

Les kystes du vagin se présentent sous la forme d'une saillie arrondie, lisse, tantôt largement sessile, tantôt en voie de pédiculisation. La muqueuse qui la recouvre est souvent presque normale; parfois adhérente et amincie, elle laisse transparaître le liquide, prenant une teinte bleuâtre et un aspect lisse et tendu tout à fait spécial.

La fluctuation est en général non douteuse dans les kystes un peu volumineux; dans les petits kystes, elle fait défaut le plus souvent.

Ce n'est qu'à partir d'un certain volume que les kystes vaginaux déterminent quelques troubles fonctionnels, un peu de pesanteur, de gêne dans la marche, et l'accomplissement des fonctions sexuelles, un certain degré de leucorrhée.

Magnin a rapporté un cas de rupture d'un kyste du vagin pendant la grossesse; en général, les kystes ne gênent ni la miction, ni l'accouchement.

La marche est essentiellement lente et le pronostic absolument bénin.

**Diagnostic.** — M. Pozzi a séparé fort judicieusement des kystes du vagin la *pachyvaginite kystique* et *emphysémateuse* de Winckel qu'on rencontre presque exclusivement chez les femmes enceintes, et dont nous avons parlé plus haut au chapitre des *vaginites*.

Les kystes du vagin ne seront pas confondus avec une *cystocèle* ou une *uréthrocele*, dans la cavité desquelles on peut introduire par l'urèthre une sonde métallique convenablement recourbée; le toucher rectal permettra de même de s'assurer qu'on n'a point affaire à une *rectocèle*.

L'épanchement de sang ou de pus dans une cavité vaginale juxtaposée à la première, *hématocolpos latéral*, *pyocolpos latéral*, ne sera diagnostiqué que par un examen attentif de l'état de développement du vagin normal et du vagin supplémentaire.

Le diagnostic des *kystes profonds du vagin* avec les *salpingites*, les *ovaires kystiques* ou prolapsés est plus difficile; il nécessite un toucher exercé.

**Traitement.** — L'*extirpation complète* est aujourd'hui le traitement de choix des kystes du vagin; mais c'est là une opération délicate, tant à cause des adhérences de la muqueuse à la paroi kystique, qu'en raison de la minceur extrême de cette paroi, minceur telle qu'il est bien difficile de ne pas ouvrir, et des prolongements du kyste souvent beaucoup plus étendus qu'on ne les soupçonnerait au premier abord. Lorsque le kyste est vidé, sa dissection devient plus difficile: Pozzi a conseillé de vider la tumeur et de la remplir de blanc de baleine fondu qu'on fait durcir par une application de glace; on dissèque alors la poche tout à fait à son aise; ce procédé ingénieux mérite d'être recommandé<sup>(1)</sup>.

Toutes les parties non adhérentes de la muqueuse sont soigneusement conservées et rapprochées autant que possible à l'aide de fils de catgut ou de soie.

Si la dissection était trop difficile, on se contenterait d'abraser toute la partie saillante du kyste, et, pansant à plat avec la gaze iodoformée, on obtiendrait ainsi la guérison par exfoliation épithéliale, qu'on demandait autrefois à la cautérisation.

(1) S. POZZI, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1878.

## II

## TUMEURS SOLIDES

## A. — FIBROMES. — FIBRO-MYOMES. — POLYPES DU VAGIN

Les *fibro-myomes* constituent la variété la plus fréquente des tumeurs solides du vagin; ils sont formés de tissu fibreux et de fibres musculaires lisses. Rizzoli a décrit, en 1875, des fibromes ou mieux des *fibro-myomes péri-uréthraux*. Tillaux, Lejan, Routier en ont rapporté des exemples.

Les *myomes purs* seraient les plus rares; d'après Kleinwächter, les *fibromes purs* ne sont pas beaucoup plus fréquents; Paget en a rapporté un exemple curieux<sup>(1)</sup>.

Certains fibro-myomes se pédiculisent et constituent de véritables *polypes du vagin*; ils sont en général petits, mais on en a vu d'énormes qui pesaient jusqu'à 2 livres<sup>(2)</sup>.

La paroi antérieure est leur siège de prédilection.

**Étiologie.** — Trätzl, Wilson, A. Martin en ont observé des exemples chez de jeunes sujets; on les observe surtout à l'âge moyen.

**Symptômes.** — Les petits fibro-myomes passent inaperçus; les tumeurs volumineuses provoquent des hémorragies, des troubles de compression du côté de la vessie, troubles de la miction et même rétention d'urine.

**Traitement.** — Pour les polypes, on sectionne le pédicule; pour les corps fibreux, on pratique l'énucléation.

## B. — SARCOMES DU VAGIN

Le *sarcome du vagin* est une tumeur rare: Le travail de Pick ne contient que 17 observations.

Le *sarcome primitif* est fréquent chez les jeunes sujets: Sängler, Ahfeld, Soltmann, Hauser, Babès, Grœnischer, Schuchardt, Steinthal en ont rapporté des observations curieuses chez des enfants de deux à cinq ans.

Le sarcome du vagin se présente sous trois formes anatomiques différentes:

- 1° Le *sarcome diffus de la muqueuse*, forme observée surtout chez les enfants;
- 2° Le *sarcome mélanique* (Parona)<sup>(3)</sup>;
- 3° La *dégénérescence sarcomateuse des corps fibreux*.

Cette dernière forme n'est pas facile à diagnostiquer, et la nature de l'affection n'est souvent établie que par la récurrence survenant après une première opération.

(1) PAGET, *Lect. on surg. pathol.*, vol. II, p. 115.

(2) HASTENPFLUG, *Ueber vaginal Myome Dissert.* Iéna, 1888.

