

**Épithélioma primitif du vagin : thèse pour le doctorat en médecine
présentée et soutenue le 28 mars à 1 heure / par Félix Bernard ; président
M. Le Dentu ; juges MM. Polaillon, Quenu, Marfan.**

Contributors

Bernard, Félix.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Paris : Georges Carré, 1895.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/bybj8aac>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

**wellcome
collection**

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

Numéro

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 28 mars à 1 heure

PAR

FÉLIX BERNARD

Interne des hôpitaux de Paris

ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF

DU VAGIN

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. { POLAILLON, professeur.
{ QUENU, { agrégés.
{ MARFAN, {

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3

—
1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs :

Anatomie	MM. FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SÉE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique chirurgicale	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN	DELBET	MARIE	RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SEBILÉAU
BRISSAUD	GLÉY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef des	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	travaux anatomi-	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	ques.	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTNER	

Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

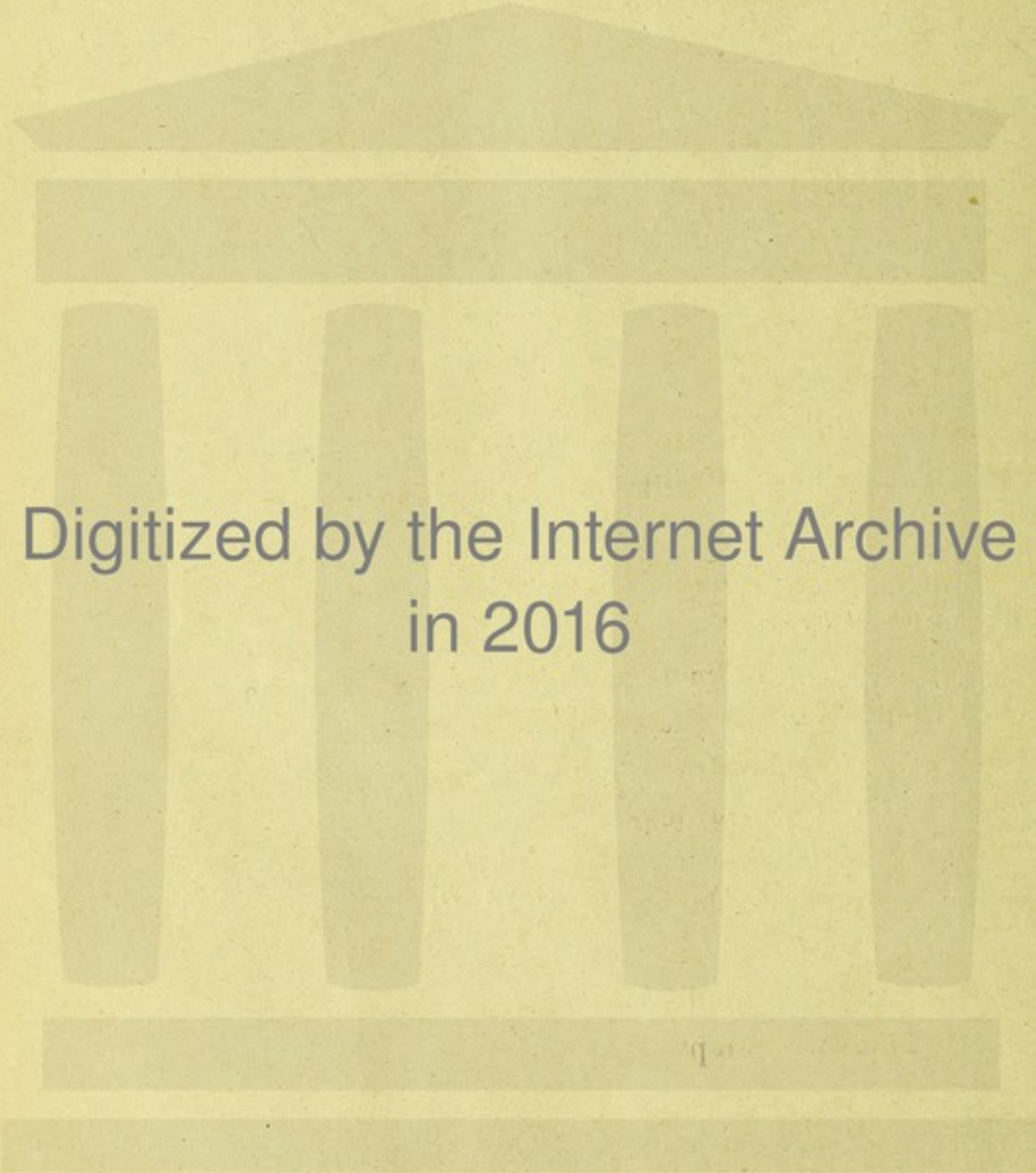
A Monsieur Albert ROBIN,

*Professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital
de la Pitié,
Membre de l'Académie de Médecine.*

Mon cher Maître,

*Vous avez encouragé, dirigé, soutenu mes études médicales.
Permettez-moi de vous dédier ce modeste travail, qui en marque
la fin, comme un faible témoignage de ma respectueuse affec-
tion et de ma profonde reconnaissance.*

F. BERNARD.



Digitized by the Internet Archive
in 2016

<https://archive.org/details/b22416572>

AVANT-PROPOS

Deux malades du service de M. Pozzi, à l'hôpital Pascal, atteintes d'épithélioma primitif du vagin, dont l'une opérée par un procédé nouveau, m'ont donné l'idée de faire ma thèse sur ce sujet. Je saisis avec empressement cette occasion de remercier M. Pozzi d'avoir bien voulu m'accepter comme interne pendant ma quatrième année d'internat : la science et l'habileté opératoire du maître me font attacher à cette faveur le plus grand prix.

Que mes autres maîtres, dans les hôpitaux, reçoivent ici l'expression de ma gratitude.

Monsieur Félizet m'a intéressé vivement à la chirurgie infantile qu'il pratique avec tant de conscience ; je n'oublierai pas les marques d'intérêt qu'il m'a témoignées.

Je remercie monsieur Peyrot de la bienveillance qu'il m'a montrée pendant l'année d'internat que

j'ai eu la chance de passer dans son service si riche et si actif de l'hôpital Lariboisière.

Je n'oublierai pas l'enseignement si original de mon maître M. Constantin Paul.

J'adresse aussi l'expression de ma sincère reconnaissance à Messieurs Picqué, Bazy, Guinard, Potherat, ainsi qu'à Messieurs Danlos, Hanot, Landrieux, Gingeot, dont j'ai pu tant de fois apprécier et admirer la bonté et le savoir.

Je remercie vivement Monsieur le Professeur Le Dentu, pour le grand honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de cette thèse.

ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF

DU VAGIN

CHAPITRE I

HISTORIQUE

L'épithélioma (1) primitif du vagin a dû être souvent confondu autrefois avec le cancer de l'utérus et des organes voisins. L'on trouve dans Morgagni une observation qui paraît bien se rapporter à un cancer primitif du vagin, mais comme l'utérus et la vessie étaient pris en même temps, il est difficile d'être affirmatif et

(1) J'emploierai indistinctement dans le cours de ce travail les mots *cancer*, *carcinome* et *épithélioma*. L'on admet du reste généralement aujourd'hui que toutes ces productions sont de nature épithéliale. Quelques auteurs font bien du mot cancer un synonyme de tumeur maligne, et font rentrer dans la classe des cancers des tumeurs malignes de nature conjonctive, les sarcomes. Mais, bien que n'ayant en vue que les tumeurs épithéliales, je me servirai du mot cancer pour la commodité de la description. Du reste, toutes les observations que j'ai pu consulter portent indifféremment comme titre cancer, carcinome, épithélioma du vagin; et, en réalité, toujours il s'agit de tumeurs épithéliales.

d'attribuer à cet auteur la première observation connue de cancer primitif du vagin.

En 1827, Cruveilhier communique à la Société anatomique un cas de cette affection. Le même auteur, dans son Anatomie Pathologique, dit quelques mots du cancer du vagin. Dans l'ouvrage de Lebert, on trouve aussi quelques détails anatomo-pathologiques sur ce sujet.

Citons encore les observations de Lisfranc, Chassaignac (1844), Nélaton (1850). Des observations isolées sont publiées de temps à autre dans les journaux de médecine et les bulletins des sociétés.

Dans les traités didactiques, antérieurs à ces dernières années, l'on ne trouve que peu de renseignements. C'est ainsi que le dictionnaire en 30 volumes ne consacre que ces quelques mots au cancer du vagin : « Il est rare que le cancer soit exactement limité au vagin, en raison de ses connexions étroites avec les organes environnants. Le plus souvent, il est envahi après l'utérus ; d'autres fois, c'est la cloison vésico-vaginale ou recto-vaginale qui est prise, et dans tous les cas, le mal est absolument au-dessus des ressources de l'art. *Il n'est pas impossible cependant que le mal, ayant débuté par le vagin, reste pendant quelque temps limité à cet organe ; mais, encore dans ces cas, la chirurgie ne peut guère intervenir.* »

West, dans son traité, étudie cette affection d'après 19 cas qu'il a pu rassembler.

Rondot, en 1875, dans son excellent article publié dans la *Gazette Hebdomadaire*, étudie le cancer de la

vulve et du vagin. C'est, pour ainsi dire, la seule monographie parue en France sur ce sujet.

En Allemagne, le premier travail complet qui paraisse sur la matière est le mémoire de Küstner (1876), qui collige 22 cas appartenant à des auteurs différents, et y ajoute 2 cas personnels. Citons ensuite les travaux de plusieurs auteurs allemands, tels que Brückner (1881), Hirsch (1883), Breeiky (1886), Güder (1889), Hecht (1891), etc.

L'on trouvera d'utiles renseignements dans les traités spéciaux de gynécologie récemment parus de Pozzi, Schroeder, A. Martin, de Sinéty, Hegar et Kaltenbach, Winckel, etc.

Ajoutons que, ces dernières années, les chirurgiens allemands ont publié un assez grand nombre d'observations de cette affection, dont ils s'occupent surtout au point de vue du traitement chirurgical.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Fréquence. — L'épithélioma primitif du vagin est une affection rare. C'est ce qui ressort de la plupart des statistiques.

Walshe, sur 3.076 cancers des organes génitaux de la femme, ne relève que 14 cas de cancer primitif du vagin.

D'après Beigel, sur 8.287 cas de mort par cancer pris dans les listes de mortalité de Paris, il n'y en aurait que 14 dus au carcinome primitif du vagin.

Eppinger, sur 202 autopsies de femmes cancéreuses faites à l'Institut pathologique de Prague, du 1^{er} janvier 1868 au 30 juin 1871, ne signale que 3 cas de carcinome vaginal primitif.

Hecht, chez 4.507 femmes soignées pour carcinome dans les grands hôpitaux de Vienne, de 1879 à 1888, en rassemble 50 cas.

Les chiffres de A. Martin lui donnent une proportion d'environ 1 cas pour 1.000 malades.

Gurlt, sur 59.600 femmes mortes à Vienne, de 1855

à 1878, trouve que 114 ont succombé à l'affection qui nous occupe, soit 0,19 %.

G. Schwarz, sur 35.807 malades traitées à la polyclinique de Berlin de 1883 à 1892, en trouve 84 cas, soit 0,24 %.

Sur 475 femmes soignées pour des affections gynécologiques à l'hôpital Pascal, dans le service de M. Pozzi, pendant l'année 1894, deux étaient atteintes d'épithélioma primitif du vagin, ce qui donne une proportion de 0,42 %.

Rokitansky, Foerster, parmi les anatomo-pathologistes, Kiwistch, Schroeder, Breisky, Barnes, parmi les cliniciens, signalent aussi la rareté de cette affection.

Certains auteurs cependant font des restrictions. « Sous le rapport de l'anatomie pathologique, dit Cruveilhier, le vagin est aussi souvent affecté de cancer que le col de l'utérus. » Il est vrai que cette remarque vient à la suite d'une observation de cancer de l'utérus ayant envahi le vagin ; peut-être, dans la pensée de Cruveilhier, s'appliquait-elle au cancer secondaire.

« Je crois, dit West, que l'on a beaucoup exagéré la rareté du cancer primitif du vagin. » Et il cite à l'appui de son opinion 19 observations personnelles.

E. Wagner et Küstner pensent que beaucoup de cancers du vagin sont méconnus parce que, lorsque le néoplasme atteint en même temps le vagin et l'utérus, on a une tendance à localiser le siège primitif de l'affection dans l'utérus, alors qu'on pourrait tout aussi bien la rapporter au vagin. Il est vrai qu'un petit épithélioma du vagin peut se propager à l'utérus et y

prendre de telles proportions que le cancer de l'utérus absorbe toute l'attention. Mais, même en tenant compte de ces cas douteux et exceptionnels, on arrive à cette conclusion, que l'épithélioma primitif du vagin est loin d'être fréquent.

Cette rareté est surtout remarquable lorsqu'on la compare à la grande fréquence du cancer de l'utérus. D'après Güsserow, il mourrait de cancer en Angleterre deux fois plus de femmes que d'hommes, et cette mortalité élevée devrait être rapportée principalement au cancer des organes génitaux et en particulier au cancer de l'utérus.

Pour Virchow, la proportion du cancer utérin au cancer des autres organes est de 18 1/2 pour $\%$.

Mayer, utilisant la statistique de Virchow, Marc d'Espine et Tanchon, arrive à la proportion de 31,1 $\%$.

Eppinger, sur 202 cas de cancer chez la femme, trouve 76 cas de cancer de l'utérus.

Walshe, sur 8.289 cas de cancer dans les deux sexes, signale 3.076 cancers des organes génitaux de la femme et 2.996 cancers de l'utérus.

Dans les chiffres de Gurlt, nous voyons, sur 59.659 femmes, 3.449 cancers utérins, ce qui nous donne une proportion de 5,78 $\%$, contre 0,19 de cancer du vagin.

G. Schwarz, sur ses 35.807 cas, signale 1.147 cancers de l'utérus, soit 3,3 $\%$ contre 0,24 de cancer du vagin.

Sur les 475 malades de l'hôpital Pascal, nous trouvons 29 cancers de l'utérus, soit 6,10 $\%$ contre 0,42 de cancer du vagin.

A quelles causes faut-il attribuer cette différence ? Est-ce au rôle plus actif que joue l'utérus dans la vie génitale de la femme, aux modifications vitales dont il est le siège pendant la menstruation et la grossesse, aux changements que l'on observe dans sa circulation pendant ces époques ? Zizold attribue une grande influence, sur le développement des néoplasies, aux glandes si nombreuses de l'utérus et du col. Or l'on observe très-peu de glandes dans la muqueuse vaginale ; elles manqueraient même complètement d'après certains auteurs. Ce qui fait pour cet organe une chance de moins d'être envahi par l'épithélioma.

Signalons aussi, d'après le même auteur, comme cause tendant à diminuer la prédisposition au cancer dans le vagin, la kératinisation et la desquamation dont son épithélium pavimenteux est constamment le siège. Enfin, si l'on accorde quelque importance aux traumatismes antérieurs, on remarquera que le vagin est bien moins lésé que l'utérus pendant l'accouchement : il n'y a qu'à se rappeler l'extrême fréquence des déchirures du col.

Age. — Pour Küstner, Brückner, Breisky, Zizold, le cancer primitif du vagin s'observerait surtout de 30 à 40 ans. Dans les 19 cas de West, 7 fois les malades n'avaient que de 25 à 30 ans ; les 12 autres avaient de 50 à 63 ans. D'après Fritsch, le cancer du vagin affecterait surtout les femmes jeunes et se distinguerait en cela du cancer de l'utérus.

En laissant de côté les 22 cas de Küstner, les 4 de

Brückner et les 19 de West, j'ai pu, d'après 59 observations empruntées à différents auteurs, arriver aux résultats suivants :

7 fois les malades avaient de 20 à 30 ans			
10	»	»	30 — 40 »
10	»	»	40 — 50 »
18	»	»	50 — 60 »
12	»	»	60 — 70 »
2	»	»	70 — 80 »

Le maximum serait donc de 50 à 60 ans ; du reste d'après Hirsch et G. Schwarz, c'est à cet âge que le cancer du vagin est le plus fréquent. Cette opinion concorde aussi avec celle de Rondot qui trouve que le cancer du vagin apparaît surtout à l'époque de la ménopause.

D'une manière générale, comme le cancer de l'utérus, l'épithélioma primitif du vagin apparaît surtout de 30 à 60 ans. Signalons cependant les cas exceptionnels de Smith, de Guersant de Johannowsky.

D'après Winckel, Smith aurait trouvé chez une petite fille de 14 mois un cancer de la paroi vaginale, et Guersant, chez une enfant de 3 ans $\frac{1}{2}$, aurait observé un carcinome volumineux de l'entrée du vagin.

Johannowsky, d'après Breisky, aurait remarqué, dans le musée anatomo-pathologique de Strasbourg, un cancer de la grosseur d'un œuf de poule, implanté dans le cul de-sac postérieur du vagin, chez une petite fille de 9 ans.

Hérédité. — L'influence de l'hérédité paraît ne devoir être acceptée qu'avec les plus grandes réserves.

