D — Néoplasmes de la vulve et du vagin

1 — Néoplasmes de la vulve

On n'observe que rarement dans nos pays ces ***hyperplasies éléphantiasiques,*** si fréquentes dans les régions tropicales et surtout en Orient (1), qui peuvent intéresser soit la vulve tout entière, soit des segments seulement de cette région, principalement le clitoris, et former des tumeurs volumineuses qui pendent au-devant des cuisses et oblitèrent l'orifice du vagin. Cette affection est ordinairement en relation avec des maladies des vaisseaux lymphatiques (2); dans d'autres cas elle est une complication des accidents syphilitiques; enfin la masturbation n'est peut-être pas étrangère au développement surtout de l'hypertrophie des petites lèvres (tablier des Hottentotes). Parmi les néoplasmes de la vulve les plus fréquents sont les ***papillomes*** tels que je les ai déjà décrits en parlant de la vulvite. *Klob* (3) en a observé qui n'avaient aucun rapport avec les follicules sébacés; *Winckel* (4) les a rencontrés principalement sur le mont de Vénus avec un pédicule tellement court qu'ils semblaient être presque sessiles et présentaient une grande analogie avec des champignons; il en a vu également qui siégeaient sur les grandes lèvres et les nymphes. Ils diffèrent des condylomes uniquement parce que ces derniers se produisent partout, tandis que le papillome demande pour son développement une région munie de papilles.

Un phénomène qu'on rencontre fréquemment est le gonflement des ***glandes de Bartholin,*** dont j'ai déjà parlé plus haut.

J'ai trouvé plusieurs fois des ***lipomes*** de la vulve, dont un dépassant le volume du poing; d'autres fois c'étaient des ***glandes fortement infiltrées.*** On a décrit à plusieurs reprises des ***fibromes vulvaires*** qui, partis des grandes lèvres, atteignirent une grosseur considérable. Ils étaient généralement faciles à énucléer; cependant il y en eut dont l'extirpation s'accompagna de quelque difficulté. Les observations de ***lupus*** de la vulve sont très rares; plus fréquents sont les cas de ***carcinome*** primitif.

(1) Aubenas, *Des tumeurs de la vulve.* Thèse de Strasbourg, 1860. — L. Mayer, *Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn.* 1872, I. p. 363. — Winckel, *Lehrbuch*, 1886.
(2) Virchow, *Tumeurs*, I, p. 320.
(3) *Pathol. Anat. d. weibl. Sexualorgane*, p. 401.
(4) *Loc. cit.* p. 25.

Il y a dix ans, j'enlevai à une vieille demoiselle une petite tumeur de la grosseur d'une cerise, siégeant sur la grande lèvre gauche, et qui fut reconnue pour un ***mélanome***, genre de tumeur excessivement rare. La personne est encore aujourd'hui en bonne santé.

Ces divers néoplasmes se tuméfient pendant la menstruation, gênent considérablement les mouvements et le travail, sont une source de sécrétions fort désagréables et s'opposent enfin souvent aux rapprochements sexuels. Aussi leur ***ablation*** devient-elle quelquefois de bonne heure nécessaire, et en tout cas indispensable dès que le caractère malin de la tumeur a été établi.

L'opération est compliquée par la présence de gros vaisseaux qui se rendent d'ordinaire dans ces masses hypertrophiques. On pourra ou bien aller pas à pas et surtout lier au fur et à mesure de la section, ou bien faire la ligature provisoire du voisinage à l'aide de sutures profondes et ne procéder qu'après à l'extirpation. Dans le cas de néoplasmes volumineux je donne la préférence à cette dernière manière de faire, parce qu'elle permet de mieux régler la configuration de la cicatrice. Quant à la surface de section je la saupoudre (depuis quelques années) avec de la poudre d'iodoforme et j'en réunis les lèvres à l'aide de fils de soie profonds alternant avec des fils superficiels. Il est prudent de faire la section le plus loin possible du vagin et de ne pas trop serrer les fils, afin de ne pas étrangler le segment cutané si délicat qui avoisine l'orifice vaginal. La plaie linéaire ainsi obtenue sera préservée de toute souillure à l'aide d'un bandage compressif; cela sera d'autant plus aisé qu'on sondera la femme pendant les six premiers jours et qu'on provoquera de la constipation. Dans ces derniers temps, j'ai également essayé la ligature isolée; après avoir frotté la surface saignante avec de la poudre d'iodoforme, j'y plaçais un petit drain et je suturais la peau très superficiellement; mais

j'avais soin de bien fixer le lambeau au moyen d'un pansement compressif. La guérison se fit très bien.

