

contenu est formé par les produits de décomposition des cellules pavimenteuses. Suivant Döderlein qui aurait assisté à cette formation, ces kystes seraient formés par la soudure de deux plis de l'hymen. C'est l'opinion de Bastelberger, qui en a rapporté une observation en attribuant l'origine à une invagination de l'épithélium vulvaire. On trouvera dans le *Traité des kystes congénitaux* de Lannelongue (p. 442 et 443) une intéressante observation de cette variété dans laquelle la tumeur se présentait sous la muqueuse vulvaire à l'insertion de l'hymen « sous l'aspect d'une grosse perle blanche dont elle avait l'éclat et la transparence ».

Lorsque ces tumeurs ne gênent pas, on peut les respecter; pour peu qu'elles soient mal placées, on les extirpera.

B. TUMEURS SOLIDES. — Il existe quelques observations de *fibromes* des petites lèvres.

Schneevogt a rapporté un cas d'*enchondrome du clitoris*. La tumeur, du volume du poing, était pédiculée et présentait des parties calcifiées.

Beigel et Bartholin ont rapporté deux observations curieuses d'*ossification* du clitoris.

Simpson a rapporté une observation de *névromes* douloureux développés au pourtour du méat urinaire. Dans une observation de Kennedy, les névromes n'étaient visibles qu'à la loupe.

5° TUMEURS POLYPOÏDES DU MÉAT URINAIRE ET DE L'URÈTHRE

Les tumeurs bénignes du méat urinaire et de l'urèthre sont des tumeurs hypertrophiques de la muqueuse, des tumeurs vasculaires, des tumeurs papillaires, enfin des tumeurs glandulaires. Ces distinctions histologiques sont le plus souvent impossibles cliniquement, et on ne peut aujourd'hui que les envisager toutes dans un même chapitre auquel nous donnons le titre de *tumeurs polypoïdes du méat urinaire et de l'urèthre*, dénomination qui a l'avantage de ne rien préjuger de leur nature.

Historique. — Les tumeurs polypoïdes de l'urèthre ont une histoire déjà ancienne : Morgagni les avait signalées. Clarke est le premier qui les ait bien étudiées en 1814; il les appelait tumeurs vasculaires du méat et les distinguait déjà de l'hypertrophie de la muqueuse uréthrale.

Petit, Cooper, Boyer, Gerdy, Blandin, Nicod les décrivent comme des fongosités de l'urèthre et Velpeau leur donna le nom de *polypes* sous lequel elles sont le plus souvent désignées dans notre pays.

Il faut arriver jusqu'en 1855, pour trouver le premier travail histologique important, démontrant la *nature papillaire* d'un certain nombre de ces tumeurs; ce mémoire appartient au professeur Verneuil. A la même époque, A. Guérin a bien décrit cliniquement ces papillomes et leur a donné le nom de *tumeurs douloureuses*. En 1865, Giraldès a rapporté à la Société de chirurgie un cas de polype vraisemblablement glandulaire.

En 1875, Richet inspire la thèse de Dupin qui considère les tumeurs polypoïdes de l'urèthre comme des tumeurs variqueuses et les appelle *hémorroïdes de l'urèthre*.

Citons encore la thèse de Garnier-Mouton, 1876, celle de Weissgerber, 1877, et surtout celle de Jondeau, 1888, le travail de Terrillon (*Progrès médical*, 1880) qui les a considérées, à tort, croyons-nous, comme symptomatiques de la tuberculose génitale chez la femme, l'article de Bouilly dans le *Dictionnaire de Jaccoud*, un intéressant travail de Troquart (*Journal de médecine de Bordeaux*, 5 et 10 janvier 1886), une excellente clinique de notre collègue E. Schwartz, publiée dans la *Semaine médicale*, du 5 juin 1889, à laquelle nous avons fait de nombreux emprunts, et le chapitre de Pozzi dans son *Traité de gynécologie*, 1890.

Étiologie. — Les tumeurs polypoïdes de l'urèthre et surtout les papillomes se rencontrent à tous les âges de la vie; toutefois on les observe plus souvent à la période moyenne et au voisinage de la ménopause.