Presque toujours, les observations sont muettes à cet égard. Küstner la signale une fois sur 22 cas. Des antécédents héréditaires sont signalés chez une malade de M. Pozzi (Observation 1). Dans 67 autres cas, que j'ai recueillis dans divers mémoires, 57 fois, les renseignements manquent ; 9 fois, la prédisposition héréditaire, recherchée, n'existait pas ; dans un seul cas elle était signalée. L'hérédité ne semble donc prédisposer en rien à l'épithélioma du vagin, et il en est ici comme dans le cancer utérin, où Güsserow ne l'a trouvée que 34 fois sur 326 cas.

Grossesses. — Pour les auteurs allemands, Küstner, Brückner, G. Schwarz, les grossesses répétées et les accouchements multiples ne joueraient aucun rôle. Sur 13 cas de Küstner, 6 se rapportaient à des nullipares ; une de ses malades avait eu une fausse couche ; celles qui étaient accouchées avaient ensemble 20 enfants, (2, 8 par femme). Il n'en serait pas de même du cancer de l'utérus, puisque d'après Güsserow, sur 432 femmes, 362 avaient eu des enfants et 70 ($\frac{1}{6^e}$) étaient restées stériles. Du reste, une des raisons qui ont servi à expliquer la rareté du cancer du vagin pourrait trouver ici son application ; en effet, pendant la grossesse et l'accouchement, le vagin est soumis à des causes d'irritation moins vives et moins nombreuses que l'utérus.

Cependant West est d'un autre avis.

« Comme pour le cancer de la matrice, dit-il, le mariage et la grossesse favorisent la production du cancer du vagin ; car une seule de mes malades n'était pas mariée ; les autres avaient eu 95 grossesses et donné

naissance à 86 enfants ; en d'autres termes, il y avait 5,3 grossesses et 4,7 accouchements à terme pour chaque malade. »

J'ai pu réunir 40 cas d'épithélioma du vagin, autres que ceux de Küstner et de West, et dans lesquels ces antécédents étaient signalés. Sur ces 40 cas, 30, les $\frac{3}{4}$, appartiennent à des femmes ayant eu des enfants, 10 à des nullipares. Sur ces 30 femmes, 22 étaient multipares, 8 bipares. A elles 30, elles réunissent 134 grossesses et 122 accouchements, ce qui fait une moyenne de 4,4 grossesses et 4 accouchements. L'opinion de West est donc parfaitement justiciable, et l'on peut admettre l'influence prédisposante des grossesses répétées.

Comme nous le verrons plus loin, il existe plusieurs observations, dans lesquelles la tumeur s'est révélée au cours d'une grossesse, et dans plusieurs cas, il a été impossible de savoir si elle était antérieure à la fécondation, ou si elle s'était développée depuis. Quoiqu'il en soit, la grossesse paraît avoir une influence fâcheuse sur le développement du néoplasme, et étant donnés les accidents que l'on peut observer au moment de l'accouchement, elle assombrit encore le pronostic.

Quant aux fausses couches, et aux interventions obstétricales, forceps, version, il ne semble pas qu'il y ait lieu d'en tenir compte dans l'étiologie. Généralement, il n'y avait pas de troubles de la menstruation ; la santé habituelle des malades était bonne.

Causes occasionnelles. — L'on ne peut incriminer les excès de coït, la masturbation, la présence de tumeurs

bénignes concomitantes, la masturbation. Ces causes, signalées par quelques auteurs, n'ont aucune influence sur la production du cancer. Notons seulement que, dans quelques cas, les malades avaient été opérées, avant l'apparition de l'épithélioma, de polypes du col.

Certaines causes d'irritation directe paraissent avoir plus d'importance. C'est ainsi que la pression d'un pessaire peut provoquer l'apparition d'un épithélioma.

Klob cite un cas de Morgagni, dans lequel l'application d'un anneau de bois avait produit des lésions qui paraissaient de mauvaise nature.

Le cas de Hegar est connu depuis longtemps. « Hegar fit chez une femme de 56 ans l'extirpation de deux noyaux de cancroïde en partie ulcérés. Le néoplasme s'était développé au niveau des points soumis à la compression d'un pessaire de Hodge, ce qui pourrait justifier l'opinion de ceux qui admettent l'origine irritative de ces tumeurs. » (Hegar et Kaltenbach).

Winckel croit aussi avoir vu un cancer du vagin se développer chez une vieille femme qui portait un pessaire de Zwaneke. Signalons aussi les trois cas plus récents de Schmidt, A. Meyer et G. Schwarz. A Meyer compare ces cancroïdes aux chancres des fumeurs produits sur les lèvres par l'usage du brûle-gueule.

Ces faits cependant ne sont pas communs. Küstner, qui ne connaissait, au moment où parut son mémoire, que le cas de Hegar, s'étonne de leur rareté.

« Si l'on songe, dit-il, à la quantité de femmes qui portent un pessaire dans le vagin, pendant des dix ans, sans nettoyer ni pessaire ni vagin, si l'on songe que

l'on retrouve souvent ces instruments rongés par des sécrétions acides, recouverts de sels calcaires, puis enfin littéralement encastrés dans la paroi vaginale, on est étonné de ne trouver, sur 24 cas, qu'un seul cas dû à cette cause. »

De même les prolapsus utérins qui exposent les parois vaginales à tant de traumatismes et à tant d'irritations ne sont que très-rarement la cause d'épithélioma.

Küstner rapporte que Chiari aurait observé deux fois le cancer du vagin chez des prolabées, mais lui-même n'a pu en trouver une seule observation dans la littérature médicale. Depuis, Zizold, en 1889, et Pchelin, en 1890, ont publié des cas de ce genre — (V. OBS. XXVIII et XXIX).

Leucoplasie vaginale. — Jouin en 1882, Reclus et Bex en 1887, ont attiré l'attention sur des productions analogues à celles que l'on observe sur la muqueuse buccale et linguale, et que Debove a bien décrites. Elles peuvent survenir sur toutes les autres muqueuses, et en particulier sur la muqueuse vulvo-vaginale. Ce sont d'abord des taches opalines d'aspect nacré, puis plus tard des plaques épaisses, crémeuses, fissurées. La leucoplasie constituerait une sorte d'épine permanente dans l'épaisseur des muqueuses, et cette irritation prolongée pourrait donner naissance à un épithélioma. Cette dernière complication a été surtout signalée à la vulve. Mais comme les plaques leucoplasiques envahissent la muqueuse vaginale, il ne serait pas impossible que certains épithéliomas du vagin fussent dûs à cette cause. Toutefois il n'y en a pas beaucoup d'exemples ;

le cas cité par M. Réclus dans la *Gazette Hebdomadaire*, se rapporte plutôt à un épithélioma de la vulve. De plus, il semble que l'on ait pris parfois certaines productions cancéreuses secondaires développées autour de l'ulcération principale, pour des plaques leucoplasiques (V. OBS. VII).

Je ne dirai rien de la pathogénie de l'épithélioma du vagin ; car des trois théories les plus en faveur actuellement pour expliquer le développement du cancer, c'est-à-dire la théorie de l'irritation, la théorie des germes embryonnaires de Conheim, et la théorie parasitaire, aucune n'a encore rallié la majorité des suffrages.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Siège. — L'épithélioma peut prendre naissance sur tous les points de la muqueuse du vagin. Mais le siège d'élection du néoplasme est la *paroi postérieure* du conduit. L'on sait au contraire que le cancer secondaire a plus de tendance à envahir la paroi antérieure. Cruveilhier paraît croire cependant que l'épithélioma primitif se développe plutôt sur la paroi antérieure. « La paroi antérieure, dit-il, est beaucoup plus fréquemment envahie que la postérieure. » (Atlas d'Anat. path.) Cela peut, il est vrai, s'appliquer au cancer secondaire, puisque cette conclusion succède à la relation d'une observation de cancer de l'utérus propagé au vagin. Mais l'auteur ne spécifie pas. De plus, il fait suivre une communication à la Société Anatomique sur un cas de cancer primitif du vagin des considérations suivantes : « Le siège du cancer à la partie inférieure de la paroi antérieure du vagin, l'utérus étant intact, n'est pas rare. Cette partie du vagin a une structure plus dense, rugueuse, mamelonnée ; elle est d'ailleurs pourvue d'un plus grand nombre de vaisseaux et de nerfs,

et est plus susceptible de causes d'irritation. » Cruveilhier croyait donc probablement à la plus grande fréquence du cancer de la paroi antérieure. Toutes les statistiques démontrent au contraire que le cancer de la paroi postérieure est de beaucoup le plus fréquent. Winckel, entre autres, estime à 67,7 0/0 la proportion des cancers de la paroi postérieure. Dans 76 observations, que j'ai pu consulter, le siège était indiqué 50 fois sur la paroi postérieure, 15 fois sur la paroi antérieure, 4 fois sur la paroi latérale droite, 5 fois sur la paroi latérale gauche ; 2 fois il s'agissait d'un cancer circulaire.

C'est surtout à la partie supérieure de la paroi postérieure, au niveau du cul-de-sac, ou dans son voisinage, que l'épithélioma prend naissance. Généralement, il existe une bande de tissu sain entre le col de l'utérus et la tumeur. Mais, quelquefois, cette dernière peut apparaître dans la partie la plus profonde du cul-de-sac, juste au point de réflexion de la muqueuse du col sur le vagin. L'épithélioma développé en ce point constitue une forme intéressante des tumeurs de la région : c'est *l'épithélioma liminaire* de M. Pozzi. « L'épithélioma liminaire prend naissance dans le cul-de-sac postérieur, de même qu'on voit certains cancers de la langue avoir leur point de départ dans le plancher de la bouche. Il envahit dans sa marche à la fois le col et les parties voisines du vagin où il provoque des ulcérations très-étendues » (Pozzi. Traité de gynécologie). Lorsque l'épithélioma liminaire a évolué, il est donc difficile de le rattacher au vagin ou à l'utérus ; et, de fait, il appartient à ces deux organes. Quelquefois cependant,

l'examen histologique sera d'un précieux secours (OBSERV. XXXIV). Notons que l'épithélioma liminaire s'observe aussi bien dans le cul-de-sac antérieur ou les culs-de-sac latéraux que dans le cul-de-sac postérieur.

Après la paroi postérieure, c'est la *paroi antérieure* qui est le plus fréquemment envahie. Le cancer peut se développer sur tous les points de cette paroi. La vessie et l'urèthre peuvent être intéressés et une des formes du cancer de la paroi antérieure est le *cancer péri-urétral*. Il est vrai que ce dernier succède plus souvent à un cancer de la vulve. Les *parois latérales* sont plus rarement prises. Du reste le cancer ne s'y cantonne pas, et a tendance à rayonner de là, soit sur la paroi postérieure, soit sur la paroi antérieure.

Très-rarement la partie moyenne du vagin est le siège primitif de l'épithélioma. Quelquefois cependant, les formes infiltrées débutent à ce niveau. Ces mêmes formes peuvent envahir rapidement toute la paroi à la manière d'un anneau, et l'on a ainsi le cancer circulaire ou *cancer annulaire*.

Quant aux épithéliomas qui siègent à la partie inférieure du vagin, ils envahissent rapidement la vulve, et il est bien difficile de connaître, d'une façon précise, leur origine primitive. Aussi parlerons-nous peu de ces épithéliomas, plutôt *vulvo-vaginaux*.

A une période avancée, dans les formes infiltrées, étendues ou diffuses, il est bien difficile, sinon impossible, de reconnaître le point d'origine.

En résumé, suivant le siège, nous aurons les catégories suivantes :

1° *L'épithélioma de la paroi postérieure*, le cancer type du vagin ;

2° *L'épithélioma de la paroi antérieure*, auquel se rattache l'épithélioma *péri-urétral* ;

3° *L'épithélioma des parois latérales* ;

4° *L'épithélioma liminaire* ;

5° *L'épithélioma de la partie inférieure du vagin*, plutôt *vulvo-vaginal* ;

6° *L'épithélioma annulaire*.

Aspect macroscopique.— L'on peut, avec M. Pozzi, distinguer deux formes à l'épithélioma du vagin ;

a) *La forme végétante ou papillaire* ;

b) *La forme infiltrée ou nodulaire*.

a) *La forme végétante* débute par une petite papille ou une petite plaque indurée, parfois encore, lorsqu'une irritation mécanique (comme celle d'un pessaire, par exemple), a précédé l'apparition de la tumeur, par une petite érosion reposant sur une base indurée. Peu à peu l'hyperplasie épithéliale augmente ; la tumeur s'accroît. Généralement elle a une forme arrondie ; elle présente des bosselures et des irrégularités ; sa base d'implantation est large. Elle bourgeonne et est recouverte d'excroissances arrondies qui lui donnent l'aspect d'un chou-fleur. Ce tissu fongueux, mollasse, friable, ne tarde pas à s'ulcérer. L'ulcération gagne en profondeur ; ses bords sont déchiquetés, saillants, irréguliers ; son fond, quelquefois d'un rouge brun, est le plus souvent recouvert d'un enduit pultacé plus ou moins épais. Les ulcérations peuvent être multiples : leurs dimensions sont excès-

sivement variables : tantôt leur surface est à peu près égale à celle d'une pièce de 50 centimes ; tantôt elle dépasse de beaucoup celle d'une pièce de 5 francs. Les deux processus, rongeur et végétant, peuvent exister en même temps ; la tumeur continue à pousser en certains points des expansions fongueuses, tandis qu'en d'autres elle se désagrège et s'ulcère.

b) La deuxième forme consiste en une *infiltration* plus ou moins étendue, en plaque, en anneau, siégeant dans l'épaisseur de la muqueuse, et pouvant envahir une grande partie du vagin ; c'est à cette forme que se rapportent les cas de cancer annulaire. A un moment donné, comme dans la forme papillaire, les ulcérations apparaissent ; l'on peut aussi observer des bourgeons fongueux plus ou moins volumineux et plus ou moins abondants. Dans quelques cas, au lieu d'une plaque, l'on constate de véritables noyaux, habituellement multiples, dans l'épaisseur de la muqueuse vaginale.

Le *volume* de la tumeur est variable, suivant l'époque, plus ou moins rapprochée de son début, où on l'observe, suivant sa rapidité d'évolution. Dans quelques cas, il ne dépasse pas celui d'un pois ou d'une noisette ; d'autres fois l'on constate une tumeur énorme remplissant tout le vagin, comprimant le rectum et la vessie, faisant même saillie à la vulve. De même, dans la forme nodulaire, on peut observer une simple plaque, peu saillante, limitée, ou une infiltration envahissant les parois du vagin dans leur totalité (cancer diffus). Dans ce cas, comme dans celui de certains cancers

annulaires, il arrive que le doigt ne puisse pénétrer dans la cavité du vagin.

Les tissus sont généralement très-friables, sauf dans les cas d'épithélioma infiltré, en plaque, qui présente parfois une consistance assez ferme. La surface de la tumeur est souvent d'un rouge vif. Sa coupe présente une coloration grisâtre ; quelquefois, dans les cas de tumeurs très-vasculaires, elle est plus ou moins rouge. Cette vascularisation est parfois remarquable et rappelle les tumeurs érectiles. Bodwin observa une tumeur caverneuse de la grosseur d'une noix, située sur la paroi antérieure du vagin ; cette tumeur, dont l'examen histologique révéla le caractère cancéreux, fut la cause d'une hémorrhagie inquiétante. Bodwin en fit la ligature, ce qui amena sa chute quelques jours après. Mais au bout de quinze jours, on constatait une récurrence qui enleva la malade six semaines après la première hémorrhagie.

D'abord mobile sur le tissu conjonctif sous-jacent, la production morbide ne tarde pas à l'infiltrer et à adhérer aux organes voisins.

Evolution et propagation. — Les épithéliomas de la partie supérieure du vagin envahissent rapidement le col de l'utérus. Dans quelques cas, la propagation est directe, comme dans l'épithélioma liminaire. D'autres fois, lorsqu'il y a une certaine étendue de tissu sain entre la tumeur et le fond du cul-de-sac, on peut admettre une véritable inoculation par contact. L'invasion de l'utérus, assez lente tant que le canal cervical est indemne, marche à grand pas dès qu'il est atteint.

L'extension de la néoplasie au rectum, dans l'épithélioma de la paroi postérieure, est fréquente. La diminution de calibre du rectum, des fistules recto-vaginales, quelquefois une destruction complète de la cloison transformant les cavités rectale et vaginale en un véritable cloaque, en sont les conséquences. (V. observ. ix).

Les cancers de la paroi antérieure envahissant la vessie et l'urèthre sont suivis souvent de cystites, de fistules, de changements de direction de l'urèthre. L'infection cancéreuse et la compression des uretères, soit directement, soit après l'invasion du col de l'utérus, s'observe quelquefois; aussi l'hydronéphrose est-elle signalée dans plusieurs observations. (V. observ. xxii).

La vulve est presque toujours atteinte, lorsque l'épithélioma siège à la partie inférieure du vagin.

Dans quelques cas, tout le bassin peut être envahi; la cloison dans toute sa hauteur, la vessie, le plancher pelvien, le péritoine sont atteints par le néoplasme.