Dans un cas de ce genre j'enlevai chez une femme très âgée déjà, en même temps qu'une tumeur carcinomateuse de la vulve, un ganglion inguinal dégénéré de la grosseur d'un œuf de poule. La famille me donna des nouvelles de mon opérée pendant cinq ans, durant lesquels celle-ci ne présenta aucun signe de récidive. Chez une autre femme, je fus obligé d'exciser toute la vulve et plus du tiers inférieur du vagin avec le tubercule urétral : nous avions vu ces parties envahies par le néoplasme dans l'espace de cinq semaines. L'extirpation réussit parfaitement et la cicatrisation se fit par première intention. Deux ans après cette femme devint enceinte et eut un accouchement spontané. Je suis resté sans nouvelles depuis. Dans deux autres cas, les malades ne se soumirent à l'opération qu'après que la vulve tout entière et le bulbe de l'urètre furent envahis. L'intervention fut radicale dans les deux cas, mais couronnée d'un succès durable dans l'un seulement. La femme, objet de la seconde observation, mourut au bout d'un an, de généralisation cancéreuse. Chez celle qui guérit on dut recourir à plusieurs reprises à des opérations plastiques pour remédier à l'influence fâcheuse de la cicatrice sur la tonicité de la vessie.

2 — Néoplasmes du Vagin

I. — Tumeurs bénignes.

La muqueuse vaginale, en raison de sa pauvreté en éléments glandulaires, a peu de tendance à devenir le siège de néoplasmes (1).

On y rencontre des ***fibromes*** sous forme de nodosités dures, comme j'ai eu occasion d'en enlever dans le cul-de-sac postérieur chez une vieille fille, ou encore sous forme de polypes. J'ai vu chez un enfant nouveau-né un de ces polypes fibreux arriver jusqu'au niveau de l'orifice vaginal; je pus facilement en lier le pédicule et l'extirper.

(1) V. Statistique de fréquence in Winckel, *Lehrbuch*, p. 151.

Ces fibromes peuvent atteindre un développement considérable, occasionner des symptômes de compression dans les organes voisins, perforer les parois du vagin. Généralement ils augmentent de volume lentement et, une fois découverts, s'enlèvent facilement soit par l'énucléation, soit par la ligature.

Les ***kystes*** et le ***carcinome*** primitif du vagin sont relativement plus fréquents quoiqu'encore assez rares.

Kystes du vagin. — Les kystes du vagin peuvent : ***a)*** être le résultat de phénomènes de rétention dans les glandes de la muqueuse vaginale. *De Preuschen* (*Arch. de Virchow,* LXX), en a décrit sous forme de larges cryptes ou d'infundibulations tubulaires. — ***b)*** *Kaltenbach* (*Arch. f. Gyn*, V, P. 138), *Gotthardt* (*Wiener med. Wochenschrift*, 1869) et d'autres ont observé des poches kystiques consécutives à des ***traumatismes*** et à des ***épanchements sanguins.*** — ***c)*** *Vinckel* a parlé le premier (*Arch. f. Gyn.* II, 1871, P. 383) de kystes provenant d'espaces lymphatiques et tapissés d'endothélium. — ***d)*** Une dernière variété de kystes tire, d'après *G. Veit* (*Mal. des femmes*, 2e Ed. 1877, P. 544), son origine des canaux de *Gärtner* (canaux des reins primitifs) ou des rudiments des corps de *Wolf*. Il est impossible de décider dans quelle mesure il faut y ranger les petits infundibulums de la région du bourrelet urétral dont *Skene* (*Américc. journ. of. Obstetr.,* 1880, P. 265), *Kleinwächter* (*Prag. med. Woch.,* 1886, N° 9), *Kocks* (*Arch. f. Gyn.* XX, P. 487) et *Dohrn* (*eodem. loc.,* Pag. 328) ont rapporté des observations.

Anatomie pathologique.—La cavité de ces kystes a en général un revêtement d'épithélium cylindrique aplati, une enveloppe conjonctive fortement développée et un contenu transparent, presque visqueux; parfois elle est tapissée de cellules épithéliales vibratiles. Dans d'autres cas, en raison de l'absence de revêtement épithélial de leur surface interne, les kystes ressemblent à de simples hiatus remplis d'un liquide séreux transparent. On les rencontre dans tous les segments du vagin, tantôt isolément, tantôt par groupes ; ils peuvent provoquer par leur développement des accidents analogues à ceux de la descente, du prolapsus vaginal. J'ai extirpé quinze fois des kystes vaginaux un peu volumineux: la plupart d'entre eux avaient amené une ***procidence complète***.