Toutes les causes d'irritation et de congestion de la région doivent entrer pour une bonne part dans la pathogénie de ces tumeurs: Schutzenberger (de Strasbourg), d'accord avec A. Guérin, faisait jouer un rôle pathogénique important à la blennorrhagie uréthrale; Neuberger a trouvé des gonocoques dans la cavité des glandes et jusque dans leurs parois.

Anatomie pathologique. — On décrit quatre formes anatomiques principales dans les tumeurs polypoïdes de l'urèthre.

Ce sont :

1° Des tumeurs constituées par l'*hypertrophie simple* d'un pli de la muqueuse saine ou légèrement enflammée.

2° Des *tumeurs glandulaires*, constituées par l'hypertrophie des glandes; — à cette catégorie appartiennent l'observation de Giraldès et l'observation qui a été l'origine du travail de Troquart dans le *Journal de Bordeaux*, de 1886.

3° Des *tumeurs vasculaires*. — La vascularité de certaines de ces tumeurs est telle qu'elle devient pour ainsi dire le fait dominant. De là l'expression d'*hémorroïdes de l'urèthre* (Richet), la comparaison de Wedl avec les *vasa vorticosa* de la choroïde, l'opinion de Pozzi, pour qui l'hypertrophie des papilles n'est que secondaire et accessoire, le fait principal étant constitué par une apparition anormale de tissu érectile dans une région qui en est normalement dépourvue chez la femme.

4° Des *tumeurs papillaires*. — Ce sont, croyons-nous, les plus fréquentes: Verneuil a bien fait ressortir leur *nature papillaire* et leur *grande vascularité*. Jondeau (*) a décrit deux examens histologiques de papillomes: on y voit, à la base, du tissu conjonctif adulte, entremêlé de fibres élastiques assez abondantes au milieu desquelles montent de nombreux vaisseaux à parois normales: plus loin, le tissu embryonnaire succède au tissu adulte, les vaisseaux n'ont plus de paroi propre; enfin à la périphérie de la tumeur, les papilles sont hypertrophiées et recouvertes d'un épithélium pavimenteux.

Dans un des faits de Schwartz, Toupet a trouvé, au milieu des vaisseaux et du tissu conjonctif, des îlots d'épithéliome qui pourraient bien aboutir à la transformation de la tumeur. D'autres faits seraient nécessaires pour confirmer la possibilité de cette transformation.

Symptômes. — Les tumeurs polypoïdes de l'urèthre existent parfois sans provoquer de douleurs, et c'est par hasard que le malade ou le médecin s'en aperçoivent.

(*) JONDEAU, *Tumeurs vascul. polyp. du méat urinaire chez la femme*. Thèse 1888.

Mais ce n'est pas la règle; le plus ordinairement, l'attention est éveillée par le symptôme *douleur*. Pour en mieux faire comprendre l'importance, A. Guérin les avait dénommées *tumeurs douloureuses*.

Ces *douleurs* sont tantôt nettement irradiées du méat urinaire, vers les aines, l'hypogastre; tantôt vagues et diffuses sans point de départ précis.

Les époques menstruelles, la marche, les frottements, le coït les réveillent ou les augmentent souvent de façon fort sensible. Ce ne sont quelquefois que des cuissons au passage de l'urine; chez d'autres malades, ce sont des élancements, parfois assez intenses pour déterminer les malades à réclamer les secours de la chirurgie. Ainsi qu'on le verra plus loin (voy. *Vaginisme*), l'affection se traduit parfois par une hyperesthésie vulvaire et même du vaginisme qui met obstacle aux rapprochements sexuels.

On a encore observé des *troubles de la miction*: gêne, difficulté d'uriner, ténésme avec miction involontaire, et même rétention d'urine, ainsi que Tillaux en rapporte un exemple curieux dans son *Traité d'anatomie topographique*. Le spasme joue généralement dans ces cas un rôle considérable.

En dehors de ces symptômes, l'hémorragie est à peu près le seul symptôme de ces tumeurs; elle est généralement peu considérable, peut ne se produire qu'au moment de la miction; elle se borne souvent à quelques taches de sang sur le linge.

Les tumeurs polypoïdes du méat urinaire et de l'urèthre se présentent sous des aspects en somme peu différents, avons-nous dit, quelle que soit leur nature.