Comme dans les cancers de tous les organes, les lymphatiques sont infectés dès le début. Les ganglions pelviens seront engorgés si le cancer siège à la partie supérieure du vagin. Si les tissus sont envahis au voisinage de la vulve, l'adénopathie s'observera à la région inguinale. D'après les recherches de Poirier, les lymphatiques de la partie moyenne du vagin se rendent à un ou deux ganglions situés sur les côtés du rectum, dans les angles du bouquet artériel que forment la vaginale, l'ombilicale et la honteuse interne. Dans le cas

de cancer de la partie moyenne du vagin, l'on devrait rechercher l'adénopathie à ce niveau.

Les ganglions peuvent s'ulcérer et s'abcéder. Brückner rapporte l'observation d'une malade qui succomba à un abcès des ganglions rétropéritonéaux, consécutif à un cancer du vagin. L'on a vu quelquefois d'énormes ganglions carcinomateux du pli de l'aîne avec envahissement et ulcération de la peau.

Comme les lymphatiques, les *veines et les artères* sont envahies. Lorsqu'il s'agit de gros troncs, on observe plus souvent leur compression et des troubles circulatoires. C'est ainsi que, dans le cas de Bellanny, la veine iliaque primitive était comprimée par un gros paquet de ganglions (V. observ. XXIII).

Cruveilhier a observé dans un cas d'épithélioma de la paroi vaginale antérieure, la dilatation variqueuse des veines du ligament rond simulant une hernie inguinale (V. observ. VIII).

Le même auteur rapporte un cas de gangrène de la cloison recto-vaginale consécutive à un carcinome. A l'autopsie, l'artère iliaque interne fut trouvée enflammée. « Il est possible, ajoute Cruveilhier, que l'artérite ait exercé dans ce cas quelque influence sur la gangrène. »

La *métastase* de noyaux cancéreux dans d'autres organes, consécutivement à l'épithélioma primitif du vagin, est rare. Dans un cas Koehler l'aurait observée dans le foie et le rein. Dans un autre de Herman, il y avait des noyaux secondaires dans le foie. L'observation de Boissier est moins concluante, car l'utérus était

envahi en même temps que le vagin. La généralisation, signalée dans les plèvres, les poumons, le péricarde, les reins et le foie, peut provenir de l'utérus, bien que l'auteur pense que le vagin ait été primitivement envahi (V. observ. XIII).

Une complication curieuse, c'est le *prolapsus des parois vaginales* que Pchelin a observé deux fois (observ. XXX). Signalons enfin la possibilité de trouver à l'autopsie des tumeurs bénignes concomitantes : polypes, fibromes utérins.

Lésions histologiques. — C'est surtout l'*épithélioma pavimenteux lobulé*, quelquefois l'*épithélioma pavimenteux tubulé* que l'on observera dans le vagin. Ces tumeurs présentent ici la même disposition que dans les autres organes. Dans les cas d'*épithélioma lobulé*, un tissu conjonctif lâche, plus ou moins infiltré de cellules embryonnaires, sépare des lobules. Ces lobules contiennent des cellules d'aspect variable, des cellules superficielles cylindriques, puis des cellules rondes, des cellules dentelées, enfin, au centre, des cellules aplaties et cornées, s'imbriquant et formant des globes épidermiques. L'*épithélioma tubulé* est constitué par de longs boyaux anastomosés, remplis de cellules pavimenteuses, et limités par un stroma conjonctif. Je n'insiste pas sur cette description ; l'on trouvera plus loin plusieurs examens histologiques très démonstratifs. (V. observ. I, II, III, XXXIV).

Quelquefois l'une ou l'autre de ces deux formes présente une disposition alvéolaire ; les cellules deviennent atypiques. Ce sont ces tumeurs que l'on décrit souvent

sous le nom de *carcinome*, mais en réalité, comme on le sait aujourd'hui, ce sont des tumeurs épithéliales, et il n'y a pas lieu d'en faire une classe à part.

Les cellules épithéliales peuvent subir la dégénérescence colloïde ou muqueuse (*épithélioma muqueux, encéphaloïde, carcinome médullaire* des Allemands). Si le tissu conjonctif prédominait, et prenait une texture très dense, l'on aurait des formes squirrheuses.

Nous dirons seulement deux mots d'une affection décrite par Schwartz de Halle. (*Congrès de l'association gynécologique allemande, 1886*) sous le nom d'*épithélioma fongueux multiple*. Elle était constituée par des papilles d'un rouge foncé, saillantes, très-friables et faciles à arracher, occupant les parties supérieures du vagin et le col de l'utérus. Elles étaient formées exclusivement par des cellules épithéliales ressemblant à celles de la couche profonde de la membrane épithéliale de la muqueuse, comme si celles-ci, en proliférant, étaient venues faire saillie à la surface, sans ligne de démarcation nette entre elles et celles de la couche superficielle. D'après Schwartz, les deux affections du col et du vagin étaient en rapport intime et provenaient d'une irritation causée par les sécrétions morbides.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES. — COMPLICATIONS. — PRONOSTIC

Des hémorrhagies, des écoulements vaginaux plus ou moins abondants, des douleurs à localisations et à irradiations diverses, des troubles des fonctions de la vessie ou du rectum, tels sont les principaux symptômes de l'épithélioma du vagin.

Début. — Le début est parfois insidieux et la tumeur peut atteindre de grandes dimensions sans attirer l'attention de la malade. Quelquefois même, elle n'est découverte que par hasard, à l'occasion d'un examen chez une femme enceinte, par exemple. Le plus souvent, des écoulements ichoreux, des pertes blanches légèrement striées de sang ou des hémorrhagies véritables décident la malade à consulter un chirurgien.

D'autres fois, les mictions et les gardes-robes douloureuses ou suivies d'une perte de sang, le coït rendu impossible par les douleurs qu'il cause et les hémorrhagies dont il s'accompagne, marquent le début de l'affection. La malade peut, en prenant une injection, constater elle-même la présence d'une tumeur. Des douleurs plus ou moins vives, locales ou à distance,

peuvent aussi apparaître. Mais, contrairement à l'opinion de West, la douleur spontanée n'existe que rarement au début.

Symptômes fonctionnels. — Peu à peu, au fur et à mesure de l'évolution du néoplasme, les symptômes s'accroissent. L'*écoulement vaginal* devient plus abondant. Les malades ne perdent au début qu'un peu de liquide séreux ou roussâtre ; puis, ce liquide devient louche, jaunâtre ou jaune-verdâtre, épais, enfin purulent ; parfois strié de sang, il peut prendre une couleur brun sale, si la quantité de sang est plus considérable. Il entraîne avec lui des grumeaux, des débris mortifiés de la tumeur. Il répand une odeur infecte, pénétrante, qui peut rendre le séjour d'une salle d'hôpital impossible aux voisines de la malade. La fétidité des sécrétions peut être telle qu'elle provoque des vomissements chez les malades atteintes d'épithélioma (Brückner).

L'abondance de l'écoulement ichoreux est très-variable. Parfois, les malades ne se plaignent que de quelques pertes blanches ; d'autres fois, la quantité du liquide est plus considérable et les oblige à se garnir. Chez une femme enceinte, la perte était continuelle et si abondante qu'elle lui avait fait croire à un écoulement des eaux de l'amnios (V. OBS. XXIV). L'irritation produite par cet écoulement est bientôt suivie de l'inflammation de la vulve et des parties non encore atteintes de la muqueuse.

Comme l'écoulement, l'*hémorrhagie* est un symptôme habituel de l'épithélioma du vagin ; dans quelques cas pourtant elle n'est pas signalée dans les observations.

Son abondance varie beaucoup. Quelquefois, c'est à peine si les malades remarquent quelques petits filets de sang dans les pertes vaginales; ou bien, c'est un simple suintement séro-sanguin; parfois c'est une hémorrhagie véritable, mais peu abondante. Enfin il peut arriver, surtout dans certaines tumeurs très-vasculaires, que l'hémorrhagie soit inquiétante par son abondance et sa durée. L'hémorrhagie peut être le premier symptôme observé. Elle peut être le seul, ou bien s'associer à l'écoulement et à la douleur. On peut, après l'avoir observée au début, ne plus la voir se reproduire; ou bien elle revient à des intervalles variables; il n'y a rien d'absolu à ce sujet. Quand elle survient à peu près à l'époque des règles, elle peut passer inaperçue; ou bien l'on peut croire à des règles particulièrement abondantes. Notons en passant que, lorsque l'épithélioma reste limité au vagin et que le col n'est pas touché, il y a peu de modifications de la menstruation. Lorsque l'hémorrhagie se produit chez une femme enceinte, elle peut mettre sur la voie d'une tumeur vaginale, qui est si facilement méconnue dans ce cas, les douleurs, les écoulements, les troubles de la miction et de la défécation étant rapportés à l'état de gestation.

Ces hémorrhagies peuvent survenir spontanément par le seul fait du travail ulcératif. Ou bien elles sont provoquées par un effort quelconque, la miction, la défécation, le coït, le début du travail chez les femmes enceintes. Il est rare que le toucher vaginal, même pratiqué avec prudence, ne soit pas suivi d'une petite hémorrhagie; d'autres fois, ce sera la canule à injec-

tions qui lèsera les parois du vagin, et provoquera une perte de sang.

Les *douleurs* sont très-variables comme intensité. La douleur spontanée peut même faire défaut, ainsi que le démontrent plusieurs observations. « Dans beaucoup de cas qui sont pourtant très-avancés, les douleurs ne sont pas intenses, et même manquent complètement ». (Winckel.) Sur 12 cas de Küstner, 6 fois les douleurs ne sont pas signalées. On ne peut donc guère admettre l'opinion de West, qui veut que la douleur soit un des symptômes les plus fréquents et les plus précoces, ni celle de Rondot, pour qui elle est plus accusée que dans le cancer de l'utérus. Il est remarquable, au contraire, de voir des tumeurs volumineuses évoluer sans causer de grandes douleurs.

Quand la douleur existe, elle offre divers caractères. Quelquefois, les malades accusent dans le vagin et à la vulve une impression de démangeaison, de cuisson, qui paraît se rattacher à l'irritation provoquée par l'écoulement. D'autres fois, elles ont la sensation d'un corps étranger dans le vagin, avec pesanteur, tiraillements, besoins d'expulsion. La douleur locale sera sourde, continue, ou bien elle sera lancinante, ténébrante, et apparaîtra par paroxysmes.

Elle peut s'irradier en divers sens, vers l'abdomen, le bassin, le sacrum, les lombes, le pli de l'aîne, les membres inférieurs, la vulve. La *rachialgie* en particulier est assez fréquente. On observe aussi assez souvent des douleurs le long du trajet du *sciatique*. La douleur est bilatérale ou n'occupe qu'un seul côté. Fréquem-

ment, c'est surtout la nuit qu'elle tourmente les malades.

La marche, la station debout, la fatigue la feront apparaître ou augmenteront son intensité. Le coït, la miction, la défécation provoquent aussi de vives douleurs. Ces douleurs provoquées par le coït et la défécation, ainsi que celles qui succèdent aux examens, aux injections, sont parfois les seules qui existent. Elles peuvent disparaître assez vite par le repos ou persister plus ou moins longtemps.

Habituellement il y a des troubles du côté du *rectum* et de la *vessie*. Presque toujours la constipation est opiniâtre, interrompue, par moments, par de violentes débâcles ; les gardes-robes sont très-douloureuses. Dans le cancer de la paroi postérieure, lorsque la cloison est prise dans toute sa hauteur, et que le sphincter est envahi, on peut observer de l'incontinence des matières fécales.

La dysurie s'observe aussi fréquemment. Lorsque la paroi antérieure est envahie, il y aura des phénomènes de cystite : urines louches, purulentes, ténesme vésical, violentes douleurs à la suite de la miction.

Dans le cas d'épithélioma péri-urétral, l'urèthre pourra être plus ou moins modifié dans son calibre, et son trajet plus ou moins dévié, ce qui donne parfois lieu à des symptômes d'incontinence ou de rétention d'urine. (V. observ. VII, XXII).

Signes physiques. — En examinant les organes génitaux, il sera possible quelquefois d'apercevoir directement la tumeur à l'extérieur. C'est lorsqu'elle est volu-

mineuse et fait saillie à la vulve, ou que son poids a entraîné une certaine étendue des parois vaginales. (V. obs. xxix, xxx). L'on remarquera souvent aussi de la rougeur, des ulcérations de la vulve, causées par les liquides irritants secrétés par l'ulcération.

Le toucher permettra de se rendre compte des caractères de la tumeur. Si l'épithélioma est à son début, l'on pourra ne trouver qu'une petite saillie papillaire, ou une petite plaque, plus ou moins ulcérée.

Mais, le plus souvent, l'on rencontrera, ou bien une tumeur assez volumineuse remplissant en partie le vagin, bosselée, bourgeonnante, en chou-fleur, recouverte de fongosités mollasses, saignant au moindre contact, et tellement friables que le doigt en ramène facilement des fragments ; ou bien une tumeur plus petite, de consistance plus ferme, ou bien une infiltration en nappe, plus ou moins indurée et parcheminée. Dans quelques cas, l'on aura la sensation d'un rétrécissement du vagin en un point donné (cancer annulaire). L'on constatera des ulcérations de dimensions variables, parfois profondes, anfractueuses, à bords déchiquetés, ou s'étendant plutôt en surface. La tumeur sera ou mobile sur les tissus sous-jacents, ou plus ou moins adhérente ; le col sera complètement sain, ou plus souvent intéressé.

Ajoutons que quelquefois, dans les cas de tumeur volumineuse ou de cancer en nappe très-étendu, il est presque impossible de pénétrer dans le vagin. D'autres fois, l'on aura des sensations bizarres. C'est ainsi que Chassaignac, dans un cas de tumeur volumineuse obs-

truant tout le vagin, avait pris, à un premier examen, l'extrémité inférieure de la tumeur, ramollie, et où le doigt pénétrait facilement, pour le col de l'utérus. (V. obs. xi).

Le toucher rectal permettra de sentir, dans les cas de tumeur de la paroi postérieure, une masse faisant saillie dans la cavité du rectum. La muqueuse de l'intestin, ou bien glissera facilement sur la tumeur, ou lui adhérera plus ou moins. L'examen au spéculum, lorsqu'il sera possible, c'est-à-dire lorsque la tumeur sera encore relativement limitée, donnera des renseignements précis sur sa forme, son aspect bosselé, sa couleur, rouge vif le plus souvent, ses rapports avec le col, dont on pourra ainsi contrôler l'intégrité. L'on verra les ulcérations, plus ou moins profondes, avec leur fond grisâtre, pul-tacé, recouvert de détritux sanieux. L'on n'oubliera pas que ces examens peuvent être suivis d'une hémorrhagie abondante, et lorsque l'on soupçonnera une vascularisation anormale de la tumeur, on les conduira avec la plus grande prudence.

L'adénopathie pourra être recherchée. Dans les cas de masses ganglionnaires volumineuses du petit bassin, il sera possible quelquefois de les percevoir par la palpation. Lorsque l'épithélioma aura gagné la partie inférieure du vagin, les ganglions inguinaux seront engorgés. Il peut y avoir dans ce cas une simple adénite inflammatoire consécutive à l'ulcération ; parfois même les ganglions ne seront pas augmentés de volume et seront seulement sensibles à la pression (V. obs. xx). D'autres fois ils subissent la dégénérescence

carcinomateuse ; la peau peut être prise et s'ulcérer. Il est possible de s'assurer par le toucher rectal de l'état des ganglions situés sur les côtés du rectum, ganglions qui reçoivent, comme nous l'avons vu, les lymphatiques de la partie moyenne du vagin.

L'état général peut rester bon assez longtemps. Mais les malades, après avoir joui pendant un certain temps de toutes les apparences de la santé, ne tardent pas à maigrir et à s'affaiblir sous l'influence de l'anémie consécutive aux hémorrhagies, des douleurs, de l'insomnie, des troubles gastro-intestinaux qui sont le résultat de la constipation. Le foyer d'infection septique constitué par l'ulcération, l'écoulement fétide qui les tourmente constamment, le repos au lit auquel elles sont condamnées, parfois aussi une complication, fistule, cystite, hydronéphrose, tout cela contribue à les épuiser. Bientôt la teinte jaune paille apparaît ; la peau devient flasque, ridée ; l'amaigrissement est à son comble ; la cachexie cancéreuse est installée.

Marche ; durée ; terminaison. — La marche est ainsi progressivement croissante, et l'on n'observe guère au vagin ces formes de cancer à marche lente, à tendance peu envahissante qui se prolongent pendant des années. Les organes voisins, utérus, vessie, rectum, sont pris successivement ; parfois le plancher pelvien, le péritoine, la bassin entier, sont envahis par les productions cancéreuses. Signalons, comme une terminaison absolument exceptionnelle, et seulement à titre de curiosité, le cas de Klob qui observa la désagrégation spontanée et l'expulsion du vagin d'un can-

cer qui laissa à sa place une cicatrice rétractile très-prononcée.

Si l'on n'intervient pas, les malades succombent en moins de deux ans. Dans les cas observés par Winckel, la *durée* varie de 7 à 24 mois.

La mort est le plus souvent la conséquence de la cachexie cancéreuse. La première hémorrhagie peut enlever les malades très-peu de temps après le début (Winckel).

La terminaison fatale peut aussi être précipitée par des complications diverses.

