

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-

sant à un glomérule vasculaire; on l'a comparé à un long peigne; il s'étend de la 5^e protovertèbre à la partie inférieure de l'embryon, où il s'ouvre dans le cloaque commun à l'allantoïde et au rectum.

Ce canal se développe de très bonne heure, aux dépens du feuillet moyen, sous la forme d'un cylindre d'abord plein, puis creux (Waldeyer, Schenk, Balfour). D'abord situé près du feuillet externe, ce qui expliquerait la fréquence et la production des kystes dermoïdes (Pouchet), le canal du corps de Wolff pénètre ensuite dans l'épaisseur de la masse intermédiaire. Quant aux tubes latéraux suivant les uns, ils naissent d'une façon indépendante et se souderaient

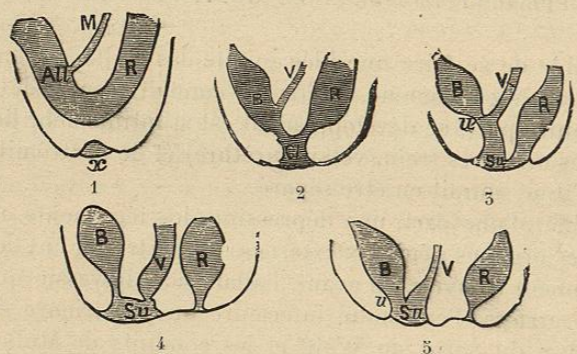


FIG. 12. — Développement des organes génitaux de la femme. — Schéma. (Schröder.)

1. R, rectum continu avec Al allantoïde (vessie) et M canal de Müller (vagin). — α , dépression de la peau au-dessous du tubercule médian-vulve.
2. La dépression gagne en dedans, et, devenant continue avec le rectum et l'allantoïde, forme le cloaque Cl.
3. Le cloaque se partage en sinus uro-génital et anus par l'abaissement de la cloison-périnéale. — Les canaux de Müller sont réunis pour former le vagin V, en arrière de la vessie B et de l'orifice de l'urèthre u.
4. Le périnée est complètement constitué.
5. La partie supérieure du sinus uro-génital se resserrant pour former l'urèthre, la partie inférieure persiste et forme le vestibule Su auquel aboutissent l'urèthre et le vagin.

ensuite; suivant les autres, ils seraient une expansion du conduit principal.

Le canal de Müller naît après le corps de Wolff: placé en avant de lui dans le pli uro-génital, il se développe par une dépression de l'épithélium germinatif de Waldeyer dans la masse protovertébrale. Ouvert à son extrémité supérieure dans la cavité pleuro-péritonéale au niveau de la 5^e protovertèbre, le canal de Müller s'ouvre inférieurement dans le cloaque interne par une ouverture primitivement commune avec le canal du corps de Wolff, dont elle s'isole ensuite par cloisonnement. Les deux conduits de Müller se fusionnent par accollement au niveau de leur abouchement dans le cloaque interne.

L'intestin n'est d'abord qu'un tube terminé en cul-de-sac à ses deux extrémités et communiquant par sa partie moyenne avec la vésicule ombilicale. On voit bientôt, par le fait de l'incurvation caudale, son extrémité inférieure se munir d'une sorte de bourgeon qui se développe rapidement et prend une grande importance. Il va constituer l'appareil allantoïdien, vésicule allantoïde, ouraque, vessie, et, comme il reçoit au niveau de son pédicule intestinal les canaux de Wolff et de Müller, on lui a donné le nom de sinus uro-génital.

Primitivement, la muqueuse génito-urinaire et ses dépendances ne sont donc qu'une dépendance de la muqueuse intestinale, c'est-à-dire du feuillet interne du blastoderme, et le sinus uro-génital communique largement avec la cavité de

l'intestin inférieur ou postérieur avec lequel il constitue un véritable cloaque interne recto-allantoïdien.

Quant aux reins définitifs, ils se développent en arrière et au-dessus des corps de Wolff et restent ensuite indépendants du développement de l'appareil génital. Leurs conduits excréteurs, les uretères, naissent d'un bourgeonnement inférieur du conduit de Wolff et vont s'ouvrir dans la portion vésicale de l'allantoïde en avant des canaux de Müller.

B. Développement de l'anus et des organes génitaux externes. — Dans la sixième semaine, on voit apparaître à la face externe, dans la région correspondant au cloaque, un tubercule, tubercule génital, bientôt entouré de deux replis cutanés, replis génitaux. Vers la fin du deuxième mois, le tubercule s'est accru et présente à sa face inférieure un sillon, sillon génital; ce sont là les premiers vestiges des organes génitaux externes.

L'anus est encore confondu avec le sillon génital. La dépression ano-génitale externe marche en profondeur pour se souder au cloaque interne intestino-allantoïdien et former avec lui ce que j'appellerai le cloaque définitif.

