La guérison est encore possible, lorsqu'avec des caustiques puissants on détruit profondément le néoplasme. Lorsqu'elle paraît possible, l'excision est surtout recommandable, bien qu'elle n'ait procuré jusqu'ici que des améliorations passagères.

3. — TUMEURS DE LA VULVE

Hernies. — On appelle *hernia labii majoris anterior* la hernie qui suit le trajet du ligament rond et qui passe dans la grande lèvre du même côté. Elle correspond à la hernie scrotale chez l'homme. Elle n'est pas rare, peut acquérir un volume considérable et occasionner de la gêne mécanique. (Voir fig. 24).

La hernie désignée sous le nom de *hernia labii majoris posterior* est une rareté. Elle descend au-devant du ligament large, au travers d'une déhiscence de l'aponévrose pelvienne, et du releveur de l'anus et apparaît dans la partie postérieure d'une grande lèvre (1).

Le diagnostic de ces hernies est assez important, attendu qu'une erreur de diagnostic peut entraîner de graves conséquences. On reconnaîtra les hernies, en les poursuivant en haut, jusque dans l'anneau herniaire — ce qui est surtout aisé dans les cas de hernie inguinale —, à la saillie qu'elles forment pendant la toux et les efforts, à la possibilité de les réduire, et à leur résonnance tympanique.

Ces hernies renferment assez souvent les ovaires et les trompes; elles donnent lieu alors à des malaises fort prononcés qui peuvent nécessiter des interventions graves.

Le *traitement* consiste d'ordinaire dans la réduction et la contention à l'aide d'un bandage approprié.

ÉLÉPHANTIASIS

Les cas d'éléphantiasis sont fort rares chez nous. Il nous arrive plus souvent d'observer des tuméfactions éléphantiasiques, d'origine syphilitique, siégeant surtout au pourtour de l'anus et de la vulve. L'éléphantiasis de la vulve est bien plus fréquent en Orient. Lorsqu'il existe des prédispositions héréditaires, cette affection se développe au plus fort de la période d'activité sexuelle, le plus souvent entre 20 et 30 ans; elle succède d'ordinaire à des irritations inflammatoires, agissant sur la vulve. Parmi les causes de cette affection, citons l'infection syphilitique, la masturbation et les aberrations sexuelles. Des coups et des contusions peuvent aussi devenir le point de départ de l'éléphantiasis.

(1) WINCKEL, *Handb. der Frauenkrankheiten.*

Peu de temps avant ou après la menstruation, les grandes lèvres se tuméfient tout d'un coup; elles prennent parfois un développement rapide, pendant la grossesse. *Louis Mayer* a vu aussi la tuméfaction diminuer.

Anatomie pathologique. — Il est rare que l'hypertrophie atteigne uniformément toute la vulve; la tuméfaction est habituellement partielle et intéresse le plus souvent les grandes lèvres, puis le clitoris, rarement les petites lèvres.

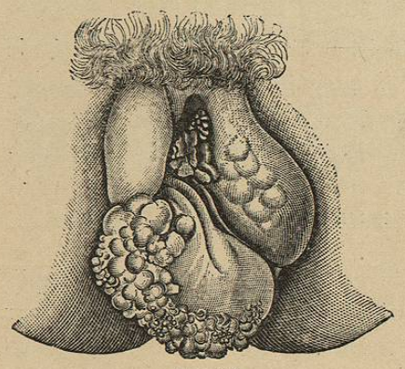

FIG. 22.

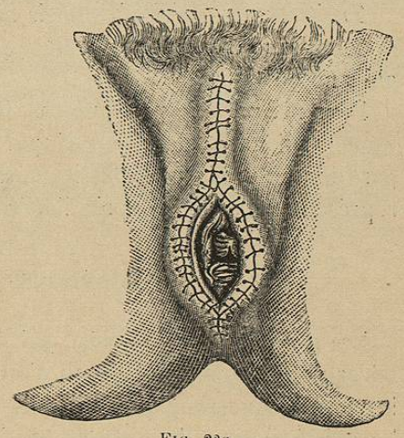

FIG. 22*a*.

