une part, la cystocèle et la rectocèle, d'autre part.

L'urétrocèle peut induire en erreur. Mais il suffit de mettre une sonde dans l'urètre pour bien reconnaître le siège de la poche développée aux dépens des parois urétrales.

Traitement. — L'injection d'un caustique dans la poche est une méthode infidèle. Il est indiqué d'enlever complètement la poche et de suturer soigneusement la plaie. Si la dissection de la poche devenait trop difficile, on se contenterait d'une excision partielle et d'une cautérisation portant sur les parties qui n'auraient pu être enlevées.

Cancer du vagin. — Nous étudierons le cancer primitif du vagin, en laissant de côté le cancer secondaire qui évolue souvent par extension d'un cancer de l'utérus, du rectum ou de la vessie.

Le premier travail écrit sur le cancer primitif du vagin est celui de Rondot (1) en 1875. L'année suivante, Küstner (2) a pu en recueillir 22 cas, avec deux observations personnelles. Comme travail d'ensemble, nous citerons la thèse de Bernard (3), la thèse de Linke (4), et enfin celle de Rohde (5). Ce dernier a réuni 130 cas de cancer primitif du vagin, dont 5 cas personnels.

Étiologie. — La fréquence de l'épithélioma primitif du vagin varie suivant les statistiques. C'est ainsi que, sur 8287 cas de femmes mortes de cancer, à Paris, on note 14 cas de cancer primitif du vagin, soit 0,16 p. 100.

Sur 59 600 malades, d'après Gurtt, il y aurait 114 cas, soit 0,19 p. 100. Sur 5000 malades gynécologiques, il y aurait, d'après Martin, 4 cas d'épithélioma primitif du vagin, soit 0,08 p. 100. Sur 35 807 malades de la Clinique gynécologique de Berlin, il y aurait, d'après Schwartz, 84 cas d'épithélioma du vagin, soit 0,24 p. 100. Sur 8981 malades de la Clinique gynécologique de Prague observées de

(1) RONDOT, *Gaz. hebd.*, 1875, nos 14, 15, 16.

(2) KÜSTNER, *Archiv für Gynæk.*, Bd IX, 1876, p. 279.

(3) BERNARD, thèse de Paris, 1895, n° 219.

(4) LINKE, *Inaug. Dissert.* Iéna, 1895.

(5) ROHDE, *Inaug. Dissert.* Halle, 1897.

1875 à 1891, il y aurait eu 38 cas, soit 0,42 p. 100. Enfin sur 226 femmes atteintes de cancer, Meyer observa 8 cas de cancer primitif du vagin, soit 3 p. 100.

D'après les statistiques des Cliniques gynécologiques de Prague et de Vienne (1), on observerait un cas de cancer primitif du vagin sur 63 cas de cancer en général, sur 38 cas de cancer de l'utérus, en particulier. Ainsi, de ces données statistiques, il résulte que le cancer primitif du vagin n'est point absolument rare, comme on le croyait autrefois. Il faut tenir compte, de plus, qu'un grand nombre de cas passent inaperçus et n'arrivent à l'observation du médecin qu'au moment où la propagation s'est déjà faite vers le rectum, vers l'utérus ou la vessie, cas qui sont considérés alors comme des cancers secondaires.

C'est entre trente et soixante ans que l'on observe le plus fréquemment l'évolution du cancer du vagin. L'hérédité, de même que la grossesse, ne semblent jouer aucun rôle dans l'étiologie de cette affection. On a beaucoup invoqué les irritations chroniques comme cause déterminante du cancer du vagin, mais, jusqu'ici, on n'a pu relever que 5 cas où le cancer évolua à la suite du prolapsus (Linke, *loc. cit.*). Parmi les causes déterminantes, certains auteurs invoquent la pression continue des pessaires, les coïts répétés, la masturbation, l'introduction du spéculum.

Pour deux cas que nous avons eu l'occasion d'observer (2), l'examen microscopique nous permet d'établir les relations intimes qui existent entre la leucoplasie vaginale et le cancer. Au milieu des cellules épithéliales hyperkératinisées, se trouvaient disséminés des globes épidermiques qui, dans les parties dégénérées, venaient se substituer aux cellules hyperkératinisées. On a pu étudier aussi tous les stades de transition entre la leucoplasie franchement accusée et la transformation épithéliomateuse.

La rareté relative des cancers primitifs du vagin pourrait être expliquée par la structure pavimenteuse de la muqueuse vaginale, par la régénération fréquente de l'épithélium, enfin par l'absence des glandes.

Anatomie pathologique. — Le cancer primitif du vagin peut se présenter sous deux formes: 1° la forme *végétante*, la forme d'un *cancroïde papillaire*, siégeant le plus souvent au niveau de la paroi vaginale postérieure, plus rarement en avant ou latéralement.

2° La forme *infiltrée* ou nodulaire; quelquefois l'infiltration envahit tout le pourtour du conduit vaginal, constituant ainsi la forme *annulaire* décrite par Breisky.

(1) FRIEDL, *Wiener klin. Wochenschr.*, n° 3, 1896.

(2) PICHEVIN et PETIT, *Congrès intern. de Genève, et Ann. de gynéc.*, 1896, p. 458.