C'est le plus souvent aux environs du méat urinaire, particulièrement sur la moitié inférieure de la circonférence uréthrale qu'elles s'implantent, rarement par un pédicule mince, plus souvent par un pédicule large qui se prolonge souvent jusque dans le canal de l'urèthre, et c'est pour cette raison que nous n'avons pas voulu séparer ces deux variétés.

Au début, dit Schwartz, elles ressemblent à de petites granulations conjonctivales; la tumeur, d'un rouge vif ou violacé, a le volume d'une lentille, d'un gros pois, quelquefois d'une noisette.

Il est fréquent d'observer côte à côte plusieurs de ces tumeurs qui tranchent par leur coloration et leur vascularité sur la muqueuse qui les avoisine.

Marche. — L'affection marche en général lentement; cependant, dans certains cas, les phénomènes douloureux sont assez intenses pour nécessiter un traitement d'urgence qui mette un obstacle rapide à son développement. Fait très important: la récurrence n'est pas rare, même après une opération large; la cause n'en est pas connue.

Diagnostic. — Si les symptômes, douleurs, troubles de la miction, hémorragie, peuvent en imposer pour une affection vésicale, faire croire à une cystite, le doute n'est plus permis dès qu'on a examiné la tumeur; jamais l'épithélioma ne se présente avec ces caractères. La constatation faite par Toupet dans le cas de Schwartz (voy. plus haut) met seule quelques réserves à cette loi.

Quant au diagnostic de la forme, il est bien difficile. Cependant les formes hypertrophiques simples et glandulaires sont moins vasculaires que les autres tumeurs. La coloration de la tumeur, la facilité avec laquelle elle saigne plus ou moins abondamment dès qu'on la saisit fourniront seulement quelques indices sur la vascularité.

Pronostic. — L'affection est bénigne, mais elle est quelquefois rebelle, récidivante; nous avons dit plus haut ce qu'il fallait en penser.

Traitement. — Il faut traiter par l'extirpation les tumeurs polypoïdes de l'urèthre. Cette extirpation se fera, si la tumeur est pédiculée, avec un fil de soie, une anse galvanique, un thermocautère. Si la tumeur est sessile, on l'excisera aux ciseaux courbes, largement, en arrêtant l'hémorragie soit avec le thermocautère, soit avec une ou deux pinces hémostatiques provisoires, soit par une simple compression momentanée.

Si enfin la tumeur se prolonge plus ou moins loin dans l'urèthre, il faut se donner du jour, soit en incisant la paroi supérieure de l'urèthre, comme l'a fait M. Le Dentu, soit en incisant la paroi inférieure en dehors de l'incision de la tumeur. Ce procédé a été mis en usage par Schwartz, par nous-même et donne de très bons résultats. Suivant les cas, on laissera, ou non, la sonde à demeure après l'opération, pour obvier à un rétrécissement cicatriciel. Legueu a communiqué à la 2^e session du Congrès d'urologie (1897) un procédé qui se rapproche de celui de Le Dentu. Il détache l'urèthre et la paroi vaginale antérieure de la symphyse pubienne, et, par cette *voie sous-symphysaire*, il incise l'urèthre par sa paroi supérieure et pratique ensuite l'excision du polype.

Lejars excise toute la muqueuse du pourtour uréthral par un procédé analogue à celui que Whitehead a indiqué pour l'ablation des hémorroïdes.

4^e CANCER DE LA VULVE

Le cancer de la vulve est *primitif* ou *secondaire*. Ce dernier serait le plus fréquent, si l'on en croit les auteurs; on l'observe consécutivement au cancer de l'anus, de la vessie ou de la matrice.

Le cancer *primitif* est rare: 1 pour 100 des cancers de la femme (Gurtl), peut-être même cette proportion est-elle exagérée (Pozzi).

Étiologie. — On l'observe surtout de quarante à soixante ans, au moment de la ménopause; un certain nombre d'observations ont été recueillies chez des femmes plus âgées.

Exceptionnellement on en a cité des exemples chez des petites filles ou des femmes encore jeunes.