Complications. — La propagation au col de l'utérus, qui est habituelle au bout d'un certain temps, peut être signalée par un redoublement d'acuité des douleurs, et par une recrudescence des hémorrhagies.

L'épithélioma de la partie inférieure envahira très-souvent la vulve.

L'extension au rectum sera très-rapide dans le cas de cancer de la paroi postérieure. Les *fistules recto-vaginales* ne sont cependant pas aussi fréquentes qu'on pourrait le croire. Elles apparaîtront spontanément par le seul fait des progrès de la dégénérescence cancéreuse et du processus ulcératif ; ou bien elles seront le résultat d'un examen malencontreux, d'une injection prise sans précaution. L'on sait en effet combien le tissu est friable, et quand la cloison est prise entièrement, elle se laisse facilement déchirer. Signalons ici un cas de Velponer dans lequel une application de forceps produisit une déchirure complète de la cloison. Ces fistules présentent toutes les dimensions. Quel-

quefois, il est impossible de les trouver au milieu des anfractuosités, des bosselures de la paroi, et elles ne se révèlent que par l'issue par le vagin d'une petite quantité de matières fécales. D'autres fois, elles sont volumineuses et laissent passer facilement le doigt. Dans quelques cas, on a un véritable cloaque, comme dans le cas de Cruveilhier, où une *gangrène* de la cloison, consécutive à un carcinome, avait transformé le vagin en un vaste foyer constitué, en avant, par la paroi antérieure du vagin, en arrière, par la paroi postérieure du rectum.

L'invasion de la vessie par le cancer de la paroi antérieure est aussi assez fréquente. La cystite sera surtout accusée lorsqu'un cancer péri-urétral gênera l'émission de l'urine. Des *fistules vésico-vaginales* se produisent parfois ; l'urine s'écoule constamment dans le vagin, ce qui ajoute une infirmité pénible aux souffrances déjà endurées par la malade.

L'*hydronéphrose*, due à la compression ou à l'envahissement des uretères par le néoplasme, a été plusieurs fois signalée ; les malades succombent alors avec des symptômes urémiques.

La *péritonite aiguë*, consécutive à une perforation produite par l'ulcère cancéreux, peut s'observer.

La péritonite pourrait aussi succéder à la *suppuration des ganglions pelviens*.

L'*œdème des membres inférieurs* peut être observé. Dans le cas de Bellamy il y eut de l'œdème du membre inférieur gauche, et à l'autopsie, l'on constata la compression de la veine iliaque primitive par une masse

ganglionnaire. Dans un cas de Cruveilhier, des varices des veines du ligament rond simulaient une hernie inguinale double, et il les rattacha à un épithélioma du vagin.

La *métastase* de noyaux épithéliaux dans des organes éloignés, quoique très-rare, peut aussi hâter la terminaison de la maladie.

Grossesse. — La grossesse est une véritable complication et non des moins graves, par le coup de fouet qu'elle donne à la marche de l'affection, par les difficultés qui surgissent au moment de l'accouchement, par les dangers que font courir les interventions, et enfin par les chances d'infection qu'une tumeur ulcérée, secrétant des produits purulents et septiques, fera courir à la malade.

Souvent la tumeur est méconnue pendant la grossesse, et c'est au moment de l'accouchement que l'on découvre son existence. Dans un cas rapporté par Brückner, une hémorrhagie abondante, survenue au moment des premières douleurs, et la sensation d'une masse molle, fongueuse dans le vagin, avaient fait diagnostiquer par le médecin un placenta prævia. A. Martin, appelé, reconnut l'erreur, put faire l'extraction d'un enfant vivant, et pratiquer immédiatement après l'ablation de la tumeur (V. obs. xxvii).

De même, dans le cas de Bailly, la femme mit au monde un enfant vivant. Pendant le travail d'expulsion, la tumeur et la paroi vaginale avaient été chassées par la tête de l'enfant hors de la vulve ; l'accouchement se fit spontanément, puis les parties

prolabées rentrèrent dans le vagin. (V. obs. xxiv.)

Dans ces deux cas, les femmes survécurent à l'accouchement. Mais dans un cas de Küstner, la malade mourut huit jours après de septico-pyémie. Dans le cas de Roulston, la femme mourut avant d'être accouchée. Nous avons déjà cité le cas de Velponer, où une déchirure de la cloison, consécutive à une application de forceps, entraîna des accidents mortels.

Ajoutons que souvent l'enfant succombe avant l'époque du terme.

Formes. — Elles sont peu tranchées au point de vue clinique. L'épithélioma de la *paroi postérieure* retentira surtout sur les fonctions du rectum (constipation, selles douloureuses) ; celui de la *paroi antérieure* sera accompagné de symptômes vésicaux. Dans l'*épithélioma péri-urétral*, on constatera, outre les difficultés de la miction, des déformations de l'urèthre, parfois telles qu'il sera impossible de sonder la malade ; on se rendra compte de l'existence d'un véritable manchon plus ou moins dur autour de l'urèthre. Cet épithélioma péri-urétral, de même que celui des parties inférieures du vagin, sera plutôt *vulvo-vaginal* ; nous avons vu que dans ces cas, les ganglions inguinaux étaient engorgés. L'*épithélioma liminaire* envahira en même temps le vagin et l'utérus. Les symptômes hémorrhagiques et douloureux sont peut-être ici plus accentués et plus précoces que dans les autres variétés. Les infiltrations cancéreuses (*épithélioma en plaque, en anneau*) ont souvent une consistance plus ferme, une moindre tendance à bourgeonner ; c'est surtout dans ces cas que

l'on observerait, quoique rarement, la *forme squirrheuse*.

Au contraire, dans les cas de tumeur volumineuse, bourgeonnante, l'on observera souvent la dégénérescence muqueuse ou colloïde (*épithélioma encéphaloïde*).

Pronostic. — Le pronostic est des plus sombres ; abandonné à lui-même, l'épithélioma du vagin entraîne toujours en un laps de temps très-court la mort des malades. Comme nous le verrons, la récurrence est presque fatale après l'opération. La malignité de l'affection est telle qu'on a pu la comparer à celle du cancer de la langue. Faut-il attribuer cette malignité au riche réseau lymphatique de la muqueuse vaginale, aux connexions des troncs qui en émanent avec les lymphatiques nombreux des organes voisins et du bassin ? Ou, avec Olshausen, aux rapports étendus des parois vaginales avec le tissu conjonctif du bassin, et avec les larges portes d'inoculation ouvertes après l'extirpation ? Ou bien faut-il l'attribuer à la difficulté que l'on éprouve en cette région, à faire des opérations complètes ? Ou encore, à ce que la tumeur est déjà, le plus souvent, très-avancée quand la malade vient consulter le chirurgien ? Il est probable que toutes ces causes ont leur part d'action, mais elles ne paraissent pas suffire à expliquer cette excessive malignité.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

La plupart du temps, le diagnostic ne présentera pas de grandes difficultés. L'hémorrhagie vaginale, l'écoulement fétide, les douleurs engageront le chirurgien à examiner soigneusement la malade, et à l'aide du toucher vaginal et rectal, et du spéculum, il découvrira vite la cause des accidents. Quelques circonstances pourront cependant le dérouter. C'est ainsi que la plupart des symptômes peuvent manquer, ou, du moins que la malade peut n'attirer l'attention que sur un seul en négligeant les autres. Dans deux cas rapportés plus loin, l'adénite inguinale existait seule, et l'on eut grand peine à trouver la lésion causale (V. obs. iv, v). Dans le cas de Bailly, la malade, enceinte, avait un écoulement si abondant qu'elle croyait à une perte de liquide amniotique.

Lorsque le chirurgien soupçonnera la présence d'un épithélioma du vagin, il devra éclaircir les trois points suivants : La tumeur appartient-elle au vagin ? Est-ce un épithélioma ? L'épithélioma est-il primitif ou secondaire ?

1° *La tumeur s'est-elle développée dans le vagin ?*

Des tumeurs du rectum ou de la vessie, des polypes de l'utérus, des tumeurs développées dans la cloison, pourront proéminer dans la cavité vaginale et faire croire à une tumeur du vagin. La constatation de l'intégrité de la muqueuse vaginale, le toucher rectal, l'examen au spéculum, l'exploration de la vessie permettront de faire le diagnostic. Il en sera de même dans les cas de *rectocèle*, de *cyepstocèle*.

Les corps étrangers du vagin peuvent s'entourer d'une zone végétante, formée aux dépens de la muqueuse, qui s'ulcère et prend l'aspect d'une tumeur maligne. C'est ainsi que M^{me} Boivin et Dugès ont vu une éponge, incrustée de sels calcaires, contenue dans une tumeur sensible, boursoufflée et comme fongueuse. Dupuytren dut pratiquer une opération pour extraire un pot de pommade de l'intérieur de productions bourgeonnantes du cul-de-sac vaginal.

Nous avons vu qu'un cancer du vagin se révélant au moment de l'accouchement par une hémorrhagie avait été pris pour un *placenta prævia*. Notons en passant que l'hémorrhagie due à l'épithélioma et se produisant au début d'une grossesse, pourrait faire penser à une fausse couche.

2° *La tumeur est-elle un épithélioma ?*

Le *sarcome ulcéré* peut être confondu avec l'épithélioma. Mais le sarcome a une base d'implantation moins large ; sa consistance est plus homogène ; il fait moins corps avec la muqueuse et les tissus sous-jacents.

Il s'observe plutôt dans le jeune âge et siège surtout à la paroi antérieure.

Un *fibrome* du vagin ulcéré et mortifié donnera au toucher la sensation de rénitence spéciale du fibrome ; sa mobilité sur les tissus voisins, son développement lent, son siège de prédilection sur la paroi antérieure seront autant de données pour le diagnostic. Ajoutons qu'on a observé parfois dans le vagin des tumeurs malignes bizarres, des rhabdomyomes ; mais ces productions sont très-rares.

Les *kystes* et les *lipômes* se reconnaîtront facilement à leur mobilité, à l'intégrité de la muqueuse, à la sensation éprouvée par le doigt explorateur.

Pourtant Mac Lean (American Journal of. Obstet. 1887) a observé un kyste de la paroi antérieure, du volume d'une petite pomme, pour lequel les uns avaient fait le diagnostic de cancer, les autres de cystocèle.

Il semble presque impossible que l'on puisse confondre la *dilatation variqueuse des veines du vagin* avec le cancer. Barnes a cependant publié un cas dans lequel une multipare enceinte de 7 mois présentait, entre les grandes lèvres, une tumeur qui fut prise pour un cancer, et qui était constituée par des varices moniliformes s'étendant le long de l'urèthre et remplissant le vagin.

Chez une femme enceinte, un *thrombus enflammé* et sphacélé pourra également être pris pour un épithélioma.

Le *rétrécissement sénile* du vagin, souvent accompagné de sécrétions purulentes, pourra donner au doigt la

sensation d'un *cancer annulaire* ; un examen attentif fera vite reconnaître l'erreur.

Lorsque l'ulcération constituera la principale lésion, et que la tumeur sera peu accusée, le diagnostic sera aussi généralement facile.

La *tuberculose vaginale* est rare. Les ulcérations tuberculeuses, multiples, ne reposent pas en général sur une tumeur. La constatation de l'état général, l'auscultation des poumons, l'examen bactériologique contribueront à fixer le diagnostic.

Les affections syphilitiques du vagin pourront donner lieu à des erreurs.

Le *chancre induré*, très-rare dans le vagin (un cas douteux sur 249, d'après Fournier), est complètement indolent ; les pertes, l'écoulement fétide font défaut. L'ulcération est en général petite, superficielle ; les bords légèrement surélevés se continuent sans ressaut avec le fond.

Les lésions de la *syphilis secondaire* ont été bien étudiées par Prieur (Th. de Paris 1881). Ce sont ou bien des érosions superficielles, ou des ulcérations arrondies, à bords nets, multiples et coïncidant avec des cicatrices d'anciennes syphilides, ou encore des papules saillantes, de forme variable, de couleur rouge, jambonnée ou grisâtre.

La *gomme ulcérée*, excessivement rare, se reconnaît à son ulcération arrondie, à bords taillés à pic ou décollés.

Dans tous ces cas de syphilis vaginale, la coexistence d'autres lésions en diverses régions, l'indolence, l'ab-

sence d'hémorrhagies et d'écoulements fétides, mettront sur la voie du diagnostic.

Les caractères de l'ulcération du *chancre mou*, de niveau avec les parties voisines, sa tendance à la cicatrisation en certains points, sa marche envahissante en d'autres, l'inoculation rapide des surfaces en contact, le feront facilement reconnaître.

L'on évitera aussi de confondre l'ulcération de l'épithélioma avec l'affection rare décrite par Zahn en 1884 et Browicz en 1887, sous les noms *d'ulcère rond simple*, et *d'ulcère rond de Clark*. Il s'agit d'un ulcère à bords taillés à pic, à fond rouge, dont la pathogénie paraît analogue à celle de certains ulcères de l'estomac, et qui a été observé chez des femmes âgées atteintes de sclérose artérielle. Zahn a constaté, du reste, dans son cas, le rétrécissement athéromateux des artères vaginales, et l'oblitération d'une branche se rendant directement à la région ulcérée.

L'on reconnaîtra facilement les ulcérations produites par les pessaires, mais l'on se souviendra de la possibilité de voir se greffer un épithélioma sur ces ulcérations.

Il n'y a pas lieu d'insister sur le diagnostic de l'épithélioma du vagin avec les *végétations* ou les *ulcérations de la vaginite chronique*, l'*herpès vaginal*, les *caroncules myrtiformes*, etc. etc.

Du reste, il sera toujours facile d'enlever un petit fragment d'une production douteuse, pour le soumettre à l'examen microscopique.

3° *L'épithélioma est-il primitif ?*

L'on examinera minutieusement les organes voisins,

utérus, vessie, rectum, et l'on s'assurera qu'il n'y a pas ailleurs que dans le vagin un foyer principal. Il sera parfois difficile, lorsque le néoplasme se sera propagé au col, de dire quel est le siège primitif. Mais lorsque le vagin est envahi sur une certaine étendue, que la lèvre du col en contact avec la lésion vaginale est seule atteinte, que le canal cervical est indemne, il est bien probable que c'est sur la muqueuse du vagin que la tumeur a pris naissance.

L'on pensera à la possibilité de voir des noyaux métastatiques se développer dans le vagin consécutivement à un cancer d'un organe plus ou moins éloigné, et l'on se gardera de les prendre pour des noyaux d'épithélioma primitif.

Lorsque le diagnostic sera bien établi, on se rendra compte des connexions de la tumeur avec les tissus voisins ; on s'efforcera de préciser ses limites ; on s'assurera de l'état du col de l'utérus ; on recherchera l'adénopathie ; enfin, l'on posera les indications de l'intervention.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le but que doit se proposer le chirurgien, toutes les fois qu'il se trouve en présence d'un cancer, c'est d'enlever la totalité des tissus malades, en dépassant, aussi largement que possible, les limites du mal.

L'on devra tenir la même conduite dans les cas d'épithélioma du vagin. Malheureusement, l'on se trouvera ici fréquemment en présence de difficultés opératoires considérables, dépendant de la région où l'on opère, et de l'extension rapide du néoplasme aux organes voisins ; et l'on sera trop souvent obligé de se contenter d'opérations palliatives.

Certains chirurgiens n'hésitent pourtant pas devant des délabrements considérables. Lisfranc donnait déjà le conseil d'enlever la cloison quand elle était prise, préférant établir un cloaque plutôt que de laisser le carcinome évoluer. De nos jours, Schroeder, dans un cas d'infiltration cancéreuse diffusé du vagin chez une vieille femme, a enlevé tout le canal vaginal, museau de tanche compris ; il est vrai que cela n'a pas empêché la récurrence. Pour Hegar et Kaltenbach, l'extension

du néoplasme à la vessie et au rectum ne doit pas être considérée comme une contre-indication, dès qu'on peut enlever tout ce qui est malade, car il est toujours possible de fermer avec une suture la solution de continuité de ces organes.

Ne nous occupons d'abord que de *l'épithélioma limité au vagin*.

Lorsque la tumeur est petite, bien limitée, surtout lorsqu'elle siège à la partie inférieure du vagin, il est facile de l'enlever par la voie vaginale. On fera *l'excision simple*. C'est ce procédé qu'ont employé Lisfranc, Chassaignac, Nélaton, et c'est aussi celui qu'on emploie encore le plus couramment aujourd'hui. Généralement autrefois l'on ne faisait pas de sutures et, la tumeur enlevée, l'on se contentait de panser à plat. Signalons cependant le procédé original imaginé par Chassaignac (V. OBSERV. XI). Avant d'opérer, il plaça sur les côtés de la tumeur dans les tissus sains, et à des hauteurs différentes, de chaque côté, des ligatures doubles. « De la sorte, on pouvait faire l'hémostase et comprimer les tissus dans le sens vertical en liant ensemble l'un des chefs d'une ligature supérieure avec l'un des chefs d'une ligature inférieure, et d'un autre côté, en unissant ensemble les chefs de deux ligatures correspondantes d'un côté à l'autre, former des anses transversales, susceptibles d'amener au contact les lèvres de la perte de substance faite aux parois du vagin ».