2^e PHASE. — ORIENTATION DE L'APPAREIL GÉNITAL DANS LE SENS FÉMININ. —

A. Organes génitaux internes. — Si le nouvel être évolue dans le sens féminin, la glande génitale devient un ovaire. A l'inverse de ce qui se produit chez les individus du sexe masculin, le corps de Wolff et son conduit s'atrophient et disparaissent, ne laissant pour vestige que l'organe de Rosenmüller, qu'on voit par transparence dans l'épaisseur du ligament large. La presque totalité de l'appareil génital interne se développe aux dépens des conduits de Müller qui forment, dans leur partie supérieure, les trompes de Fallope, et dans leur partie inférieure se fusionnent pour constituer l'utérus et le vagin. D'abord accolés (fin du deuxième mois) jusqu'à la partie inférieure, les conduits de Müller ne sont plus cloisonnés qu'à leur partie supérieure (quatrième mois).

Le ligament du corps de Wolff persiste en formant le ligament rond qui vient s'insérer sur les conduits de Müller, à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs, marquant la séparation de la trompe et de l'utérus.

Exceptionnellement, le conduit du corps de Wolff persiste chez la femme à l'état plus ou moins rudimentaire, sous le nom de canal de Gartner; cette persistance est très fréquente chez la vache. Nous avons vu qu'on faisait jouer au canal de Gartner un rôle pathogénique considérable dans la formation des kystes du vagin.

En même temps que se termine la fusion des conduits de Müller, vers la dixième ou la douzième semaine, le cloaque interne se divise en portion rectalé

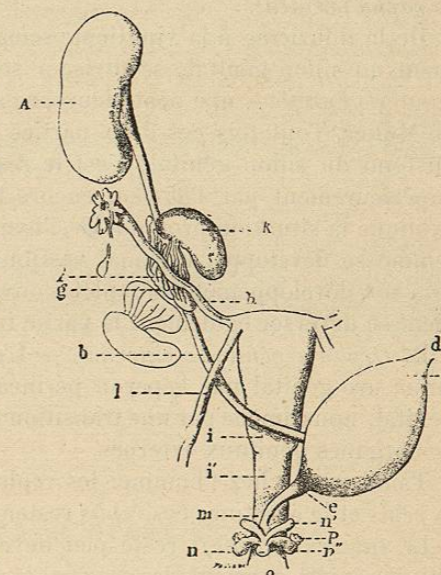


FIG. 15. — Schéma du développement de l'appareil génito-urinaire. (Henle.)
A, rein. — B, uretère. — C, vessie. — d, ouraque. — fg, corps de Wolff et son conduit. — h, canal de Müller, trompe, utérus. — i, vagin mullérien v. — l, ligament du corps de Wolff. — m, sinus uro-génital. — n, tubercule génital. — o, sillon génital. — p, glandes de Bartholin.

et portion uro-génitale; il se met en contact avec le cloaque externe pour former le cloaque définitif qui persiste chez le poulet, tandis que chez l'homme l'éperon périnéal descend jusqu'au repli caudal séparant complètement la cavité ano-rectale du sinus uro-génital. Cette séparation du sinus recto-allantoïdien en deux parties distinctes mérite de nous arrêter un instant.

L'éperon qui sépare l'intestin postérieur de son bourgeon allantoïdien s'accroît de plus en plus, se renfle à son extrémité inférieure et vient constituer le périnée de la femme en se soudant à deux bourgeons latéraux pour former le raphé périnéal.

De la douzième à la vingtième semaine, le sinus uro-génital soudé inférieurement au sillon génital, se divise à son tour en deux parties, une antérieure, canal de l'urèthre, une postérieure, vagin, formé par la réunion des deux canaux de Müller. Toutefois ces deux parties s'ouvrent encore dans un canal commun au fond du sillon génital; c'est le vestibule ou canal vulvaire, en partie fermé supérieurement par l'hymen, encore très notable chez les petites filles, ce qui explique la situation profonde de l'hymen signalée par Budin. A mesure que la femme se développe, le canal vestibulaire se réduit à rien, et le vagin ayant pris son développement complet s'ouvre directement dans le sillon génital, où vient se déverser également la partie inférieure de l'allantoïde.

B. Organes génitaux externes. — L'étude de la séparation de l'intestin et du sinus uro-génital par l'éperon périnéal, et de la soudure de ce sinus au sillon génital, nous amène par une transition toute naturelle à l'étude du développement des organes génitaux externes.

Tandis que, chez l'homme, les replis génitaux se fusionnent pour constituer le pénis et le scrotum, ces replis restent séparés chez l'embryon femelle.

Le tubercule génital reste peu développé et devient le clitoris; les bords du sillon génital forment les petites lèvres, les replis génitaux constituent les grandes lèvres.