De toutes les causes prédisposantes, une seule mérite de nous arrêter, le psoriasis vulvaire, dont l'influence indiquée pour la première fois par L. Mayer a été vérifiée plusieurs fois depuis par Reclus (1880) et Jouin (1882). Nous avons indiqué plus haut les rapports étroits que les travaux de Monod, Pichevin et Le Dentu ont établis entre cette leucoplasie vulvaire et l'épithélioma.

Anatomie pathologique. — La forme la plus habituelle du cancer vulvaire est l'épithélioma et en particulier l'épithélioma *pavimenteux lobulé*. C'est à cette variété qu'appartenait un cas d'esthiomène de la vulve examiné par Cornil, et il est bien vraisemblable qu'il faut distraire de cette affection mal connue un certain nombre de faits qui doivent être rangés parmi les cancers.

Les diverses parties de la vulve peuvent être le *siège* de cancers.

Dans les *cancers du vestibule*, on range les cancers du clitoris et ceux des

petites lèvres; le cancer est également fréquent sur la face muqueuse des *grandes lèvres*, surtout à gauche (Bouilly); enfin, il faut faire une place à part au *cancer péri-urétral*, qui prend naissance au niveau du méat urinaire et offre une grande tendance à s'infiltrer autour de l'urètre (Soulier, Thèse de Paris, 1889; Wassermann, Thèse de Paris, 1895).

Symptômes. — Le début du cancer de la vulve est ordinairement insidieux; l'affection ne se traduisant que par une cuisson, des démangeaisons, du prurit vulvaire, reste longtemps inaperçue. La malade ne vient guère consulter le chirurgien que lorsque son attention a été attirée par l'écoulement sanieux et les petites hémorragies qui résultent de l'ulcération du néoplasme.

L'aspect de celui-ci est ordinairement caractéristique: tantôt c'est une tumeur variqueuse appendue au clitoris ou aux petites lèvres; tantôt, et c'est le cas le plus fréquent dans le cancer des grandes lèvres, il se présente sous la forme d'une plaque hypertrophique saillante, à base indurée. Cette plaque est quelquefois lisse et unie, plus souvent elle est bourgeonnante, papillaire, creusée d'anfractuosités inégales séparées par des bourgeons exubérants. La surface est rouge, terne, violacée ou grisâtre, parfois croûteuse, au début surtout, ou recouverte de sanie fétide et sanguinolente.

Lorsque l'ulcération marche, l'induration peut envahir toute la grande lèvre et lui communiquer la dureté du squirre en cuirasse; on a vu les poils tomber complètement.

L'affection se propage rarement au vagin, excepté dans la forme du cancer péri-urétral. Les ganglions inguinaux sont rapidement engorgés, indurés.

A la longue, par suite des progrès de l'ulcération, la *cachexie* cancéreuse survient avec son cortège habituel, les douleurs deviennent plus vives et le néoplasme s'étend à la vessie, à l'anus.

Marche. — L'affection évolue généralement en deux ou trois ans; les cas de plus longue durée sont des exceptions ou des erreurs de diagnostic.

Diagnostic. — Dans les conditions habituelles où se présente le cancer de la vulve, son diagnostic n'est pas difficile et le chirurgien n'aura pas une minute d'hésitation lorsque, se trouvant en présence d'une femme de cinquante à soixante-dix ans, il constatera une ulcération ou une tumeur à base indurée, à surface bourgeonnante recouverte d'un écoulement sanieux.

A défaut d'autres signes, l'évolution de la maladie, l'apparition précoce de la pléiade ganglionnaire, les manifestations successives de la *syphilis* permettront toujours de la distinguer du *cancer*, soit qu'il s'agisse de l'accident primitif, du chancre toujours plus petit, plus plat, moins suintant, soit qu'elle se présente sous l'aspect de syphilides papulo-érosives ou papulo-hypertrophiques.

Traitement. — Le traitement du cancer de la vulve consiste dans l'*extirpation* toutes les fois qu'elle est possible, que le néoplasme n'est pas trop propagé aux ganglions voisins. Cette extirpation doit être faite largement au bistouri ou aux ciseaux; le thermocautère sera l'instrument préféré si l'on ne peut pas espérer la réunion des parties divisées.