Actuellement, on circonscrit par une incision la tumeur, en empiétant largement sur les tissus sains, on

la détache de sa base d'implantation, et l'on termine en faisant une double rangée de sutures, profondes et superficielles. Il sera bon d'établir un drainage si la cavité pré-rectale, formée par l'ablation de la tumeur, est un peu étendue.

Schroeder insiste sur ces précautions, en donnant la relation de ses trois premières opérations.

Dans les deux premières, il avait seulement réuni la muqueuse. Comme le cancer siégeait à la partie supérieure de la paroi postérieure, après l'ablation il était resté, entre le péritoine, le rectum et le vagin, un espace creux dans lequel il se produisit une stagnation et une infection des liquides épanchés. Dans le troisième cas, il fit des sutures profondes et draina le cul-de-sac postérieur. Aussi les résultats furent-ils bien différents. La première opérée mourut d'infection ; la deuxième guérit, mais il y eut désunion de la plaie et la cicatrisation fut très longue à s'effectuer ; la troisième guérit parfaitement.

Lorsque le tissu de la tumeur est friable et ne peut être saisi, l'on peut, comme le conseille Lisfranc, abaisser le néoplasme en faisant des tractions sur les parties de la muqueuse situées au-dessus, ou sur le col de l'utérus.

Les accidents possibles de l'opération sont : l'ouverture du cul-de-sac de Douglas, l'hémorrhagie, l'ouverture du rectum ou de la vessie. L'ouverture du cul-de-sac péritonéal n'aura pas de suites fâcheuses si l'on opère aseptiquement ; souvent même on pratique cette ouverture avec intention, pour se donner du jour

ou pour poursuivre un prolongement de la tumeur ; on peut du reste le refermer immédiatement par un surjet au catgut. L'hémorrhagie est assez abondante le plus souvent, mais il est ordinairement facile de s'en rendre maître, et l'on doit considérer comme exceptionnel le cas de Grünewald, qui eut le malheur de couper, en enlevant une récidue circonscrite d'un cancer du vagin avec l'anse du galvano-cautère, la branche antérieure de l'artère hypogastrique. L'on crut d'abord à une hémorrhagie parenchymateuse, mais la malade mourut au bout de quelques minutes, et l'autopsie permit de reconnaître l'origine de l'accident.

Quant aux plaies du rectum et de la vessie, il est facile d'y remédier au cours de l'opération. Quelquefois, l'on ne constate que plus tard l'existence de la fistule, mais si tout le tissu cancéreux a été enlevé, et si la fistule n'est due qu'à l'acte opératoire, elle s'oblitérera souvent spontanément ; du reste une deuxième intervention est toujours possible.

Pour faire l'ablation d'un épithélioma du vagin, l'on peut employer le thermo-cautère, l'anse galvanocaustique, l'écraseur à chaîne ; mais l'on se servira le plus souvent du bistouri, qui permet d'obtenir la réunion, et l'on n'emploiera le thermo-cautère que dans les cas de vascularisation anormale de la tumeur.

L'opération par la voie vaginale présente beaucoup d'inconvénients, surtout lorsque la tumeur occupe son siège habituel, c'est-à-dire la partie supérieure de la paroi postérieure du vagin, ou lorsque l'on a affaire à des néoplasmes très-étendus. Les difficultés opératoires

sont nombreuses ; l'on ne manœuvre pas à l'aise ; l'on n'est pas sûr d'enlever la totalité du mal ; ces difficultés sont encore plus grandes, lorsque le vagin est très-étroit. De plus, si l'on ouvre le cul-de-sac péritonéal, on risque de l'infecter par des doigts ou des instruments qui viennent d'être en contact avec des tissus cancéreux.

Ces inconvénients sont tels que Fritsch, dans la dernière édition de son ouvrage, (Klinik der gebürtsh. Operat. 1894. 6^{me} édit.) dit qu'il se propose, à l'occasion, d'opérer les cancers du vagin par la voie sacrée. L'on peut songer, en effet, à opérer l'épithélioma du vagin par la voie sacrée, mais l'on se résoudra difficilement à une opération aussi grave, lorsque le vagin seul est intéressé.

Procédé de Pozzi et d'Olshansen. — Aussi le procédé opératoire que mon maître, M. Pozzi, employa récemment, et qu'il fit connaître à la société de chirurgie le 19 décembre 1894 (V. OBSERVATION I), pourra rendre de grands services dans certains cas de cancer du vagin.

Voici en quoi il consiste : Incision transversale du périnée, puis, en s'aidant du toucher rectal, dédoublement progressif de la cloison jusqu'au cul-de-sac de Douglas, que l'on ouvre, si c'est nécessaire, sans que le bistouri ait encore pénétré dans des tissus infectés. On libère complètement la tumeur dans tous les sens ; il est facile alors de la faire saillir à l'intérieur du vagin et de l'enlever en empiétant largement sur les tissus sains. Sutures du vagin et drainage du cul-de-sac à la gaze iodoformée. On peut alors, comme l'a fait M. Pozzi, terminer par une réunion de la plaie périnéale suivant

une ligne perpendiculaire au trajet de l'incision, faire en un mot une note de périnéorrhaphie à la Lawson-Tait.

Ce procédé offre les avantages suivants : Il donne de l'espace et permet d'enlever beaucoup plus complètement les parties malades ; ensuite l'incision du péritoine est faite avant que l'on ait touché aux tissus ulcérés.

La périnéotomie avec dédoublement de la cloison avait été conseillée, en 1889, par Zuckerkandl pour l'extirpation de l'utérus. Bien que Frommel ait employé une fois ce procédé pour faire l'hystérectomie, et qu'on puisse l'utiliser dans ce cas lorsque le vagin est très-étroit, l'application qu'en a faite M. Pozzi à l'extirpation des néoplasmes de la paroi postérieure paraît beaucoup plus rationnelle.

Tout récemment, Olshausen (Centralblatt für Gynäkologie, janvier 1895) recommande le même procédé (V. OBS. XXXVI, XXXVII). Il conseille de pousser la dissection aussi loin que cela sera nécessaire sur les parois latérales du vagin.

Si l'on éprouve quelque difficulté, en raison de l'étroitesse du vagin ou du volume de la tumeur, à pratiquer le dernier temps de l'opération, l'on pourra à l'exemple d'Olshausen, sectionner la paroi vaginale décollée, depuis son bord périnéal jusqu'au néoplasme, et rabattre les deux lambeaux ainsi formés. L'on aura alors beaucoup de jour, et il sera facile d'exciser tous les tissus malades.

Quelle conduite devra-t-on tenir *quand le col de l'utérus sera intéressé* ?

Le procédé que nous venons de décrire a été aussi employé par Olshausen pour enlever l'utérus en même temps que les parties malades du vagin. Dans ce cas, les temps préliminaires de l'opération sont les mêmes. Lorsque le cul-de-sac de Douglas a été ouvert, on renverse l'utérus en arrière dans l'espace situé entre le vagin et le rectum, puis on sectionne les ligaments en les liant au fur et à mesure en allant des trompes vers le col. Puis on enlève, avec les ciseaux le cancer du vagin et l'on termine l'hystérectomie après décollement de l'utérus et de la vessie.

L'on peut aussi, lorsque l'utérus et le vagin sont envahis simultanément sur une grande étendue, intervenir par la voie sacrée. (V. OBS. XXXVIII). Notons que plusieurs auteurs, Zweifel, Herzfeld, Morestin, Westermak, considèrent justement, comme une indication de l'hystérectomie sacrée, l'envahissement des parois du vagin par le cancer. Dans les cas d'épithélioma primitif du vagin ayant envahi le col, cette intervention pourrait donc être justifiée.

D'autres chirurgiens préféreront, lorsque cela sera possible, enlever d'abord l'épithélioma du vagin et faire ensuite l'hystérectomie vaginale (V. OBS. XXXIV).

Que si l'on hésite à faire courir aux malades la chance d'une opération aussi grave que l'hystérectomie, sacrée ou vaginale, étant donné surtout le petit nombre de succès thérapeutiques signalés jusqu'à présent, l'on pourra se contenter de pratiquer, comme A. Martin l'a fait plusieurs fois, l'amputation du col et d'enlever ensuite la tumeur du vagin.

Si l'épithélioma a envahi *les parois du rectum*, et qu'il ne soit plus possible de dédoubler la cloison, l'on pourra encore pratiquer des opérations utiles.

« Chez une femme dont le cancer occupait toute la cloison recto-vaginale en partie détruite et donnant lieu à un cloaque, v. Eiselberg pratiqua d'abord la résection du coccyx, et établit un anus artificiel dans la région sacrée après avoir extirpé tout le néoplasme ; la plaie fut ensuite réunie par des points de suture, et l'utérus ayant été abaissé, on fixa le col à l'extérieur, au niveau de la peau. La guérison se fit rapidement ; les règles furent librement évacuées à l'extérieur, et les selles ne tardèrent pas à être retenues. Cette conduite hardie mérite d'être imitée. » (Pozzi. *Traité de Gynécologie*).

Citons à ce propos le cas de Rüter qui se servit aussi de l'utérus abaissé pour reconstituer la paroi vaginale postérieure, bien que dans son cas la paroi rectale n'ait pas été ouverte, (V. OBS XXXV).

L'on pourrait aussi, lorsque le sacrifice de la cloison serait nécessaire, employer le procédé qu'imagina Leprévost, du Havre, dans un cas de cancer de la paroi antérieure du rectum ayant envahi la cloison (in Thèse de Forterre, Paris 1892). Il disséqua d'abord un lambeau semi-lunaire occupant toute la largeur du périnée, dont la concavité embrassait la fourchette, et dont la convexité confinait à l'an us. La muqueuse vulvaire fut divisée sur la ligne médiane, en avant des caroncules myrtiliformes, de telle sorte que le lambeau était complètement libre et flottant dans ses parties moyennes,

tandis que par ses extrémités il ne continuait avec les grandes lèvres. Ensuite ablation de la cloison depuis le voisinage du cul-de-sac postérieur jusques et y compris la demi-circonférence antérieure du sphincter anal. Puis, le lambeau périnéal fut attiré à la rencontre du cul-de-sac postérieur du vagin, et fixé au lambeau vaginal supérieur par des points de suture, de telle sorte que sa face cruentée regardait le vagin et sa face cutanée la cavité du rectum. Enfin le chirurgien termina en abaissant par glissement la paroi antérieure du rectum et en la fixant par quelques crins de Florence à la place périnéale. Suites très simples ; résultats fonctionnels excellents, absence de récédive au bout de deux ans.

Notons que l'opération de Kraske pourrait aussi être utilisée dans les cas du cancer envahissant sur une certaine étendue les parois du rectum.

Lorsque la *vessie est intéressée*, l'on peut se contenter d'opérer par la voie vaginale, à moins que l'utérus ne soit envahi en même temps, auquel cas l'on peut intervenir aussi par la voie sacrée.

Que doit-on faire lorsque le cancer s'est propagé aux ganglions ? Nous ne parlons pas, bien entendu, des cas rares où la palpation permettra de sentir des masses ganglionnaires dans le bassin. Mais, lorsque l'on constatera une adénopathie inguinale, quelle sera la conduite du chirurgien ? D'après certains auteurs, entre autres Péan, l'adénite inguinale est une contre-indication de toute opération. Il semble pourtant que l'on serait autorisé à agir pour le cancer du vagin comme

pour le cancer d'autres organes, du sein par exemple, et que l'on pourrait enlever les ganglions inguinaux engorgés ou même simplement sensibles, comme cela a été fait du reste en certains cas. (V. obs. xx).

Comme on le voit, le chirurgien aura à sa disposition un nombre assez considérable de procédés. Il choisira l'un ou l'autre suivant l'étendue des lésions. L'état général, l'âge de la malade, son énergie, son désir d'être opérée radicalement, devront aussi entrer en ligne de compte, surtout lorsqu'il s'agira d'entreprendre une opération grave, comme quelques-unes que nous venons de signaler.

Les suites sont si peu favorables qu'elles n'engageront guère la majorité des opérateurs à pratiquer certaines de ces interventions. On peut ajouter, il est vrai, qu'en faisant des extirpations complètes, comme on a une tendance à le faire aujourd'hui, les statistiques deviendraient un peu moins sombres.

Quoiqu'il en soit, actuellement, les résultats sont loin d'être brillants. « Toutes mes malades ont été atteintes de récidives, dit A. Martin, et cependant je suis persuadé d'avoir, tout au moins dans la plupart des cas, opéré dans des tissus sains. »

Sur 16 malades opérées à la clinique d'Olshausen, il y eut 15 récidives rapides ; une seule ne présentait pas de récidive au bout de deux ans. (V. obs. xx).

En enlevant les récidives à mesure qu'elles apparaissent, en suivant les malades, on parvient, dans quelques cas exceptionnels, à prolonger leur vie deux ou trois ans.

L'opérée de Rüter ne présentait pas de récurrence deux ans après l'opération, et avait même eu un accouchement normal. Mais ces faits sont très rares. Dans l'immense majorité des cas, la récurrence survient au bout d'un ou deux mois, et les malades succombent en général dans l'année qui suit l'opération. Notons que les cas opérés sont choisis souvent parmi les plus favorables, et l'on se rendra compte une fois de plus de l'extrême malignité de l'affection.

Dans beaucoup de cas, les désordres sont si étendus, la cachexie si prononcée, qu'il est impossible de penser à autre chose qu'à une *opération palliative*. Le grattage à la curette des fongosités cancéreuses et leur cautérisation au cautère actuel, suivant la pratique de M. Pozzi, constituera le traitement de choix pour arrêter les hémorrhagies et les sécrétions fétides. Débarrassées du foyer d'infection constitué par les masses bourgeonnantes et ulcérées de l'épithélioma, n'étant plus affaiblies par des hémorrhagies continuelles, les malades reprendront une certaine vigueur, et l'on assistera quelquefois à de véritables transformations. En répétant plusieurs fois cette intervention, l'on peut arriver à prolonger quelque peu leur existence.

L'on recommandera aussi les injections chaudes de solutions antiseptiques, au sublimé, à l'acide phénique, mais surtout au permanganate de potasse, qui fait disparaître assez rapidement la mauvaise odeur des sécrétions.

L'on peut aussi enlever les masses fongueuses au

thermo-cautère ou au galvano-cautère. Nous ne dirons rien des injections interstitielles dans le tissu de la tumeur, de l'emploi des caustiques chimiques, etc. Ce sont des moyens qui ont pu rendre des services dans quelques cas particuliers, mais qui ne sont plus guère employés de nos jours.

L'on n'hésitera pas, dans les cas de violentes douleurs, à prescrire, largâ manu, la morphine sous toutes ses formes, injections sous-cutanées, suppositoires, etc.

Devra-t-on intervenir pendant la grossesse ?

Il semble que l'on puisse se rallier à l'opinion de Schroeder. D'après lui, les grosses tumeurs doivent être extirpées ; on pourra ne pas toucher aux petites qui n'empêcheront pas le cours de la grossesse.

Lorsqu'on découvrira la tumeur seulement au *moment de l'accouchement*, l'on se basera sur les considérations particulières à chaque cas. Les malades dont Brückner et Bailly rapportent les observations mirent au monde des enfants vivants, malgré l'existence de tumeurs volumineuses.

Si la tumeur était petite, pédiculée, et qu'on pût l'enlever facilement et rapidement, on serait en droit, semble-t-il, d'en faire l'ablation avant de pratiquer l'accouchement.

Si il y a urgence de le terminer promptement, deux cas peuvent se présenter. Si l'enfant est mort, l'on pourra recourir à l'embryotomie, sans se dissimuler sa gravité dans ces circonstances.

Si l'enfant est vivant, l'on devra recourir, comme

Spiegelberg et Fritsch le conseillent, à l'opération césarienne. Péan se rallie à cette opinion ; « car, dit-il, en présence de pareilles tumeurs, le chirurgien doit s'attacher à conserver la vie de l'enfant, qui seule, n'est pas directement compromise. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Epithélioma primitif du vagin. — Ablation par la périnéotomie avec dédoublement de la cloison. (1)

Mademoiselle X., 43 ans ; surveillante aux Enfants-Assistés.

Femme petite, d'aspect chétif.

Antécédents héréditaires. — Sa mère est morte à 51 ans d'un cancer de l'utérus. Son père paraît avoir succombé à un cancer de l'estomac. (Il aurait eu des hématomés, de l'anasarque, une coloration jaunâtre de la peau.)

Antécédents personnels. — Jamais malade dans sa jeunesse. Réglée à 17 ans 1/2. Les règles ont toujours été régulières, sans douleur, sauf dans ces derniers temps où elles apparaissent irrégulièrement (retards). Il y a 10 ans, hémorragies abondantes causées par un polype qui est opéré en octobre 1884 par Martineau.

Le début de l'affection paraît remonter au mois de juin 1894. A ce moment la malade s'aperçoit d'un écoulement vaginal, d'abord roussâtre, puis jaunâtre et épais, qui tache le linge et répand une odeur fétide ; parfois cet écoulement prend une coloration plus foncée, d'un rouge brun. A peu près à la même époque, commencent les premières douleurs. La malade entre à l'hôpital Pascal, dans le service de M. Pozzi, le 7 novembre 1894.