L'affection consiste dans une hypertrophie des tissus qui entrent dans la structure du tégument cutané. D'après *Virchow*, l'éléphantiasis serait constitué primitivement par une maladie des ganglions lymphatiques, qui mettrait obstacle au retour de la lymphe. La peau serait alors infiltrée de liquide lymphatique, et le tissu conjonctif entrerait en voie de prolifération. Pour *Farner*, la maladie serait une inflammation chronique interstitielle des vaisseaux lymphatiques. L'épiderme est parfois normal; il présente assez souvent cependant des épaississements partiels. L'hypertrophie des papilles dermiques peut être énorme, et la tumeur être constituée à peu près exclusivement de végétations papillaires. La tumeur offre alors des ressemblances tellement marquées avec des condylomes acuminés volumineux, qu'il n'y a plus de distinction possible entre ces deux états. Des ulcérations étendues peuvent aussi envahir la tumeur.

La tumeur est le siège d'une prolifération conjonctive irrégulière, d'où résultent des protubérances anguleuses et bossuées, qui rendent la tumeur difforme, et qui peuvent à leur tour se pédiculiser.

Symptômes. — Les tumeurs éléphantiasiques de la vulve peuvent

être fort gênantes; elles peuvent atteindre un volume colossal, descendre jusqu'au-dessous du genou et peser plus de 30 livres. Elles constituent, par leur volume et par leur poids, une source de malaises et de contrariétés; elles peuvent en outre devenir fort douloureuses et donner lieu à d'abondantes sécrétions.

La conception peut cependant toujours survenir, ainsi que le démontre l'observation de *Jayakar*. L'accouchement est assez facile, même lorsque la tumeur est énorme, attendu que le vagin reste intact.

Traitement. — L'éléphantiasis ne guérit pas spontanément. Il est donc indiqué d'enlever la tumeur par le bistouri, les ciseaux ou l'anse galvanocaustique.

Pour ma part, je pratique une incision circulaire à la base de la tumeur; j'enlève alors celle-ci par fragments, en réunissant aussitôt par des sutures profondes les surfaces d'excision. Les fig. 22 et 22*a* représentent, avant et après l'opération, un cas observé par *Schrœder*.

VÉGÉTATIONS PAPILLAIRES

Les condylomes acuminés, qui ne sont que des végétations papillaires volumineuses, résultent d'ordinaire de l'irritation, produite par le virus blennorrhagique, mais ils peuvent encore se développer sous la seule influence de la grossesse. Les condylomes acuminés peuvent acquérir un volume considérable, et former d'énormes tumeurs : ils rappellent alors l'aspect de la variété papillaire de l'éléphantiasis des Arabes.

Les condylomes d'origine blennorrhagique peuvent subir une métamorphose régressive, après l'accouchement.

Le *traitement* consiste à saupoudrer les condylomes avec de la poudre de sabine et de l'alun, pour les faire flétrir. On peut aussi les exciser.

Les *caroncules*, petites productions polypeuses, tantôt sessiles, tantôt pédiculées, se développent le plus souvent au pourtour de l'orifice externe de l'urèthre : ce sont des hyperplasies circonscrites de la muqueuse et des follicules.

KYSTES DE LA VULVE

Les *kystes de la glande de Bartholin* sont les plus fréquents. Ils siègent soit dans la glande elle-même, soit dans son conduit excréteur. Dans ce dernier cas, ils sont allongés au début, ronds plus tard; ceux qui siègent dans la glande sont plus volumineux, et parfois lobulés. Ils occupent le tiers postérieur de la petite lèvre au niveau de la glande

ou de son conduit excréteur; ils peuvent aussi, comme le prouve bien le cas de *Hœning* (1), remonter dans une des parois latérales du vagin, jusque dans le petit bassin, et au-dessus des culs-de-sac vaginaux. Ils sont peut-être dûs alors à un débris du canal de *Wolff*.

Le contenu est le plus souvent clair, muqueux ou filant; d'autres fois il est coloré, jaunâtre ou même brun-foncé.

Ces kystes ne gênent que par leur volume; à l'époque des règles, ils peuvent se tuméfier et devenir sensibles.

La consistance élastique de la tumeur, qui est indolore, et son siège, suffisent à caractériser la maladie.

La ponction du kyste est toujours suivie de récidive. Il faut extirper la tumeur, ou du moins exciser un lambeau de sa paroi.