La partie érectile des bords du sillon génital, qui va constituer chez l'homme le corps spongieux de l'urèthre, reste peu développée et divisée en deux parties chez la femme: ce sont les bulbes du vagin, homologues du bulbe de l'urèthre et les corps caverneux du clitoris, homologues des corps caverneux de la verge.

Les vestiges de ce qui forme chez l'homme le bulbe de l'urèthre constituent l'hymen de la femme. Au-dessus, rejoignant bulbe et hymen au clitoris, et représentant la portion verticale ou cylindroïde du corps spongieux de l'urèthre masculin, existent chez la femme une bandelette et un faisceau vasculaire, la bride masculine du vestibule, décrite pour la première fois par Pozzi, à qui nous empruntons cette description, et le réseau intermédiaire de Kobelt.

Tel est, dans ses traits principaux, le développement des organes génitaux externes et internes de la femme.

Nous empruntons à l'excellent traité de M. Pozzi le tableau suivant, qui résume très clairement d'après L. Fürst les différentes phases du développement et permet de rapporter à une époque précise les diverses malformations observées.

Première période. — De la fécondation à la cinquième semaine. — Époque indifférente où l'orientation des sexes n'est pas encore marquée par l'atrophie soit des corps de Wolff, soit des conduits de Müller. Ces conduits de Müller sont accolés et séparés par une cloison. Il existe un cloaque où s'ouvrent l'intestin et l'ouraqué. Le tubercule génital et la fente génitale sont aussi dépourvus d'indices sexuels.

Deuxième période. — De la huitième à la douzième semaine. — A la fin de celle-ci, la cloison du canal génital a totalement disparu; la fusion des canaux de Müller s'est prolongée plus haut; l'insertion du ligament rond sépare nettement ce qui sera la trompe, au-dessus, de ce qui sera la corne utérine, au-dessous. C'est à la fin de cette période que le cloaque se divise en portion anale et portion uro-génitale.

Troisième période. — De la douzième à la vingtième semaine. — Les cornes de l'utérus se sont fusionnées; l'arbre de vie est apparu dans la cavité de l'organe, le col de l'utérus est formé. Le vagin est lisse. Le périnée s'est élargi. Tandis que le vagin se développait, le sinus uro-génital, demeuré stationnaire, est devenu accessoire, de telle sorte que la vessie paraît maintenant s'ouvrir dans le canal génital. Le sinus uro-génital est désormais le vestibule du vagin où l'hymen fait saillie. Le tubercule génital s'est réduit aux proportions du clitoris, les bords de la fente génitale ont formé les petites lèvres.

Quatrième période. — De la vingtième semaine à la fin de la période fœtale. — Elle est marquée par la formation de plis dans la muqueuse vaginale et dans le col de l'utérus et par le développement du fond de l'utérus.

Cinquième période. — De la naissance à la puberté. — L'utérus augmente un peu d'épaisseur; vers la sixième année la muqueuse utérine, qui jusqu'alors était plissée, devient lisse et il n'y subsiste plus qu'un seul pli vertical.

I

MALFORMATIONS DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES

Que dans ses premières phases le développement des organes génitaux externes soit interrompu, il se produira des malformations diverses, plus intéressantes à connaître, en général, pour le tératologiste que pour le chirurgien. Aussi nous contenterons-nous d'en dresser le tableau général, nous réservant d'insister plus particulièrement sur celles qui sont susceptibles d'être corrigées par le chirurgien.

Nous étudierons donc successivement: 1° l'atrésie complète de la vulve et de l'urèthre; 2° l'atrésie ano-vulvaire ou vestibulaire; 3° l'hypospadias de la femme; 4° l'épispadias; 5° l'abouchement de l'uretère dans le vagin ou à la vulve; 6° l'absence totale ou partielle de la vulve dont nous rapprocherons l'état infantile de la vulve; 7° l'hypertrophie du clitoris, des petites lèvres; 8° l'union des petites lèvres et des grandes lèvres; 9° les anomalies de l'hymen et notamment ses atrésies; 10° enfin l'hermaphrodisme.

1° L'atrésie complète de la vulve et de l'urèthre, absence de fissuration du sillon génital est ordinairement incompatible avec la vie; tantôt elle coïncide avec un cloaque interne non cloisonné (rectum, canal génital et vessie communiquant entre eux); tantôt l'allantoïde est séparée du rectum, le canal génital et la vessie communiquent et sont distendus par l'urine.

2° Dans l'atrésie vaginale, encore appelée ano-vestibulaire ou ano-vaginale, l'éperon périnéal n'est pas suffisamment descendu; la vessie, le vagin et le rectum s'ouvrent dans un cloaque commun.

3° Hypospadias de la femme. — Cette fois l'éperon périnéal est descendu, le