Si le cancer est inopérable, on se bornera aux palliatifs pour calmer la douleur et assurer l'antisepsie des sécrétions: pansements à l'iodoforme, au salol, à l'aristol, lavages au sublimé, au permanganate de potasse, etc.

IV

VAGINISME — HYPERESTHÉSIE VULVAIRE

Le vaginisme consiste dans une hyperesthésie anormale des organes génitaux externes, pouvant aller jusqu'à la contracture spasmodique du constricteur du vagin et même des autres muscles du plancher pelvien (Pozzi).

Huguier avait déjà étudié cette affection en 1854, et bon nombre de gynécologues de cette époque lui avaient consacré quelques lignes dans leurs mémoires ou travaux: nous citerons, entre autres, Lisfranc, Scanzoni, Kivish, Simpson. C'est à Marion Sims que revient l'honneur d'avoir tracé le tableau complet de cette affection et de lui avoir donné le nom sous lequel on la désigne généralement aujourd'hui (1862).

Depuis cette époque, bien des travaux ont été publiés sur ce sujet; nous nous bornerons à citer ceux de Michon, de Gallard, de Lutaud, de Trélat, de Daude, de Verneuil.

Division. — Pozzi a justement distingué trois types de vaginisme: 1° l'hyperesthésie avec contracture; 2° l'hyperesthésie sans contracture; 3° la contracture sans hyperesthésie.

D'après lui, le premier type est de beaucoup le plus fréquent, le dernier le plus rare; Gosselin, au contraire, nie le spasme et décrit l'affection dans ses cliniques sous le nom d'hyperesthésie vulvaire.

Étiologie et pathogénie. — Le vaginisme *idiopathique* ou *essentiel* n'est plus admis aujourd'hui. Cependant il est bien certain que le vaginisme ne s'observe que chez certaines femmes jeunes, nerveuses, excitables, parfois même hystériques.

Que, dans ces conditions, les organes génitaux externes soient irrités par une cause quelconque, on voit alors les phénomènes réflexes s'exagérer et produire l'hyperesthésie et la contracture.

Parmi les causes d'irritation, il convient de citer en première ligne, au début de la vie conjugale, les tentatives de défloration, les excoriations de la vulve, l'irritation de l'hymen ou des caroncules myrtiliformes. La configuration de ces parties n'est pas sans jouer un certain rôle: Schröder a signalé la situation de la vulve placée très en avant de la symphyse pubienne; d'autres ont signalé la dureté de l'hymen.

Les tumeurs polypoïdes de l'urètre, la fissure à l'anus sont des causes non douteuses de certains vaginismes. On a encore signalé, particulièrement dans les cas de vaginisme supérieur, l'influence de certaines affections de l'utérus et même des ovaires (Gaillard Thomas).

L'affection s'observe surtout chez les jeunes femmes récemment mariées; on l'a vu résister à plusieurs accouchements et aussi se manifester chez des jeunes filles vierges n'ayant subi aucune tentative de coït. Martin père (de Berlin) attribue un grand rôle à l'infection blennorragique.

Anatomie pathologique. — Les lésions du vaginisme ne sont pas connues.

On a seulement signalé les diverses lésions uréthrales, hyménales, vulvaires et anales qui sont la cause ou l'effet de l'affection; encore faut-il bien faire remarquer ici, comme dans la fissure à l'anus, la disproportion qui règne entre ces lésions et les effets qu'elles déterminent.

Symptômes. — *L'hyperesthésie vulvaire* est le premier signe du vaginisme. Tantôt elle s'étend à toute la vulve, tantôt elle est limitée à une région, à un point précis, face interne des petites lèvres, fourchette, débris de l'hymen, caroncules. Il est très important de faire avec grand soin cette recherche et cette limitation du point douloureux, car on obtient ainsi des indications précieuses pour le traitement. C'est avec un instrument mousse qu'il faut rechercher la région douloureuse, en comparant entre elles la région hyperesthésiée aux régions voisines. J'ai vu bien des fois mon excellent maître M. Léon Labbé appliquer cette méthode de recherche et en obtenir les résultats les plus remarquables.

L'hyperesthésie est parfois telle que le malade ne peut supporter le contact d'aucun corps, d'aucun instrument, pas même le moindre frôlement avec les barbes d'une plume.