D'autres kystes peuvent se développer dans les grandes et dans les petites lèvres; ils sont petits, ce n'est qu'exceptionnellement qu'ils acquièrent le volume d'une tête d'enfant. Leur étiologie est obscure. Peut-être surviennent-ils à la suite de lésions du tissu conjonctif, ou d'épanchements sanguins. La paroi de ces kystes est ferme : leur contenu est séreux ou muqueux et de coloration variable.

Les kystes dermoïdes de la vulve sont fort rares. Ils proviennent d'accumulations de cellules épithéliales dans des follicules oblitérés.

LIPOMES

Ils occupent les grandes lèvres ou le mont de Vénus, et peuvent acquérir un volume énorme. *Koch* (2) a fait l'extirpation totale d'un lipôme, qui pendait jusqu'aux genoux. La malade elle-même en avait enlevé la moitié inférieure à l'aide du rasoir de son mari. Le traitement des lipômes consiste à les énucléer et à faire la suture profonde et superficielle de la plaie.

FIBROMES

Ce sont le plus souvent des fibromyomes, parfaitement énucléables,

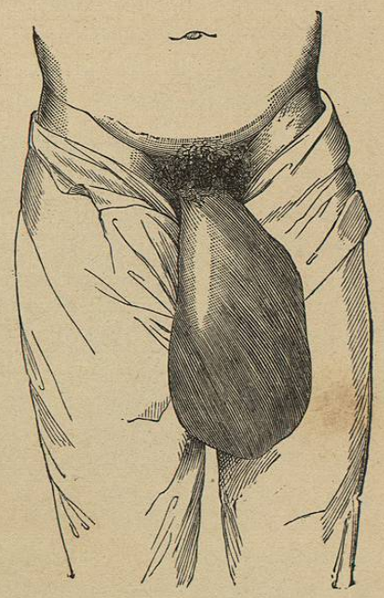

Fig. 23.
Fibrome de la grande lèvre. D'après *Storer*.

(1) *Monatschrift f. Geb*, Bd. 34, p. 130.
(2) *Gräfe u. Walther's Journ.*, 1836, Bd 24, p. 308.

qui partent des grandes lèvres. Pour peu que leur volume soit considérable — *Schrœder* en a vu un qui était gros comme une tête d'enfant, — ils étirent la peau et prennent la forme de polypes. Ils pendent entre les cuisses, et peuvent exercer de si fortes tractions que la peau s'ulcère. L'œdème s'y développe parfois, de préférence pendant la menstruation ou la grossesse. Ils peuvent aussi subir la dégénérescence kystique.

Leur ablation est aisée · lorsqu'ils sont pédiculés, on les coupe tout simplement; dans le cas contraire, il faut avoir recours à l'énucléation de la tumeur.

CARCINOME DE LA VULVE

L. Mayer, Virchow's Arch., Bd. 25, p. 438 et Mon. f. Geb., Bd. 32, p 244. — *Behrend*, Diss. i. Jena, 1869. — *Küstner*, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. VII, p. 70. — *Gœnner*, e. l, Bd. 8, p. 167. — *Kochett*, Wiener med. Presse, 1882, nº 4.

La dégénérescence cancéreuse prend naissance sur les grandes ou petites lèvres, sur le clitoris ou plus rarement dans la glande de *Bartholin;* les diverses formes du cancer s'observent à la vulve : cancroïde, végétations carcinomateuses compactes, ou ulcères cancéreux. Les douleurs sont généralement faibles, et il n'existe au début d'autres malaises que ceux occasionnés par la présence de la tumeur. Le néoplasme devient au contraire une source de misères, lorsqu'il subit la décomposition putride.

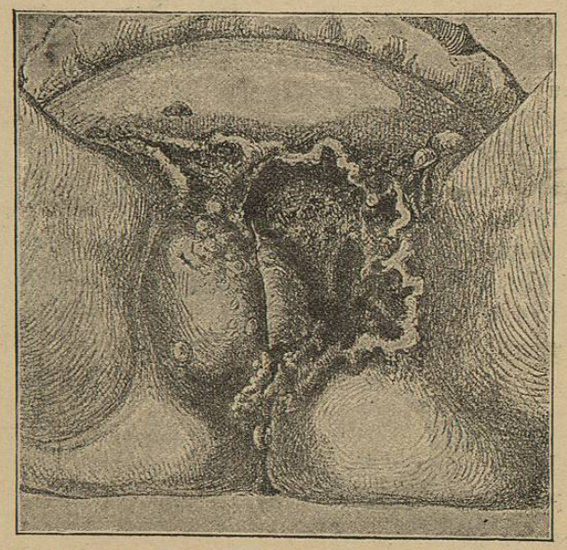

FIG. 24. — Cancer de la vulve. Hernie de la grande lèvre droite.