Sur 130 cas recueillis dans la thèse de Rohde, voici comment est réparti le siège de la lésion :

71 cas	siégeaient	au niveau	de la paroi	postérieure.
23 —	—	—	—	antérieure.
13 —	—	—	—	latérale.
16 —	affectaient	la forme	annulaire.	

On observe rarement des nodules carcinomateux simultanément à gauche et à droite. Le volume de la tumeur ne dépasse pas, au début, celui d'une noisette, puis, au fur et à mesure que la lésion progresse, la masse néoplasique prend des proportions considérables, remplissant toute la cavité vaginale, descendant à la vulve.

La consistance varie suivant que l'on a affaire à la forme végétante — molle et friable, — ou bien à la forme infiltrée — dure et rigide.

La propagation du cancer du vagin se fait, en premier lieu, vers la vessie et le rectum, par compression et infiltration du tissu cellulaire paravaginal et pararectal. Cette compression amène des fistules : plus loin, les uretères sont pris, d'où hydronéphrose, cystite, aboutissant quelquefois à l'urémie. La propagation peut se faire encore vers la vulve.

L'envahissement de l'utérus est plus rare.

L'infiltration ganglionnaire est la règle ; plus souvent, ce sont les ganglions pelviens qui sont pris d'abord. Les ganglions inguinaux ne sont envahis que lorsque la dégénérescence a atteint la vulve. — Plus tard, le cancer envahit les nerfs, les artères et les veines, — d'où *phlegmatia alba dolens*.

Les métastases sont rares. Deux fois seulement on a pu observer le cancer généralisé.

Au point de vue histologique, le cancer ne présente rien de particulier ; il ne diffère en rien du cancer des autres organes. Il peut revêtir la forme *lobulée* ou la forme *tubulée*.

Symptômes. — Le début d'un cancer primitif du vagin passe souvent inaperçu. Les malades, n'étant incommodées par aucun trouble fonctionnel, ne viennent consulter qu'à une période avancée, lorsque, à côté des douleurs lombaires déjà existantes, elles commencent à avoir des pertes.

Ces pertes sont jaune verdâtre, striées de sang quelquefois ; à la suite du moindre traumatisme : défécation, coït, toucher vaginal, on voit apparaître de vraies hémorragies.

Au fur et à mesure que les lésions progressent, que les surfaces bourgeonnantes s'ulcèrent, cet écoulement vaginal devient d'une félicité extrême et, dans ce mucus séro-sanguinolent, on observe aussi de petits fragments de tissu carcinomateux qui s'éliminent.

C'est à ce moment que surviennent les troubles de la miction et de la défécation ; puis, lorsque la vessie est envahie, on voit apparaître des fistules, la compression des uretères avec son complexe

symptomatique, cystite, hydronéphrose pouvant déterminer quelquefois la mort de la malade par urémie.

L'examen local fournit des signes qui varient suivant la période à laquelle la malade se présente.

Au début, lorsque le toucher vaginal est encore praticable, on sent, soit une petite saillie papillaire siégeant au niveau d'une des parois du vagin, soit une masse volumineuse, bosselée, fongueuse et saignante, remplissant toute la cavité vaginale.

Dans les cas de cancer annulaire, on a la sensation d'un rétrécissement du vagin. — Enfin, lorsque, à une période avancée, le toucher vaginal n'est plus possible, c'est alors par le toucher rectal que l'on arrive à apprécier l'étendue et la nature des lésions.

L'état général reste pendant longtemps satisfaisant. L'évolution est lente, la mort arrive par cachexie.

Lorsque la grossesse vient compliquer le cancer du vagin, celui-ci prend une marche rapide. Si la grossesse est menée à terme, la malade succombe le plus souvent, soit par hémorragie due à une déchirure, soit par septicémie.

Deux fois seulement l'accouchement a pu se faire spontanément.

Deux fois, on pratiqua l'accouchement prématuré et les malades succombèrent. Trois fois, on a fait l'application du forceps, une fois avec rupture du vagin et du rectum. L'opération césarienne fut pratiquée 4 fois ; deux malades moururent. En résumé, sur un total de 12 cas d'épithélioma du vagin compliqués de grossesse, publiés dans la thèse de Rohde, 10 femmes sont mortes, soit une mortalité de 83 p. 100 ; 5 enfants ont survécu, soit 42 p. 100.

Diagnostic. — Il est facile en général.

Par le toucher vaginal seul, ou combiné au toucher rectal, on arrivera à éliminer les tumeurs du rectum ou de la vessie, les polypes de l'utérus, les corps étrangers du vagin.

Les *ulcérations tuberculeuses* du vagin se caractérisent par leur multiplicité ; de plus, elles ne reposent pas sur une base indurée.

Le *chancre induré* a des bords surélevés qui se continuent sans ressaut avec le fond.

Quant aux autres manifestations syphilitiques, les *érosions* de la période secondaire, les *gommés*, elles seront facilement diagnostiquées, d'une part d'après leurs caractères propres, d'après les commémoratifs, d'autre part.

Ce qui est plus difficile, et ce qui est surtout très important au point de vue du traitement, c'est de bien préciser le degré des lésions, l'état des ganglions, des parois recto- et vésico-vaginales, c'est de bien se rendre compte s'il s'agit là d'un cancer primitif du vagin ou bien d'un cancer secondaire ayant son point de départ dans l'utérus. Le diagnostic différentiel avec le sarcome, avec certains papillomes, ne pourra se faire qu'à l'aide du microscope.