Actuellement, les douleurs ont augmenté d'intensité ; c'est

(1) Cette malade a été l'objet d'une communication de M. Pozzi à la Société de Chirurgie, (19 décembre 1894).

surtout la nuit qu'elles tourmentent la malade. Elles siègent à la région lombaire et s'irradient dans les cuisses surtout la cuisse gauche. L'écoulement vaginal persiste avec les mêmes caractères, qu'au début. Il n'y a jamais eu de pertes de sang dans l'intervalle des règles.

Peu d'appétit ; constipation ; quelques douleurs pendant la défécation. Miction normale. Le toucher révèle l'existence d'une tumeur du volume d'une petite mandarine, implantée sur la paroi postérieure du vagin, atteignant le cul-de-sac, au voisinage du col. Il y a, entre le col et la tumeur une bande de tissu sain large de 1 cent. 1/2 environ. Le col est petit (la malade n'a eu ni accouchement ni fausse couche), l'utérus normal. La tumeur est irrégulière, anfractueuse ; son tissu est assez ferme ; néanmoins l'examen amène un petit suintement sanguin.

Le spéculum et le toucher rectal confirment les données fournies par le toucher digital. Pas de ganglions inguinaux.

Diagnostic : Epithélioma du vagin.

Opération le 14 novembre. — Incision transversale du périnée de 8 centimètres environ. L'index de la main gauche est alors introduit dans le rectum, et au ciseau, on cherche à séparer la paroi vaginale de la paroi rectale. Au cours de cette dissection difficile, le rectum est ouvert d'un coup de ciseaux sur une étendue de 1 centim. ; une pince est placée provisoirement sur l'orifice ainsi créé et la dissection est continuée.

Il y a une hémorragie assez abondante, si bien que l'opérateur se guide plus sur son doigt qu'à la vue. Peu à peu, il dédouble la cloison recto-vaginale et finit par arriver jusqu'au cul-de-sac de Douglas qu'il ouvre. Mettant alors le doigt en crochet dans le dédoublement de la cloison, il peut faire saillir le néoplasme, et l'enlever complètement en dépassant les limites de 1/2 centimètre environ sur les parties latérales.

Suture partielle du vagin, et drainage du cul-de-sac de Douglas à la gaze iodoformée. On fait un petit surjet au catgut sur la plaie accidentelle du rectum, puis, l'opération est terminée

par une périnéorrhaphie de Lawson-Tait (sutures longitudinales de la plaie transversale) avec sutures profondes.

Suites immédiates. La malade souffre beaucoup les six premiers jours. Il n'y a pas eu d'ailleurs d'élévation de température, ni de phénomènes péritonéaux. Le premier pansement est fait au bout de 48 heures et la mèche du cul-de-sac de Douglas est enlevée. Il s'était produit un suintement sanguin assez considérable. Le pansement est ensuite refait le 4^e jour. On s'aperçoit alors qu'il passe quelques matières fécales par le vagin. Les pansements sont alors faits tous les jours. Peu à peu la fistule se rétrécit spontanément, et, au bout de quelques semaines, est presque complètement fermée. Au toucher et à la vue, on peut constater que le néoplasme a été complètement enlevé.

Cependant, l'on sent encore un petit noyau induré, gros comme une demi-lentille, qui peut-être n'est qu'un bourgeon charnu, mais qui peut aussi être un nodule de mauvaise nature. *Sort le 20 décembre.* La malade revient se faire visiter dans les premiers jours de février. Elle ne souffre presque plus, n'a plus de pertes blanches. La fistule est parfaitement fermée. Mais au toucher on sent encore à la partie supérieure du vagin le petit nodule dont il est question plus haut et qui paraît avoir augmenté légèrement de volume.

EXAMEN MICROSCOPIQUE PAR M. LATTEUX : « *Epithélioma lobulé du vagin.* — Le fragment qui nous a été remis était environ de la grandeur d'une pièce de 2 francs, et d'une épaisseur de 1/2 centimètre. Il comprenait la muqueuse vaginale modifiée et une portion de la couche musculieuse sous-jacente. La surface était hérissée de papilles ou fongosités analogues à des choux-fleurs, et tellement multipliées et dichotomisées que pour en faire une coupe nous avons dû inclure le fragment dans la celloïdine.

1^o *Examen d'ensemble.* — En allant de la surface vers la profondeur nous trouvons :

a) Une région déchiquetée, composée de villosités flottantes, irrégulières, constituées par du tissu épithélial plus ou moins dissocié.

b) Une zone caractérisée par un tissu conjonctif assez dense, pénétré en tous sens par des infiltrations épithéliales sous forme de boyaux s'irradiant dans toutes les directions, et envoyant des prolongements s'anastomosant à l'infini avec les éléments voisins analogues.

c) Plus profondément, on rencontre des masses généralement arrondies, de même structure et qui jouent le rôle de colonnes d'invasion.

d) Enfin l'on trouve le tissu conjonctif profond et absolument infiltré dans toute son étendue par d'innombrables cellules embryonnaires, surtout abondantes au pourtour des gros vaisseaux dont les parois sont manifestement épaissies. Cette prolifération cellulaire n'est pas arrêtée par la couche musculuse et se prolonge entre les faisceaux, jusqu'à la limite de la zone de section.

2° *Examen de détail.* — 500 diamètres. — Les boyaux épithéliaux sont formés de petites cellules très-irrégulièrement disposées, et tellement soudées entre elles qu'il est fort difficile de distinguer leur forme. Nous en avons cependant isolé quelques-uns de forme cubique ou polyédrique.

Elles possèdent un gros noyau granuleux avec nucléole. En des points nombreux, les éléments se montrent en pleine kératinisation, ce qui fait qu'on observe au milieu des éléments décrits ci-dessus une grande quantité de noyaux de prolifération en liberté.

Ajoutons enfin qu'en quelques endroits limités, nous avons observé la formation de globes épidermiques prenant naissance dans la partie centrale des plus grosses ramifications. »

OBSERVATION II (due à l'obligeance du D^r Demay)

M^{me} L..., 42 ans, se présente à la consultation du docteur Demay, le 15 septembre 1894, et lui expose que, depuis 5 à 6 mois, elle est sujette à des hémorrhagies qui ne surviennent d'ailleurs qu'à la suite de l'introduction dans le vagin de la canule destinée à assurer ses soins de toilette.

Ces hémorrhagies, peu abondantes et peu fréquentes au début, ont augmenté dans ces derniers temps et se reproduisent à chaque injection. En dehors de ce symptôme qui inquiète la malade, celle-ci ne ressent aucune douleur dans les organes génitaux ; la marche la fatigue un peu, mais l'état général reste bon.

Pas d'antécédents héréditaires ni collatéraux. Il est bon d'ajouter que M^{me} L. a eu un enfant en décembre 1886, mort en nourrice de gastro-entérite à 18 mois. L'accouchement a été pénible. L'on a dû faire un forceps et, la rotation ne pouvant s'effectuer, dégager en occipito-sacrée. M. Demay s'est assuré après l'accouchement qu'il n'y avait aucune lésion du conduit vaginal ; les suites de couches ont été excellentes. Pour ce motif, et en raison du temps écoulé entre l'accouchement et le début des accidents, il semble bien difficile d'invoquer le traumatisme comme point de départ des accidents actuels.

L'examen direct permet de faire les constatations suivantes.

Dès l'entrée du vagin, à 2 centimètres de la fourchette, le doigt tombe sur une masse de circonstance molle, saignant au moindre contact, du volume d'une mandarine, à très-large base d'implantation, occupant la paroi postérieure, et séparée du cul-de-sac par un pont de tissu sain. Culs-de-sac libres ; utérus mobile ; rien d'apparent dans les annexes. Le doigt ramène aisément un débris de la grosseur d'une noisette qui a permis au docteur Latteux de faire l'examen histologique. L'examen au spéculum, tenté avec les plus grandes précautions, provoque une hémorrhagie assez forte et confirme les signes fournis par le toucher. La tumeur apparaît avec l'aspect de saillies multiples, d'aspect framboisé, et occupant la plus grande partie de la paroi postérieure du vagin. Le col et les culs-de-sac apparaissent indemnes, du moins à la vue.

Par le toucher rectal, on sent la tumeur faisant saillie dans l'intestin ; mais la muqueuse est saine et mobile sur la masse.

Le docteur Demay perdit ensuite la malade de vue et apprit seulement qu'après un séjour à la campagne, elle était entrée à

L'Hôpital International le 28 octobre, dans le service de M. Péan.

Notre ami le docteur Delaunay, qui voulut bien nous donner les renseignements suivants, confirme le diagnostic d'épithélioma primitif du vagin. Il fit un curettage des fongosités et une cauterisation au fer rouge, pour arrêter les hémorrhagies, se proposant de faire ensuite une opération plus complète, telle que l'ablation de la paroi postérieure du vagin, après dédoublement de la cloison. En cas d'adhérence ou d'envahissement de la paroi de l'intestin, il se serait comporté, comme s'il eût été en présence d'un cancer du rectum, en incisant la cloison recto-vaginale entre deux pinces. Puis une fois la tumeur enlevée, il aurait abaissé la partie supérieure du rectum en dédoublant ce qui restait de cloison pour faciliter le glissement, et suturé les bords de l'incision vaginale. Ce procédé était applicable parce que le tiers supérieur du vagin était indemne. Malheureusement, 5 à 6 jours après le curettage, la malade eut un adéno-phlegmon de l'aîne gauche. Elle rentra chez elle, et mourut peu de temps après, probablement de septicémie.

EXAMEN HISTOLOGIQUE PAR M. LATTEUX : « *Epithéliome papillaire du vagin à forme encéphaloïde*. — Cette pièce fort curieuse nous a été fournie par le docteur Demay. Elle provient d'une de ces malades chez qui il a prélevé un fragment, destiné à l'examen et que nous avons étudié *ensemble*. Nous trouvons un aspect tout différent de la pièce précédente (V. observ. 1). Au lieu de boyaux pénétrant dans la profondeur des tissus, nous avons au contraire une forme qui a plutôt évolué à l'extérieur. Sur la coupe, nous observons des mamelons divisés à l'infini, et composés de petites masses bombées, constituées par d'innombrables petites cellules à noyaux relativement volumineux et solidement agrégées entre elles. L'aspect est celui des ramifications de certains polypores en botanique. Le tout est réuni par de faibles cloisons de tissu conjonctif très-embryonnaire et suffisamment vasculaire.

En résumé, dans le premier cas, autant de stroma fibreux que

de tissu épithélial. Dans le second, presque uniquement du tissu épithélial, d'aspect encéphaloïde, avec de faibles cloisons grêles de séparation. »

OBSERVATION III

Epithélioma primitif du vagin. — Curage et cautérisation.

M^{me} D. 67 ans. — Rien à signaler au point de vue des antécédents héréditaires ou collatéraux. La malade s'est toujours bien portée. Réglée à 12 ans. Règles régulières, assez abondantes, non douloureuses. Mariée à 19 ans; a eu trois enfants; accouchements normaux, à terme. Ménopause il y a 12 ans.

Il y a deux ans, la malade a eu de légères pertes de sang de deux ou trois jours de durée, auxquelles a succédé un écoulement blanchâtre. Jamais de douleurs dans le bas-ventre; pas de douleur en urinant, ni en allant à la selle. Il y a trois semaines, les hémorrhagies se sont reproduites, et n'ont pas disparu depuis. Entre à l'hôpital Pascal, dans le service de M. Pozzi, le 8 mai 1894.

Le toucher vaginal révèle l'existence d'une plaque végétante, saignante et de consistance assez ferme, occupant toute la paroi postérieure du vagin. Les limites en sont assez nettes. En bas, elle s'arrête à un centimètre et demi environ de l'orifice vulvaire; sur les côtés, elle s'arrête au niveau des bords latéraux du vagin; en haut, elle occupe tout le cul-de-sac postérieur et a déjà envahi la lèvre postérieure du col de l'utérus. La lèvre antérieure du col et la paroi antérieure du vagin sont complètement indemnes. Le toucher rectal permet de constater que la muqueuse intestinale est libre de toute adhérence, mais les plans profonds du rectum paraissent envahis par l'infiltration néoplastique, car ils ne sont pas mobiles. Dans les aines, quelques petits ganglions non caractéristiques.

Diagnostic : Epithélioma primitif du vagin ayant envahi secondairement le col. Vu l'âge de la malade et l'impossibilité de tout enlever, on s'en tient au traitement palliatif.

10 mai. — Anesthésie. Curettage de toutes les fongosités avec

la large curette de Simon. Pour éviter la perforation du rectum, un doigt est introduit dans l'anus et permet de mieux diriger la curette. Toutes les végétations ont été enlevées, et il ne reste plus qu'une base indurée, sur laquelle est appliquée à plusieurs reprises le cautère actuel. L'hémorrhagie, d'abondance moyenne, due à l'ablation des fongosités, est arrêtée par le fer rouge. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Suites très simples : Les pertes de sang disparaissent ; la malade a seulement quelques pertes d'un liquide roussâtre, très-peu abondantes. Elle quitte l'hôpital le 19 mai.

L'intervention est suivie de trois mois de répit, pendant lesquels la malade vague à ses occupations, ne souffre pas et n'a plus de pertes de sang. A la fin du mois d'août, les hémorrhagies réapparaissent, mais moins abondantes. Comme elles persistent, la malade rentre de nouveau à l'hôpital le 15 janvier 1893. A l'examen, l'on constate que les lésions se sont étendues en avant : la lèvre antérieure du col et le cul-de-sac vaginal antérieur sont envahis et détruits. Le col est entièrement détruit, et il serait impossible aujourd'hui de savoir par où a débuté le néoplasme. La paroi vaginale postérieure est épaissie, légèrement indurée, mais ne présente pas l'aspect végétant qu'elle avait lors de la première intervention.

Au toucher rectal, on constate encore l'intégrité de la muqueuse rectale ; d'ailleurs la malade n'éprouve aucune douleur de ce côté. Les mictions sont plus fréquentes et un peu douloureuses depuis deux mois, ce qui explique l'envahissement du cul-de-sac vaginal antérieur.

La malade n'a d'ailleurs aucune douleur et son état général est bon. Depuis huit mois, elle n'a guère maigri. Elle va et vient et ne se plaint que de ses pertes rouges continues, mais peu abondantes. Pas de pertes blanches.

20 janvier. Nouvelle opération. Ablation avec une large curette, de la plaque indurée de la paroi vaginale postérieure, et des quelques fongosités du col utérin. Hémorrhagie légère.

Cautérisations au fer rouge (cautère actuel) de toute la surface néoplasique. Pansement iodoformé.

Suites immédiates très simples. La malade ne perd plus de sang et quitte l'hôpital 8 jours après, très-satisfaite de cette nouvelle intervention.

Examen histologique par M. E. Coffin.

« Il est impossible de retrouver sur la coupe les éléments d'un tissu normal. Tout le champ de la préparation est occupé par des lobules de forme plus ou moins régulière et à peine séparés les uns des autres par de minces fibres de tissu conjonctif. Ces lobules sont cependant très distincts les uns des autres, et toutes les cellules qui les constituent sont orientées vers le centre du lobule. Elles sont cylindriques à la périphérie, puis dentelées et enfin aplaties. Le centre de ces lobules n'est pas occupé par des globes épidermiques ; sur de nombreux lobules, on trouve en ce point un vide dû à ce que les cellules qui le constituent ont été arrachées. Dans les lobules où elles ont subsisté, on remarque qu'elles ont un aspect vésiculeux et que l'on n'y retrouve plus ni noyau, ni nucléole. Elles ont subi la dégénérescence colloïde. Cette tumeur appartient donc à la classe des épithéliomes lobules à type colloïde. »

Cet examen a porté sur des fongosités enlevées par la curette, lors de la dernière intervention.

OBSERVATION IV (1)

Epithélioma du vagin.

Augustine C..., 72 ans, entrée en octobre 1888, salle Lisfranc, n° 2 (Hôtel-Dieu). Malade cachectisée, présentant un degré d'émaciation très prononcé. Dans les régions inguinales, on trouve des ganglions très-hypertrophiés, principalement à gauche, où ils forment une grosse masse, paraissant pénétrer dans le bassin. Au point culminant, la peau, sur une surface de

(1) Due à l'obligeance de notre collègue et ami F. Jayle.

8 centimètres sur 3, est violacée, amincie et perforée au centre : il en sort un liquide muco-purulent.

Le début remonte à deux ans. L'examen au spéculum montre l'existence sur la paroi vaginale droite d'une plaque indurée, saignant au moindre attouchement, de la largeur d'une pièce de deux francs, offrant tous les caractères d'une plaque cancéreuse. Rien ailleurs. Albumine dans les urines. La malade continue à se cachectiser et s'éteint lentement, le 11 novembre 1888.

12 Novembre. — Autopsie. — Les poumons, cœur, foie et rate ne présentent aucune lésion d'ordre aigu. Les reins sont atteints de néphrite interstitielle, ils sont petits, scléreux, rétractés, non kystiques ; la substance corticale est réduite à un ou deux millimètres. Les ganglions inguinaux de l'aîne sont cancéreux des deux côtés ; à gauche, ils sont en outre suppurés. Utérus sain et atrophié. La plaque épithéliomateuse est restée parfaitement localisée.

OBSERVATION V (1)

Epithélioma du vagin.