Le cancer vulvaire est souvent précédé de leucoplasies, c'est-à-dire d'épaississements blanchâtres, cicatriciels, de la peau affectée. Ce qui prouve que le cancer de la vulve occasionne peu de malaises, c'est que les malades bien souvent ne vont consulter le médecin que lorsque l'ulcération cancéreuse a pris un grand développement.

Le *diagnostic* est d'ordinaire aisé; d'autres fois l'examen microscopique minutieux d'un fragment excisé permet seul de reconnaître la maladie. La confusion est possible avec le lupus et avec les ulcères syphilitiques.

Si l'on croit pouvoir enlever la tumeur en totalité, il ne faut pas hésiter à le faire à on se servira de préférence du fer rouge ou du thermo-cautère. Les ganglions inguinaux étant envahis de bonne heure, on aura toujours soin d'en faire l'extirpation.

Le *pronostic* est en rapport avec l'étendue du mal. Quand on peut dépasser largement les limites du mal, enlever avec soins les ganglions engorgés et se servir du thermo-cautère, le pronostic n'est pas mauvais. Nous connaissons toute une série de guérisons qui se sont maintenues pendant des années (1).

SARCOME DE LA VULVE

Les sarcomes (2) de la vulve sont encore plus rares que les cancers. Ils s'observent de préférence chez les femmes jeunes; ils forment d'abord des tumeurs diffuses qui, arrivées à la période d'ulcération, donnent les mêmes symptômes que les cancers. Le diagnostic doit être fait au miscroscope, et l'extirpation large, faite de bonne heure, constitue le seul traitement efficace. Mais les récidives sont fréquentes.

Outre les tumeurs que nous venons de décrire, on a signalé encore des cas de névrome, d'ostéome, d'enchondrome et de tumeurs mélaniques (3) de la vulve.

THROMBUS OU HÉMATOME DE LA VULVE

En dehors de l'accouchement, les tumeurs sanguines de la vulve succèdent presque toujours à des traumatismes, parfois à de violents efforts de pression abdominale. La déchirure des vaisseaux produit, à l'intérieur du tissu cellulaire, qui est fort lâche, une hémorragie plus

(1) KÜSTNER, *Centr. f. Gyn.*, 1886. Nº 20. — MARTIN, *Frauenkrankheiten*, III. A. p. 226. — GOENNER, *Z. f. G. u. G.*, Bd. VIII. — SCHWARZ, *L. c.*
(2) KIRCHHOFF, *C. f. Gyn.*, 1893, nº 45. — WERNITZ, *L. c.* 1894, nº 26.
(3) HAECKEL, *A. f. G.*, XXXII.

ou moins abondante. Pour calmer les douleurs et la tension, on aura recours à l'application de compresses froides. Les petits hématomes se résorbent spontanément; les thrombus volumineux seront incisés largement, puis drainés ou tamponnés à la gaze iodoformée.

4. — DÉCHIRURES DU PÉRINÉE (1).

Il appartient aux traités d'accouchements d'étudier l'étiologie de la rupture du périnée, son traitement prophylactique et le traitement curatif des déchirures récentes. Je ne considérerai, dans ce chapitre, que les déchirures complètes anciennes et déjà cicatrisées de la région périnéale.

Les déchirures anciennes du périnée peuvent donner lieu à des

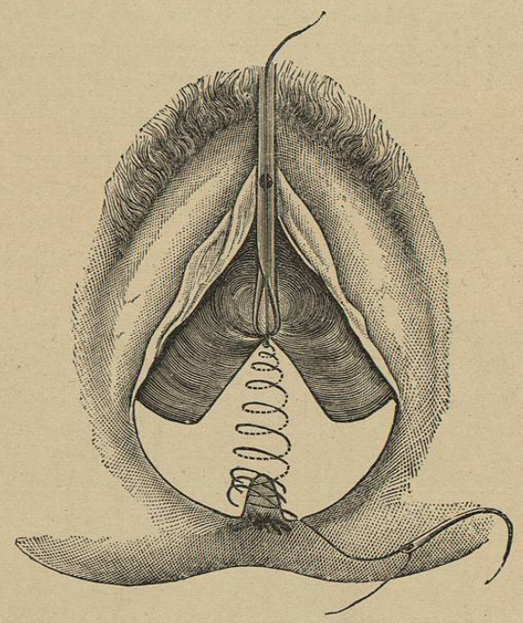

Fig. 25.

symptômes fâcheux et entraîner parfois les infirmités les plus déplorables.