(3) PARONA, *Annal. univ. di med. et chir.* Milano, 1887, p. 241.

## C. — CANCER DU VAGIN

Le cancer primitif du vagin est rare : A. Martin ne l'a observé qu'une fois sur 5000 femmes. Le cancer secondaire par propagation d'un cancer du col de l'utérus ou de la vulve est par contre assez fréquent ; nous le laisserons volontairement de côté dans cette description.

La plupart des cancers primitifs du vagin ont été observés chez des femmes de 50 à 40 ans. On en a vu à 20 ans, à 15 ans, à 9 ans (Johannowsky), à 5 ans 1/2 (Guersant). Bernard nous en a donné une étude très complète dans sa thèse inaugurale (1895).

**Anatomie pathologique.** — Le cancer primitif se présente sous deux formes : l'*épithélioma papillaire* et l'*épithélioma nodulaire*. L'*épithélioma papillaire* se développe généralement sous la forme d'une plaque indurée, végétante, au niveau de la paroi postérieure du vagin. A l'exemple de ce qui se passe pour les cancers de la bouche, on a pensé que la leucoplasie vaginale n'était pas étrangère à sa production. M. Reclus s'est fait le défenseur de cette opinion dans un intéressant article publié dans la *Gazette hebdomadaire* en 1887.

L'*épithélioma nodulaire* apparaît par îlots rapidement confluents ; un de ses types les mieux connus est le *cancer périurétral*. L'ulcération est rapide.

**Symptômes.** — Comme dans le cancer de l'utérus, on observe un écoulement fétide abondant, des hémorragies rarement considérables, des douleurs locales excessivement pénibles, une sensation de brûlure interne atroce dans certaines formes, quelque chose d'analogue à la sensation d'un fer rouge, enfin des phénomènes de compression du côté de la vessie et du rectum.

L'examen local montre les plaques indurées, fait reconnaître l'infiltration des parois vaginales ; sous l'influence des sécrétions irritantes, les parties de la muqueuse non envahie par le néoplasme sont le siège d'une inflammation qui accroît encore les sensations douloureuses.

La *marche* de l'affection est longue : on a vu de ces cancers qui duraient deux ans, deux ans et demi et même davantage, sans amener une cachexie comparable à celle du cancer utérin.

**Traitement.** — L'ablation large des parties malades doit être faite aussitôt que possible pour donner de bons résultats.

Quelques chirurgiens allemands et autrichiens n'ont pas craint en pareil cas de faire des opérations considérables, telles que résection du coccyx, formation d'un anus sacré, extirpation du vagin, abaissement et fixation de l'utérus à la peau (Eiselsberg).

Si l'opération radicale est impossible, le chirurgien déploiera toutes les ressources thérapeutiques pour calmer les douleurs et rendre supportable dans la mesure du possible la cruelle maladie.

## CHAPITRE VI

## MALFORMATIONS DES ORGANES GÉNITAUX

## DÉVELOPPEMENT DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ LA FEMME

Il est impossible de se faire une idée exacte des malformations des organes génitaux externes chez la femme, si l'on ne connaît bien le développement de ces organes. D'autre part, ce développement est si intimement lié au développement des organes urinaires (rein, vessie, urètre) et de l'extrémité inférieure du tube digestif qu'il ne saurait en être séparé.

Qu'on s'imagine, d'une part, une dépression des téguments externes constituant l'anus et les organes génitaux externes ; de l'autre un cul-de-sac semblable dans lequel viennent s'ouvrir, en avant, l'allantoïde, la vessie qui en dépend et les uretères, en arrière, l'extrémité inférieure ou postérieure de l'intestin, au milieu, les canaux du corps de Wolff et les conduits de Müller ; qu'on fasse fusionner ces deux cloaques interne et externe en même temps que se séparent les divers appareils primitivement confondus, et l'on aura l'idée schématique la plus simple du développement de l'anus et du rectum, des organes urinaires et surtout des organes génitaux dont nous avons à nous occuper ici tout particulièrement.

Ce développement passe par deux phases bien distinctes : une première, phase d'indifférence ou d'indétermination sexuelle, depuis la fécondation jusqu'au troisième mois ; une seconde, phase d'orientation sexuelle commençant au troisième mois pour finir vers la vingtième semaine, époque à laquelle les organes génitaux sont complètement développés et ne subissent plus que des modifications insignifiantes.

**PREMIÈRE PHASE. — INDIFFÉRENTE.** — A. *Développement des organes génito-urinaires internes.* — Sur les côtés de la ligne médiane ou de la région axiale de l'embryon, le feuillet moyen du blastoderme forme entre la somatopleure et la splanchnopleure un long pli saillant, *masse intermédiaire de Balfour et Forster*.

Cette saillie étendue de la poitrine au bassin ne tarde pas à s'accroître et prend alors le nom d'*éminence génitale*.

Bientôt cette éminence génitale se subdivise en deux saillies secondaires : une interne, plus limitée, moins longue, *éminence sexuelle*, recouverte de cellules épithéliales spéciales, va former l'ovaire ou le testicule ; l'autre externe, plus saillante, plus longue, forme un pli qui ne s'efface qu'à la partie inférieure ; c'est le *pli uro-génital*.

Dans ce pli on trouve à la coupe, d'avant en arrière, le canal de Müller, le conduit du corps de Wolff et l'urètre. De ces trois conduits, les deux premiers nous intéressent tout particulièrement.

Le canal du corps de Wolff est le conduit excréteur d'un organe transitoire, sorte de *rein primordial*, qui disparaît rapidement vers la fin du deuxième mois. C'est un long tube excréteur recevant latéralement des tubes enroulés, aboutis-