B... âgée de 45 ans, entrée le 10 mai 1890, à l'hôpital Lariboisière, salle E. Roy. Cette malade, de robuste constitution, vient à l'hôpital pour une tumeur d'aspect inflammatoire de la région de l'aîne gauche, dont l'apparition remonte à quelques jours. Cette tumeur a débuté manifestement au niveau des ganglions inguinaux, et s'est peu à peu étendue à toute la région du pli de l'aîne.

10 mai. — La peau est un peu rouge et œdématiée, et il existe de l'empâtement profond. La palpation est douloureuse et permet de constater, au milieu de l'œdème du tissu cellulaire, une induration occupant le pli de l'aîne et remontant dans la fosse iliaque. Les mouvements spontanés de la cuisse sont impossibles, mais on peut faire exécuter certains mouvements qui, bien

(1) Communiquée par F. Jayle.

que limités, permettent de démontrer que l'articulation coxo-fémorale est saine. Le membre inférieur gauche est légèrement œdématié. Pas de fièvre.

18 mai. L'empâtement inguinal a augmenté, et la peau est rouge et soulevée par une tumeur dure, non fluctuante, située au milieu du pli de l'aîne et gagnant la fosse iliaque. Le membre inférieur est toujours œdématié. Le diagnostic reste toujours hésitant. Y a-t-il adéno-phlegmon de l'aîne ? Est-on en présence d'une tumeur épiploïque, étranglée et sphacélée, bien qu'il n'y ait pas de signes d'étranglement ? Ce dernier diagnostic étant écarté par suite de l'absence de toute hernie crurale antérieure, on s'arrête à celui d'adénite inflammatoire. Mais l'origine n'en est pas apparente. On ne trouve en effet rien sur le membre inférieur, ni sur la fesse, ni à l'anus, ni sur la vulve. Avant de pratiquer le toucher vaginal, et malgré l'allure inflammatoire de l'adénite, on pense qu'il pourrait s'agir d'une adénite cancéreuse, consécutive à un épithélioma du vagin, analogue à celle observée autrefois sur une autre malade. (Voir observ. IV). Le toucher conforme l'hypothèse, et permet de sentir sur la paroi latérale gauche du vagin une plaque indurée, saillante, irrégulièrement arrondie, à surface anfractueuse, des dimensions d'une pièce de deux francs, et qui n'est autre qu'un épithélioma. Ce dernier était resté à l'état latent, n'avait déterminé aucune perte, et seule l'adénite inguinale avait attiré l'attention. La marche n'a pu être suivie, la malade ayant quitté l'hôpital quelques jours plus tard.

OBSERVATION VI (1)

*Epithélioma circulaire de la partie moyenne du vagin. —
Curettage.*

Madame X... 55 ans, est entrée en mars 93, à l'hôpital Cochin, service de M. Quenu. Elle présente un épithélioma de la partie moyenne du vagin. La tumeur est circulaire et a déter-

(1) Communiquée par notre ami Savariaud, interne d'hôpitaux.

miné un rétrécissement du vagin. La tumeur adhère au rectum et à la vessie. Les douleurs, les écoulements fétides et les hémorrhagies déterminent le chirurgien à pratiquer un curettage de la tumeur. Une partie des bourgeons charnus sont abrasés à la curette tranchante. Le vagin est bourré de gaze iodoformée. Les suites opératoires ont été très-simples. L'écoulement a été presque totalement supprimé, et l'état général s'étant en peu amélioré, la malade est sortie de l'hôpital et n'a pas été revue.

OBSERVATION VII (1)

Epithélioma péri-urétral.

Elisabeth A... 50 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, service de M. Reclus, le 14 novembre 1894.

La malade se plaint d'un écoulement vaginal et de douleurs en urinant. On constate : 1° un gros fibrome utérin, de la grosseur d'une tête d'adulte, qui ne détermine aucun symptôme ; 2° à l'entrée du vagin une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Cette tumeur est développée aux dépens de l'orifice urétral. Sa couleur est blafarde, son aspect mamelonné ; sa consistance dure ; sa mobilité très-bornée. Elle s'implante par un large pédicule sur l'orifice vaginal. La tumeur secrète abondamment du pus à odeur repoussante. On a cherché à préciser les rapports de la tumeur avec l'orifice urétral. Celui-ci se dérobe d'abord aux recherches les plus attentives. On est obligé, pour le découvrir, de faire uriner la malade dans la position du spéculum. On voit alors l'urine sourdre par un très petit orifice qui admet une sonde en gomme de 1 millimètre à peine, et qui conduit à la vessie. Il s'agit très-probablement de l'orifice urétral rejeté sur le côté droit et dans le sillon d'implantation de la tumeur. Cependant son aspect et ses dimensions sont tellement changés qu'on pourrait penser à une fistule.

On remarque de plus sur la vulve un épaissement de l'épi-

(1) Communiquée par M. Savariaud.

derme, qui est blanchâtre et ressemble à de la *leucoplasie*. M. Reclus fait exciser une partie de la plaque laiteuse. L'examen histologique fait par M. Pilliet montre qu'il ne s'agit pas de leucoplasie.

L'extirpation de la tumeur ayant été jugée à peu près impossible, et surtout peu profitable, vu ses connexions avec la vessie, la malade sort de l'hôpital le 6 janvier 1895, et n'a pas été revue.

OBSERVATION VIII

Varices des veines du ligament rond, simulant une hernie inguinale. — Anomalie remarquable dans la disposition générale du péritoine. — Cancer de la paroi antérieure et du vagin. — Intégrité de l'utérus, dont la lèvre antérieure est proéminente et molle. — CRUVEILHIER (Bulletin de la société anatomique, 1827).

Sur une femme de 60 ans, destinée à mon cours d'anatomie, il existait : Deux tumeurs inguinales, simulant deux hernies graisseuses ou épiploïques formées par les veines variqueuses du ligament rond.

Je regarde la dilatation variqueuse des veines des ligaments ronds comme provenant de la même cause que celle des veines sous-cutanées des extrémités inférieures. Cette cause était probablement le cancer des parois adossées du vagin et de la vessie.

Sur ce même sujet, enfin, il existait une affection cancéreuse de la moitié inférieure de la paroi antérieure du vagin, avec communication du vagin dans la vessie par une large perte de substance. Toute la surface de ces ulcères carcinomateux était couverte d'eschares gangréneuses, comme d'ailleurs tous les cancers ulcérés qui pénètrent dans la vessie. Le bas de cet ulcère était blanchâtre, fragile et bosselé. Plusieurs bosselures faisaient saillie dans la vessie, et l'une d'elles était recouverte par un calcul d'acide urique comme par une espèce de couver-

cle. Le col utérin présentait une lèvre antérieure proéminente, en forme de mamelon conique, d'une consistance molle. Ce mamelon qui avait un demi pouce de longueur, était formé par le tissu de l'utérus, ramolli, mais d'ailleurs dans un parfait état d'intégrité. Cette mollesse générale du corps de l'utérus provenait sans doute de la part que prenait cet organe à l'altération du vagin. Le siège du cancer à la partie inférieure de la paroi antérieure du vagin, l'utérus étant intact, n'est pas rare. Cette partie du vagin a une structure plus dense, rugueuse, mamelonnée, elle est d'ailleurs pourvue d'un plus grand nombre de vaisseaux et de nerfs, et plus susceptible des causes d'irritation. La proéminence de la lèvre antérieure du col de l'utérus ramolli mérite de fixer l'attention, à une époque où l'extirpation du col est si fréquemment mise en usage

OBSERVATION IX (RÉSUMÉE)

Cancer des parois adossées du vagin et du rectum. CRUVEILHIER.

Louise M., 59 ans. Une seule grossesse ; menstruation peu régulière. Depuis 18 mois, pertes blanches considérables ; pas de pertes de sang. Souffrances médiocres. Depuis quelque temps, les matières fécales passent par la vulve.

Subitement, le 9 août, hoquets, vomissements, algidité, pouls filiforme, douleur à la région ombilicale, et mort le 14 août.

Autopsie : Le vagin et le rectum confondus forment un vaste foyer à parois gangréneuses, foyer que constituent en avant la paroi antérieure du vagin et en arrière la paroi postérieure du rectum. Aux limites de la gangrène du rectum et du vagin, on trouve une petite portion de tissu cancéreux qui atteste que la gangrène a été consécutive.

L'artère iliaque interne fut trouvée enflammée. Il est possible que l'artérite ait exercé dans ce cas quelque influence sur la gangrène.

OBSERVATION X

Cancer du vagin. LISFRANC

Madame.... portait sur la paroi postérieure du canal utéro-vulvaire à la hauteur de 12 centimètres environ (4 pouces) une induration superficielle et mobile qu'elle négligea pendant fort longtemps, malgré tous les conseils que je lui donnais ; cette tumeur, indolente lorsqu'elle n'était soumise à aucune pression, faisait éprouver des douleurs assez vives pendant le coït ; elle acquit le volume d'une petite noix ; elle se ramollit, un écoulement blanc et quelquefois séro-sanguin survint ; quelques douleurs lancinantes se firent sentir ; la malade me demanda alors de nouveaux avis ; je proposai une opération ; elle fut rejetée par plusieurs chirurgiens ; ils pensèrent que la mollesse de la tumeur ne permettait pas de l'abaisser, que le tissu qui la constituait ne résisterait pas à des tractions exercées sur elle, qu'il se déchirerait très facilement, qu'en la coupant sans la déplacer, il ne serait pas possible de l'enlever en totalité. Je persistai dans mon opinion ; car si l'on abandonnait l'affection morbide aux soins de la nature, la malade était vouée à une mort certaine, à laquelle on devait préférer nécessairement une fistule recto-vaginale, qu'on s'exposerait à produire en mettant en usage un procédé opératoire que j'ai imaginé depuis longtemps, et que j'ai souvent employé avec succès dans le rectum. Je répète que la tumeur trop molle n'aurait pas résisté aux tractions exercées par l'érigne sur son tissu ; je saisis le vagin avec cet instrument au-dessus de la maladie, que j'abaissai, je l'amenai dans l'orifice inférieur de ce canal ; je fis écarter les grandes et les petites lèvres ; je la disséquai avec beaucoup de soin ; je l'enlevai complètement ; l'intestin mis à découvert fut ménagé ; la malade guérit.

Si l'on craignait de déchirer la cloison, en mettant mon procédé opératoire en usage, on pourrait se servir du col de l'utérus pour abaisser le vagin.

OBSERVATION XI

Tumeur encéphaloïde de la paroi recto-vaginale. — Ablation par un procédé opératoire nouveau. — Guérison. — CHASSAIGNAC.

Les observations de cancer circonscrit des parois du vagin sont peu communes dans la science. En tant que complication et propagation du cancer-utérin, et moins souvent de celui de la vulve, le cancer du vagin est commun, il est rare comme affection limitée au vagin.

Au n° 9 de la salle S^{te}-Marie, est couchée la nommée Mathieu (Marie), âgée de 49 ans, entrée à l'hôpital Necker, le 17 juin 1844, pour une tumeur siégeant à la paroi postérieure du vagin. Interrogée sur les antécédents de sa maladie actuelle, cette femme nous apprend que sa menstruation avait toujours été régulière jusqu'à il y a 10 mois ; qu'après avoir eu des pertes sanguines répétées et abondantes, elle s'aperçut de l'existence d'une grosseur dans le vagin. Cette grosseur, d'abord peu volumineuse, s'est accrue considérablement au point de faire saillie à la vulve, sans déborder cependant les grandes lèvres, mais en apparaissant entre les petites. Les hémorrhagies ont été aussi en augmentant, de manière à mettre en danger les jours de la malade. Les caractères diagnostiques de la tumeur ont offert assez d'intérêt pour que nous croyons devoir y insister ; car certaines particularités de la tumeur auraient pu, faute d'un examen raisonné et approfondi, mettre en défaut l'observateur au début de son examen. Le toucher fait reconnaître une saillie fusiforme, faisant relief sur la paroi postérieure du vagin, du volume de deux doigts, et d'une longueur de trois travers de doigt ; c'est assez dire qu'elle remonte vers les parties élevées du vagin. A son extrémité supérieure, la tumeur ne peut être limitée d'une manière bien distincte par le toucher vaginal. A sa partie inférieure, la tumeur se termine par un renflement, comme fongueux, ayant, au toucher, la plus grande analogie avec un col de l'utérus boursoufflé par une désorganisation cancéreuse. Ce qui semble confirmer cette analogie, c'est qu'en pressant avec le doigt, on pénètre à son

centre dans une cavité qui se laisse dilater par l'extrémité du doigt à la manière d'un orifice utérin largement fissuré dans le sens transversal. Le résultat de ce premier examen fait par le toucher laisse quelques doutes sur le caractère de cette tumeur ainsi perforée ; mais immédiatement, on reconnaît qu'elle n'a rien de commun avec l'utérus ; car le doigt ayant été introduit profondément au-delà des limites supérieures de la tumeur, et la pulpe prononcée en divers sens sur le pourtour du fond du vagin, on reconnaît manifestement pendant que la pulpe est tournée à la partie antérieure, la saillie caractéristique formée par le col de l'utérus chez une femme qui a eu des enfants : savoir, une fente transversale, limitée par deux saillies ou lèvres.

Le doigt ayant été introduit dans le rectum, on reconnut que la paroi antérieure de cet intestin était le siège d'une tumeur bosselée, des mêmes dimensions que celle constatée par le toucher vaginal, et qui n'était évidemment que la moitié postérieure de cette tumeur. Le doigt porté fortement contre la surface de la tumeur, y pénétrait en quelque sorte, ce qui indiquait le ramollissement de son tissu. Les données recueillies par les deux modes d'exploration que nous avons signalés concordaient donc pour établir qu'une tumeur de nature cancéreuse, et probablement encéphaloïde, s'était développée dans l'épaisseur de la paroi recto-vaginale. Il s'agissait, pour acquérir des notions plus exactes sur le caractère de la maladie, de recourir à l'examen par le spéculum. Les valves étant écartées dans le sens transversal, de manière à recevoir en partie la tumeur dans leur intervalle, on reconnut que cette dernière présentait à son extrémité inférieure deux bosselures volumineuses et ramollies, faisant relief sur la paroi postérieure du vagin, et descendant au-dessous du lieu de leur implantation, ce qui donnait lieu à une sorte de fente transversale, limitée en arrière par la paroi du vagin, en avant par ces tumeurs, et dans laquelle le doigt s'engageait au moment où on pratiquait le toucher pour la première fois. Le siège de la tumeur étant dès lors parfaitement

précisé ainsi que sa nature, il s'agissait d'établir avec exactitude ses limites ; car l'abondance des hémorrhagies, et l'état exsangue et décoloré de cette femme nous faisaient un devoir de porter remède aux accidents qui menaçaient l'existence d'une manière immédiate ; la première chose à faire était de bien préciser les limites de la tumeur, afin de savoir si elle était réellement opérable. Afin de préciser la limite topographique, il était nécessaire de voir où la tumeur s'étendait en hauteur, jusqu'où elle s'étendait en latéralité. A l'aide d'un mouvement de bascule, imprimé à la tumeur en exerçant le toucher simultanément par le vagin et le rectum, il fut reconnu qu'une portion de la cloison recto-vaginale, parfaitement saine, existait entre le point le plus élevé de la tumeur et l'implantation de la paroi vaginale du col de l'utérus. Ayant acquis la certitude que l'on pouvait enlever d'une manière complète la tumeur au-dessous du cul-de-sac péritonéal, qui se réfléchit de la paroi postérieure du vagin sur la paroi antérieure du rectum, il était indispensable, pour faire l'opération avec sécurité, de s'assurer à quelle distance de la ligne médiane on devrait porter les incisions. Ce fut encore par le moyen des explorations vaginale et rectale faites simultanément, que l'on parvint à reconnaître qu'il existait sur les deux côtés de la tumeur une étendue de tissu sain suffisante pour que l'on pût enlever la totalité du mal sans s'exposer à blesser aucun organe important. Ce premier point éclairci, il s'agissait de la seconde question, celle de la limite organique, ou, si l'on veut, le point où s'arrête l'irradiation du cancer dans le système lymphatique. Sous ce rapport, nous établissons qu'on doit chercher dans deux régions très-différentes les irradiations lymphatiques d'un cancer des parois du vagin : 1° aux régions inguinales, et c'est là surtout qu'il faut diriger son attention quand le cancer siège dans la moitié inférieure du conduit ; 2° à la région ombilicale, sur la ligne médiane et sur les côtés, en déprimant les parois du ventre, lorsque le cancer occupe la moitié supérieure. L'examen de ces diverses régions ne présenta aucune tumeur ganglionnaire.

Voyant que, malgré l'état d'affaiblissement et de mauvaise coloration du teint chez cette malade, il n'y avait pas de contre-indication locale suffisante pour empêcher de mener à bien l'opération en elle-même, et que, d'autre part, les hémorrhagies répétées menaçaient incessamment la vie de cette femme, on décida qu'une opération serait pratiquée à l'effet d'extirper les parties malades. Les principales préoccupations dominant le plan de l'opération à adopter se rapportaient : 1° au danger d'atteindre le péritoine en détachant la partie supérieure de la tumeur ; 2° au danger des hémorrhagies pendant la dissection des parties latérales, car des plexus vasculaires, particulièrement veineux, existent à un degré de développement considérable sur les parties latérales du vagin.