Nous ne saurions admettre que les déchirures du périnée jouent un rôle sérieux dans la production du prolapsus de l'utérus et du vagin, puisque ces deux affections s'observent rarement en même temps.

(1) Pour plus de détails sur la technique opératoire, voir Hegar-Kaltenbach, IVe éd. et Hofmeier. *Gyn. opér.* IIIe éd.

Mais les fortes déchirures du périnée, compliquées de rupture du sphincter de l'anus, peuvent occasionner l'incontinence des matières fécales : toutes les matières alvines ne s'échappent pas alors involontairement, parce que beaucoup de femmes souffrent de constipation chronique, que beaucoup d'entr'elles ont des selles à heures fixes, et qu'il existe souvent une solide cicatrice qui arrête l'issue des matières fécales ; mais il existe généralement un certain degré de faiblesse à les retenir : tantôt les vents seuls s'échappent spontanément, d'autres fois les matières fécales dures sont seules retenues, tandis que les matières excrémentitielles liquides s'écoulent spontanément.

D'autre part la vulve, toujours béante, facilite l'entrée des agents nocifs extérieurs et le développement de catarrhes chroniques du vagin et du col.

L'existence d'une déchirure du périnée facilite l'écoulement à l'extérieur du sperme après le coït et devient cause de stérilité.

Le *traitement* des déchirures anciennes du périnée ne saurait être qu'opératoire. La cloison recto-vaginale étant détruite, et le périnée faisant complètement défaut, il est indiqué de créer un nouveau plancher périnéal et un nouveau sphincter de l'anus. Lorsque la déchirure n'a pas été réunie après l'accouchement ou que cette réunion a fait défaut, on interviendra jusqu'après la période puerpérale, et on attendra que la première menstruation ait eu lieu.

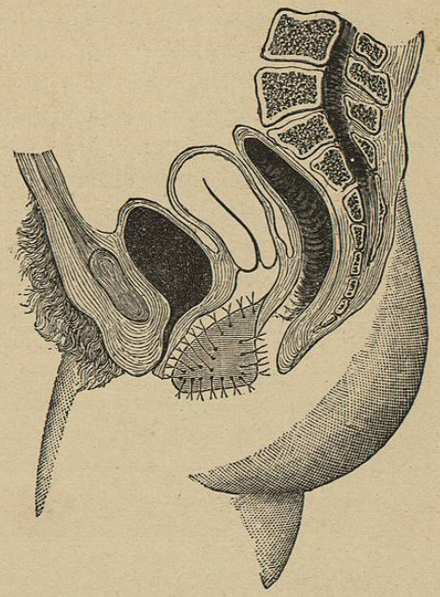

Fig. 26.

Pour l'avivement, nous suivons une méthode analogue à celle de *Simon*. La figure 25 montre la surface d'avivement. La figure 26 en représente une coupe antéro-postérieure. La forme de la figure d'avivement varie un peu suivant les cas. L'essentiel n'est pas tant de fabriquer un long périnée que de créer un sphincter solide. Depuis des années, au lieu de placer des sutures de soie du côté du rectum, du vagin et du périnée, j'ai recours à la suture continue au catgut

(fig. 25). La suture commence au sommet de l'avivement et elle réunit les deux surfaces d'avivement jusqu'au sommet de la déchirure rectale. Pour réunir les bords de cette déchirure, on enfonce l'aiguille à quelques millimètres du bord de la déchirure et on la fait sortir à l'union du bord de la muqueuse rectale avec la plaie. Les bords de cette muqueuse sont ainsi exactement affrontés. Après avoir fermé la déchirure rectale, on remonte avec la suture continue pour rapprocher davantage les surfaces d'avivement et on finit par réunir par un troisième étage de sutures, les bords de la muqueuse vaginale et de la peau du nouveau périnée.

Pour plus de sécurité, et pour soutenir la suture continue au catgut, j'ai pris l'habitude, depuis quelques années, de placer quelques points séparés sur la déchirure rectale, et de réunir les bords du périnée par un ou deux fils profonds, en argent, que je réunis, sans déployer trop de force, à la fin de l'opération.