Ces tumeurs transparentes viennent, au moment d'un effort, oblitérer *l'orifice du vagin* et même faire hernie au dehors. C'est là la seule sensation pénible dont les malades se plaignent dans la majorité des cas; chez d'autres cependant les rapports sexuels sont absolument entravés. J'ai constaté, chez une jeune femme stérile, la présence, dans le cul-de-sac vaginal gauche, d'un kyste de la grosseur d'une noix, qui proéminait fortement dans le conduit, et venait s'appliquer sur le museau de tanche ainsi qu'une soupape, non seulement à l'exploration digitale, mais encore au moment de l'introduction du spéculum cylindrique.

On voit quelquefois, mais rarement, le contenu de ces kystes se décomposer et suppurer. Je n'ai pas observé d'autres terminaisons de ces néoplasmes.

Opération. L'incision simple du tissu résistant qui sépare les kystes de la surface est absolument insuffisante ; car ces derniers sont loin de s'atrophier facilement; au contraire la plaie se referme et le kyste se remplit à nouveau.

Ce fait et les accidents de prolapsus occasionnés par le néoplasme commandent de procéder à l'extirpation. La femme étant endormie dans le décubitus dorso-sacré et l'irrigation continue mise en train, j'incise la paroi vaginale au-dessus du kyste et je fais l'ablation de la poche kystique autant que possible dans la continuité. Lorsque les kystes sont un peu volumineux on pénètre facilement dans le tissu péri-vaginal, très près quelquefois du rectum et de la vessie.

Après énucléation complète, on ferme la plaie au moyen de sutures profondes embrassant toute la surface saignante ou mieux encore à l'aide d'une suture étagée avec du catgut au genièvre. J'ai opéré quinze femmes chez lesquelles j'eus à enlever des kystes, soit isolés, soit groupés, depuis le volume d'une noisette jusqu'à celui d'un œuf. L'un des plus gros siégeait sur la paroi antérieure du vagin prolabée, et fut extirpé en même temps que celle-ci par la colporrhaphie antérieure. Toujours la guérison se fit sans accidents. Chez cinq de mes malades surtout, des kystes situés sur les parois antérieure et postérieure du vagin purent être regardés à bon droit comme la cause de phénomènes de procidence : en venant faire saillie à l'orifice du vagin, ils provoquaient des sensations extrêmement pénibles dont les femmes cherchaient à se débarrasser par de violentes poussées. *Schröder* (1) a proposé un autre procédé pour l'ablation des kystes vaginaux. Il circonscrit avec le couteau la paroi du kyste regardant le vagin et suture la base de la tumeur, mise à découvert, tout autour avec la paroi vaginale, de façon à empêcher une nouvelle oblitération et la reproduction de la cavité kystique.

Il y a des kystes — complication fâcheuse — qui, sans être nés dans les environs immédiats du vagin, viennent cependant dans leur développement ultérieur faire saillie sous la muqueuse vaginale, comme les kystes du vagin eux-mêmes. Ces tumeurs qu'on est obligé de considérer comme des kystes d'origine congénitale, peuvent acquérir un volume considérable et, par leur situation dans le plancher pelvien, refouler le péritoine fortement en haut, représentant ainsi de grosses tumeurs extra-péritonéales (2).

Jusqu'à présent on a presque toujours attaqué ces tumeurs par le vagin, en pratiquant l'incision simple et la réunion à la paroi vaginale par la suture. Puis on a laissé à l'atrophie le soin d'en amener la guérison. Si ce procédé rencontrait des obstacles, je n'hésiterais pas à recourir, pour l'extirpation de ces kystes, à la laparotomie. Dans ce cas on incise le revêtement péritonéal, on énuclée la tumeur et on suture la perte de substance. Après résection des segments supérieurs de la paroi kystique, on pourra draîner par en bas la partie impossible à enlever et séparer sa portion supérieure de la cavité abdominale à l'aide de la suture.

Après ces sortes d'opérations, comme après les ulcérations consécutives aux inflammations diphtéritiques, puerpérales ou syphilitiques de la muqueuse, il se développe des ***sténoses vaginales.*** Ces sténoses peuvent être dues encore à des tumeurs malignes développées dans le vagin ou être un syndrôme enfin de la vaginite sénile. Bien entendu je ne parle pas ici des coarctations congénitales.

(1) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* III, p. 424.

(2) J. Veit. Kystes vaginaux très volumineux, *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* 1882, VIII, p. 471. — G. Wegner, d'après Stern, thèse, Berlin, 1880.