La *contracture* occupe généralement l'entrée du vagin, mais elle siège aussi plus profondément au niveau du muscle transverse du périnée (Verneuil) et exceptionnellement dans les fibres périvaginales du releveur de l'anus. Il n'est pas rare de la voir occuper presque tous les muscles périnéaux, entre autres le sphincter externe de l'anus, dont la dureté peut être extrême.

Il est rare que la contracture soit telle, qu'elle s'oppose à l'introduction du petit doigt qui peut apprécier le siège et le degré de cette contraction tétanique.

Mais le coït est impossible, d'où souvent des troubles de ménage et un état de préoccupation morale et d'hypocondrie faciles à comprendre. La stérilité est la règle; cependant la fécondation peut s'opérer sans qu'il y ait intromission de la verge, et si certains vaginismes disparaissent après l'accouchement, on en voit d'autres qui résistent non seulement à une, mais même à trois et quatre parturitions, comme j'en ai vu un exemple.

Diagnostic. — La *dyspareunie* ou simple douleur pendant le coït est un phénomène commun à un grand nombre d'affections des organes génitaux internes; on n'y trouve pas l'hyperesthésie vulvaire ni la contracture.

La contracture du releveur de l'anus est un phénomène physiologique chez un petit nombre de femmes; elle ne mérite le nom de vaginisme supérieur que dans les cas où cette contracture est douloureuse et symptomatique d'une affection profonde des organes génitaux.

Quant au vaginisme ordinaire, on ne peut le confondre avec l'imperforation des organes génitaux externes qui s'accompagne de l'absence ou de la rétention des règles. Un examen sous chloroforme lèvera tous les doutes.

Pronostic. — Il y a des vaginismes simples qui disparaissent par un traitement simple, dilatation, abrasion des parties hyperesthésiées; mais il en est qui sont rebelles à toutes méthodes du traitement et qui résistent à plusieurs grossesses et accouchements.

Traitement. — Les indications du traitement du vaginisme sont multiples.

Contre la contracture, on essaiera tout d'abord la *dilatation* soit avec le spéculum ordinaire, soit avec le dilatateur de Trélat, soit en effondrant la région périnéale avec la valve de Sims, comme le fait Verneuil.

Si cela ne suffit pas, on aura recours à la section sous-cutanée du sphincter, ou à l'opération plus complète de Sims qui divise le périnée par deux sections obliques comprenant la muqueuse et le sphincter.

Les méthodes destinées à combattre l'hyperesthésie vulvaire, quand elle constitue le phénomène dominant, doivent remplir une double indication : 1^o amoindrir l'excitabilité générale, ce qu'on réalisera par l'hydrothérapie, l'usage des calmants et particulièrement du bromure de sodium ou de potassium; 2^o agir directement sur les parties hyperesthésiées soit, dans les cas simples, en modifiant leur sensibilité à l'aide de la cocaïne en solution ou en suppositoire, soit, dans les cas plus complexes, en enlevant avec des ciseaux courbes toutes les parties qui seront le siège de l'hyperesthésie : les petites lèvres, l'hymen et ses débris, ou bien encore en soignant l'affection causale, tumeurs polypoïdes de l'urètre, fissure à l'anus.

Dans tous les cas, ces opérations seront suivies de la dilatation forcée et de la dilatation progressive prolongée à l'aide de mèches ou de spéculums gradués, que la malade peut s'introduire elle-même dans un bain tiède, destiné à favoriser le relâchement de toutes les parties. Cette méthode de dilatation progressive avec des bougies volumineuses m'a donné les meilleurs résultats; elle a eu entre mes mains raison des vaginismes les plus rebelles. Elle nécessite beaucoup de douceur et de patience. Tout récemment encore, j'ai pu, après trois mois de soins, guérir une jeune femme dont le vaginisme persistait depuis près de trois ans et avait rendu jusque-là toute relation sexuelle absolument impossible.

Quand toutes ces ressources ont échoué, lorsque la grossesse au besoin favorisée par la chloroformisation n'a donné aucun résultat, le chirurgien est fort embarrassé. On a préconisé la section du nerf honteux interne; elle ne paraît pas avoir donné grand résultat.