Je partage cette opinion de *Fritsch*, que dans les opérations plastiques pour déchirures anciennes du périnée, il importe, en vue des accouchements ultérieurs, de ne pas sacrifier les muqueuses existantes. Aussi, depuis quelques années, je commence par séparer les muqueuses vaginale et rectale, à une profondeur de 1 1/2 centimètre, puis sur les côtés j'avive les triangles cicatriciels du périnée déchiré, et je fais la suture de la manière que j'ai décrite. Cette méthode se rattache au procédé primitif de *Langenbeck*, et, lorsque les tissus sont durs et résistants, il présente de sérieux avantages.

Ces méthodes offrent beaucoup plus de chances de succès que les procédés auxquels nous avions recours antérieurement.

Il est indispensable de laisser la plaie en repos aussi longtemps que possible. Pour cela, on aura soin de vider l'intestin avant l'opération ; on n'administrera que des aliments liquides pendant les huit premiers jours qui succèdent à l'opération. Au lieu de maintenir la constipation durant six à huit jours en donnant de petites doses d'opium, nous conseillons de donner dès le 3me jour de l'huile de ricin, à doses répétées ; dès que le besoin de la défécation se fait sentir, on mettra un petit lavement de glycérine. En cas de flatulence très pénible, on introduira un gros tube en caoutchouc dans le rectum.

Un grand nombre d'autres méthodes de périnéorrhaphie ont été préconisées.

B. Von Longenbeck a proposé la *périnéoplastie* suivante :

On détache d'abord par dissection la surface cicatrisée qui s'étend depuis le vagin jusqu'à ou jusque dans le sphincter de l'anus. On obtient ainsi un lambeau vaginal et deux surfaces latérales vives, que l'on suture de façon à former un nouveau périnée recouvert du côté du vagin par le lambeau vaginal. Si la déchirure s'étend plus profondément en arrière, on détache également la

muqueuse qui s'étend jusque dans le rectum, pour recouvrir avec ce lambeau la face antérieure de ce viscère : on réunit par la suture cette nouvelle paroi rectale au périnée.

La périnéoplastie, telle qu'elle est pratiquée par *Simon*, offre l'avantage de procurer un triangle périnéal bien plus solide. Lorsque la déchirure n'a pas entamé le sphincter de l'anus, on avive la surface cicatrisée du périnée sous la forme d'un triangle, dont le sommet se perd dans le vagin et dont le milieu de la base se trouve à peu près au niveau de l'ouverture anale.

On réunit alors par la suture les deux côtés du triangle, qui limitent le vagin de part et d'autre ; les deux moitiés de la base du triangle sont réunies à leur tour par des sutures et constituent le nouveau périnée.

Quand le sphincter de l'anus est déchiré, on pratique une surface d'avivement, qui s'engage dans le vagin sous forme d'un angle, et qui affecte de part et d'autre la forme d'une aile de papillon. On commence par réunir par des sutures vaginales, les deux bords de la plaie du vagin. On place ensuite, et on lie aussitôt après, alternativement des sutures vaginales et des sutures rectales (profondes) ; les nœuds des fils sont ainsi situés dans le vagin et dans le rectum, et la paroi recto-vaginale subit une élongation artificielle. On finit par les sutures périnéales : celles-ci peuvent être superficielles, attendu que la tension des bords de la plaie est supportée en grande partie par les sutures rectales.

Le procédé de *Simon* a été modifié par quelques chirurgiens. *Freund* (fig. 27), laisse intacte la colonne postérieure du vagin, et il pratique l'avivement de part et d'autre de cette saillie. L'avivement tel qu'il a été conseillé par *Bischoff* pour la colpopérinéoplastie, dans le cas de prolapsus, ressemble à celui de *Freund*, mais il est accompagné de glissement des lambeaux. *Lawson Tait* a imaginé une méthode très analogue à celle de *Langenbeck ;* elle est très en vogue actuellement en Allemagne. Elle consiste à fendre la cloison recto-vaginale et à suturer les bords latéraux de la plaie, en respectant les muqueuses.

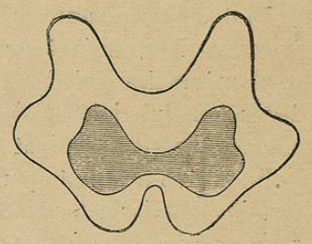

Fig. 27.

L'emploi du catgut constitue un progrès notable. *Werth* a conseillé de réunir dans la profondeur les deux surfaces avivées, à l'aide de ligatures de catgut, qu'il abandonne à l'intérieur de la plaie. D'après mon expérience, il vaut encore mieux et il est encore plus simple de réunir, d'abord dans la profondeur et ensuite peu à peu vers la surface, les deux bords de la plaie, à l'aide de la suture continue au fil de catgut.

La périnéoplastie est une des opérations les plus efficaces ; elle permet de former un nouveau périnée, même lorsque les déchirures sont très profondes. *Schrœder* a fait cette opération avec un succès complet chez une enfant de six ans. Les insuccès, totaux ou partiels, sont rares, si l'on a soin de bien préparer les malades, d'observer des précautions rigoureuses d'antisepsie, et de faire une suture soignée. Mais le fonctionnement du nouveau sphincter laisse parfois à désirer.

5. — COCCYGODYNIE

La coccygodynie est une affection douloureuse de la région du coc-

cyx, qui se présente surtout, mais pas exclusivement, chez les femmes, notamment chez celles qui ont eu des enfants.

Elle reconnaît généralement pour cause un traumatisme, et surtout l'acte de l'accouchement, principalement l'extraction du fœtus au forceps. D'autres traumatismes peuvent la produire. *Scanzoni* a attribué cette affection, dans deux cas, à l'équitation. D'après *Simpson*, la coccygodynie pourrait aussi succéder à un refroidissement; c'est ainsi qu'il l'a observée chez une lavandière. *Graefe* (1) l'attribue à une maladie du nerf sacré et du plexus coccygien.

La douleur siège dans les articulations coccygiennes. *Scanzoni* a observé plusieurs cas où le coccyx était fort long, extraordinairement mobile et souvent dévié de côté ; il a noté aussi l'inflammation et même la suppuration des tissus ambiants. D'après *Graefe* la maladie ne serait bien souvent qu'une névralgie.

L'unique *symptôme* est la douleur, qui se manifeste surtout au moment de la contraction des muscles qui s'insèrent au coccyx : du grand fessier, du muscle coccygien et du constricteur du vagin.

La douleur apparait de la manière la plus constante, lorsque la femme se lève ou s'assied ; elle persiste parfois dans la position assise; il est même des malades qui ne peuvent s'asseoir que sur l'une des fesses, ou qui doivent s'aider d'une main pour s'asseoir. La douleur augmente parfois pendant la marche et surtout pendant la défécation.

Elle ne se manifeste parfois qu'au moment de la mise en jeu de certains muscles déterminés, variables suivant les personnes. *Scanzoni* a observé un cas, où une douleur vive survenait à chaque coït.

Le degré de la douleur est fort variable : parfois sourde, d'autres fois aiguë que les douleurs dentaires.

Le coccyx est sensible à la pression. Sa face postérieure est parfois seule endolorie, et alors l'exploration de l'os par le toucher rectal n'est pas douloureuse. Les mouvements passifs imprimés au coccyx provoquent toujours de vives souffrances.

La coccygodynie constitue souvent une maladie fort longue, fort rebelle dans un grand nombre de cas, et présentant toujours une grande tendance aux récidives.

Quand il existe des manifestations hypérémiques ou inflammatoires, *Scanzoni* recommande les antiphlogistiques locaux, le repos prolongé dans la position horizontale et les laxatifs. Les injections sous-cutanées de morphine lui ont donné aussi des guérisons définitives.

Simpson ne croit pas à l'efficacité de ce traitement ; il a recours à une intervention opératoire, soit à l'incision sous-cutanée de toutes les

(1) *Z. f. G. u. G.*, Bd. 15.

fibres tendineuses qui s'attachent au coccyx, soit, dans les cas les plus rebelles, à l'extirpation complète de cet os. *Nott*, avant lui, avait déjà conseillé et pratiqué plusieurs fois cette opération. Le courant faradique a donné d'excellents et rapides résultats à *Graefe*. *Olshausen* (1) conseille de faire la section sous-cutanée, de toutes les parties molles, au moyen d'un ténotome.

(1) *Z. f. G. u. G.*, Bd. 22, p. 438.