L'opération fut faite le 24 juin 1844. La malade fut placée sur une table convenablement garnie, de manière que le bassin débordait complètement l'extrémité de la table. Les jambes fléchies sur les cuisses, et celles-ci sur le bassin, furent maintenues dans cette position par deux aides. On s'occupa ensuite d'un temps préliminaire de l'opération qui consista à placer sur les côtés de la tumeur dans les tissus sains, et à deux hauteurs différentes de chaque côté, des ligatures doubles dont nous indiquerons l'usage après avoir fait connaître la manière dont elle furent introduites.

L'instrument employé à cet effet est une aiguille analogue à celle qui est nécessaire pour l'opération de la cure radicale de la hernie, par le procédé de M. Gerdy. On sait que cette aiguille, renfermée dans une espèce de canule double, peut en sortir par la pression d'un bouton, de telle sorte que, renfermée dans sa canule, on peut la conduire à une cavité où l'œil ne pénètre pas, pour ne la faire sortir que quand on a bien précisé le point où les tissus doivent être perforés. Les seules modifications apportées à cette aiguille, dans le cas particulier, consistaient en une diminution de son volume, et en une ouverture pratiquée au chas de l'aiguille, de manière à convertir celui-ci en une sorte d'œil de perdrix ; de sorte qu'il est facile de débarrasser le fil du

chas de l'aiguille, quand celle-ci a franchi l'épaisseur de la paroi à traverser, et de la ramener ainsi privée de fil quand elle l'a conduit de l'autre côté de la paroi par laquelle elle est introduite.

Voici maintenant le double but qu'on se proposait en plaçant quatre ligatures doubles : on voulait, dans le cas d'une hémorrhagie grave, former, pour chaque côté, en unissant l'un des chefs d'une ligature supérieure avec le chef d'une ligature inférieure, former une anse susceptible d'être fermée en un anneau complet, de manière à comprendre dans cet anneau une certaine étendue de la paroi du vagin dans le sens vertical, et à comprimer de cette manière les vaisseaux compris dans l'épaisseur de la paroi recto-vaginale ; d'un autre côté, en unissant ensemble les chefs de deux ligatures correspondantes d'un côté à l'autre, former des anses transversales, susceptibles d'amener au contact les lèvres de la perte de substance faite aux parois du vagin.

Les ligatures étant placées, on procède au temps de l'opération qui consistait à isoler la tumeur avec le bistouri. Trois éringes à long manche, et à deux crochets chacune, furent implantées dans la tumeur, et l'on s'aida de l'introduction du doigt dans le rectum pour faire basculer la tumeur, de manière à rendre accessible à l'instrument son point le plus élevé.

Une fois la dissection de la partie supérieure terminée, on s'occupe de la division de celle-ci sur le côté gauche, puis à droite, en ayant soin de faire porter alternativement la tumeur dans le sens opposé au côté sur lequel on pratiquait la section. Lorsque, par la dissection de son sommet et de ses parties latérales, la tumeur fut susceptible d'être complètement renversée, on acheva la séparation vers la partie inférieure en divisant exactement les tissus sains. C'est pendant la section des parties latérales que s'écoula une quantité de sang vraiment considérable. Les ciseaux courbes furent employés avec avantage pour cette partie de l'opération, ainsi que pour l'ablation de quelques parties indurées qui n'avaient pas été complètement atteintes par le bistouri. Après avoir reconnu, par une exploration attentive, que

tous les tissus conservés présentaient la souplesse et les autres caractères d'un état tout à fait normal, l'opération fut terminée, et des matières fécales s'échappèrent aussitôt par la plaie qui établissait une communication entre le rectum et le vagin. Les précautions nécessaires en pareille circonstance pour prévenir et pour combattre l'hémorrhagie qui peut succéder à une opération de ce genre furent prises avec soin, et la malade fut reportée à son lit. Depuis vingt jours que l'opération a été faite, il n'est survenu aucun autre accident qu'une hémorrhagie qui a eu lieu le quatrième jour, et dont on s'est rendu maître par les injections d'eau fortement vinaigrée.

Bien que la plus grande partie des matières fécales sorte par le vagin, il commence à en passer une partie par l'anus. Cette femme a repris de la force et de l'appétit; la coloration de la face s'est sensiblement améliorée, et, sauf l'infirmité pénible résultant du passage des matières à travers la vulve, elle est aujourd'hui dans l'état le plus satisfaisant. On sait avec quelle déplorable facilité survint la récurrence du cancer encéphaloïde, et nous sommes loin de nous faire illusion sur la durée de la guérison obtenue. Mais si cette malade, dont la vie était directement menacée, doit à l'opération qui lui a été faite la conservation de quelques années d'existence, il nous paraît difficile de contester à cette opération le caractère d'utilité, de rationalité, que nous nous croyons en droit de lui attribuer jusqu'ici.

OBSERVATION XII (RÉSUMÉE)

Cancer du vagin. — NÉLATON.

M^{lle} X., 40 ans, bien réglée, de bonne constitution, fut prise dans le cours de l'année 1848, de douleurs vives dans les organes pelviens, et de pertes qui lui firent présumer qu'elle était atteinte d'une affection de l'utérus. Elle consulta alors le D^r Bertrand qui constata une ulcération superficielle du col de l'utérus avec ramollissement œdémateux de toute la partie vaginale de cet organe. Plusieurs cautérisations profondes furent faites, et une cicatrice régulière s'organisa. Au bout de quelques mois la malade paraissait guérie, lorsque, dans un dernier examen, le

médecin remarqua sur la paroi latérale droite du vagin, une saillie d'un rouge livide, formant une plaque indurée qui attira son attention et lui inspira des craintes trop justifiées par le développement ultérieur de la maladie. La malade me fut présentée vers le mois de février 1850.

Tumeur occupant la paroi latérale du vagin ; tumeur dure, irrégulière, disposée sous forme d'une plaque dense de 7 centim. de long suivant l'axe du vagin, et de 5 de largeur. Forme elliptique. Elle fait saillie à l'intérieur du vagin de 7 à 8 millim. et est limitée par un bord taillé à pic, légèrement renversé en dehors. Son bord antérieur est éloigné d'un travers de doigt de l'orifice vulvaire et son bord postérieur de 1 travers de doigt de l'insertion du vagin au col. Son bord supérieur s'approche donc beaucoup du bas-fond de la vessie, tandis que le quatrième côté, longe la face antérieure du rectum. La tumeur en rouge, ulcérée, saigne facilement au moindre contact. Traitement antisiphilitique sans résultat.

Excision. — On saisit avec une pince à griffes la paroi vaginale à 1 centimètre au devant du bord de la tumeur ; on la soulève légèrement, et on divise avec des ciseaux courbes le pli formé ; puis on prolonge cette incision en haut et en bas. Décollement avec le doigt ; puis l'excision est finie. Ligatures, chemin faisant, des vaisseaux. Quand la tumeur ne tient plus que par son bord postérieur ou quatrième côté, Nélaton juge prudent de terminer l'opération à l'aide d'une ligature passée dans cette espèce de pédicule. Pas de réunion. Irrigation froide. La malade est reportée dans son lit. M^{me} X. cesse de souffrir ; réaction fébrile modérée. La ligature tombe le dixième jour. Guérison rapide ensuite.

OBSERVATION XIII (RÉSUMÉE)

Cancer généralisé ayant pour point de départ la paroi vaginale. —

BOISSIER.

Femme de 47 ans... Le 12 avril, au toucher, on sent sur la paroi antérieure du vagin plusieurs noyaux indurés de consistance

squirrheuse, col mou ulcéré. La malade s'est aperçue de son mal il y a 6 mois. En outre, la malade présente une tumeur sternale, et une tumeur abdominale donnant la sensation de corps fibreux. Mort le 12 juillet. A l'autopsie on constate que le cancer a envahi, outre le col de l'utérus, les plèvres, les poumons, le péricarde, les reins, le foie. On trouve aussi du cancer au niveau du sternum et des vertèbres sacrées.

Partout, carcinome alvéolaire vrai. L'utérus est entouré de poches kystiques qui donnent la sensation de corps fibreux.

D'après l'auteur, les noyaux vaginaux étaient primitifs.

OBSERVATION XIV (RÉSUMÉE)

Epithélioma de la cloison recto-vaginale et de la fourchette. — Polype du vagin. — Ablation. — Guérison — PÉAN.

Femme de 63 ans, concierge, entrée le 22 juillet 1884. Début il y a un an par prurit vulvaire, pertes blanches. Il y a 6 mois, douleur à la défécation ; constipation. Ulcération épithéliomateuse ayant envahi la fourchette et la cloison, la muqueuse rectale paraît saine. Petit polype de l'orifice urétral. Rien dans les ganglions inguino-cruraux, ni dans les viscères abdominaux et thoraciques. Etat général bon.

26 juillet. — Opération. Débridement de la fourchette sur la ligne médiane. L'incision est prolongée dans la direction de l'anus, dans une étendue de 2 centimètres. Puis section de la tumeur en deux moitiés, droite et gauche, et dissection de chaque moitié. Rapprochement et suture des bords de la plaie. Ablation consécutive du polype de l'urèthre. Les sutures sont enlevées le sixième jour ; réunion immédiate. Trois semaines après la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION XV (RÉSUMÉE)

Carcinome de la paroi post. du vagin. — Ablation. — Mort. — PÉAN.

Gaumière Joséphine ; 56 ans ; entrée le 8 octobre 1875. — Réglée à 15 ans ; deux grossesses terminées par des accouchements réguliers. Ménopause à 49 ans.

Depuis 18 mois, leucorrhée abondante et métrorrhagies quotidiennes ; depuis deux mois diarrhée continuelle. Etat cachectique. Le toucher révèle l'existence d'une tumeur dure, bosselée, inégale, ulcérée, et laissant suinter un ichor fétide, située sur la paroi postérieure du vagin. Au spéculum, la muqueuse est rouge, recouverte de fongosités brunâtres. Pas de douleurs spontanées.

Opération le 9 octobre 1875. Incision, avec le couteau galvanocaustique, sur la ligne médiane, du périnée et de la cloison. Ablation de la tumeur et application sur les troncs artériels de quelques pinces hémostatiques qui restent 24 heures en place. Injections avec de l'eau de guimauve. Examen microscopique : Carcinome en dégénérescence colloïde. Le 7, 8, 9, 10, 11 octobre, pas de fièvre, peu de douleur au niveau de la plaie. Le 13, délire pendant la nuit ; affaiblissement, douleurs à l'hypogastre. Les jours suivants, aggravation de l'état général. Mort le 21 octobre. L'autopsie montra une péritonite pelvienne s'étant propagée au méso-rectum et au méso-colon iliaque ; pas de cancer secondaire dans les viscères.

OBSERVATION XVI (RÉSUMÉE)

Cancer généralisé du vagin (inopérable). — PÉAN.

Régnauld (Julia), 47 ans, entrée le 20 mars 1882, salle Ste-Marthe. Pas d'hérédité, 3 enfants. La première couche, (en 1862), a nécessité l'emploi du forceps ; les deux autres furent normales. En 79, cautérisation du col de l'utérus pour des ulcérations. Depuis 3 mois amaigrissement, et depuis cinq semaines, douleurs de reins assez violentes, irradiées à droite dans la fesse et la cuisse, le long du sciatique. En même temps, écoulement jaune, roux ou sanguinolent, et fétide. Il y a aussi environ 5 semaines que la malade s'est aperçue de nodosités à l'entrée du vagin. Règles régulières. La miction est très-douloureuse.

En arrière de la vulve, gros noyaux durs et douloureux, plus nombreux, plus développés à droite ; à gauche, plaque dure en arrière de l'orifice vaginal, et en haut une plaque analogue occupe la paroi supérieure. Col de l'utérus et culs-de-sac intacts.

De chaque côté, il existe 2 ou 3 petits ganglions inguinaux internes. La partie interne des grandes lèvres est la siège d'une ulcération superficielle. Pas d'opération possible. Exeat le 21.

OBSERVATION XVII (RÉSUMÉE).

Extirpation de la paroi postérieure du vagin et du cul-de-sac postérieur dans un cas de carcinome mixte. — BLAKOVESTSCHENSKY.

Le 6 juin, entra à l'hôpital Alexandre à St-Petersbourg, une femme mariée âgée de 33 ans. A. W. d'origine anglaise. La malade a eu trois grossesses. Au terme de la première, accouchement de trois garçons, dont l'un mort-né. Trois mois après la troisième grossesse, en 1884, hémorrhagie très abondante par moments, et avec caillots, qui persiste pendant quelques mois. Néanmoins, elle cesse et la malade se remet complètement. En avril 89, douleurs et hémorrhagies à la suite du coït. Au mois de mai, douleurs dans le bas-ventre et dans les reins, douleurs qui augmentent pendant la marche.

En examinant les organes génitaux, on trouve toute la paroi postérieure du vagin jusqu'au cul-de-sac infiltrée, inégale, et augmentée d'épaisseur par places. Ulcération de 3 centimètres de diamètre à peu près au milieu de la paroi. L'exploration par le rectum fait sentir un amincissement considérable de la paroi postérieure. Les culs-de-sac antérieurs et latéraux sont libres. Utérus et ovaires normaux. Les parois du rectum ne sont pas atteintes par le processus pathologique.

Opération le 12 juin 1889. On pratique deux incisions parallèles, à 3 centimètres et demi de distance, en partant de la commissure postérieure de la vulve, et cernant la tumeur. Excision de bas en haut du lambeau médian, sur toute la hauteur de la paroi, et d'une partie de la lèvre postérieure du col qui a paru attaquée. Le péritoine est ouvert, mais on le suture au catgut. Six pinces de Péan sont laissées en place sur le vaisseau.

Suites très-simples. Le trente-cinquième jour, la malade peut se baisser sans souffrance et marcher facilement.

L'examen microscopique montre des tracées fibreuses et des alvéoles de grandeur différente remplies d'épithélium. Les cellules épithéliales sont de grandeur moyenne, polyédriques pour la plupart. Quelques-unes ont pénétré à travers la lame fibreuse et infiltrent les tissus voisins. En général, l'image rappelle le carcinome ordinaire avec caractère squirrheux par places et épithéliomateux dans d'autres. Les parties les plus profondes de la couche sous-muqueuse présentent le même aspect. Ces préparations furent soumises au professeur Winogradoff, qui confirma les résultats de l'examen.

OBSERVATION XVIII (RÉSUMÉE)

Cancer primitif du vagin. — TEUFFEL.

M^{me} W. 32 ans ; 2 accouchements, une fausse couche. Au moment du premier examen, le 5 janvier 1884, elle perdait depuis 4 semaines. Tumeur de la grosseur d'une noix, occupant la paroi postérieure du vagin, à 4 centimètres au dessous du cul-de-sac.

Excision le 20 mai 1884. Le 28 octobre suivant, ablation d'une récidive, siégeant à l'extrémité supérieure de la ligne cicatricielle. Le 5 mars 84, on ne constate rien de suspect. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un carcinome médullaire. Dans le centre des lambeaux examinés, les cellules cancéreuses prédominent. Les travées alvéolaires sont minces ; les parois conjonctives sont plus larges, richement infiltrées de cellules.

OBSERVATION XIX (RÉSUMÉE)

Carcinome du vagin. — MENZEL

M^{me} S., 65 ans ; 6 accouchements. Depuis le commencement d'août 83, la malade se plaint de tiraillements du côté gauche ; elle remarque à ce moment un léger écoulement vaginal, légèrement strié de sang ; légères douleurs au moment d'aller à la selle.

Sur la paroi vaginale postérieure, on trouve une tumeur, de dimensions d'un thaler à peu près, atteignant en haut la portion vaginale du col.

3 Octobre 83. — Opération. La mise en place des écarteurs est rendue difficile, à cause de l'involution sénile qu'a subie le vagin. Ablation de la tumeur, et excision de la lèvre postérieure. Sutures transversales ; on place un drain dans l'angle inférieur de la plaie. L'examen microscopique a permis de constater un carcinome médullaire. Pas de récurrence, bon état général, le 19 mars 1885.

OBSERVATIONS XX (RÉSUMÉE) (1)

Cancer de la paroi postérieure du vagin. — G. SCHWARZ.

12 Août 90. — Depuis deux mois écoulement aqueux et hémorrhagies ; la malade constate elle-même la présence d'une tumeur dans le vagin. En arrière de la vulve, sur la paroi postérieure, tumeur du volume d'un œuf de pigeon, à large base, inégale, friable. Les ganglions ne sont pas engorgés, mais sensibles. Opération par le prof. Olshausen. Ablation du néoplasme et des ganglions inguinaux du côté droit ; ils ne sont pas cancéreux. Le 1^{er} décembre 92, l'état est le suivant : Cicatrice souple à la région inguinale. Pas d'infiltration de la paroi postérieure du vagin, ni du rectum. Pas de récurrence deux ans et quatre mois après l'opération.

OBSERVATION XXI (RÉSUMÉE)

Carcinome primitif du vagin. — STUMPF

Femme de 32 ans. 1 accouchement normal en 1885. Depuis quelques mois hémorrhagies irrégulières ; douleurs profondes. Sur la paroi postérieure du vagin, ulcération de la dimension d'un thaler, en entonnoir, à bords infiltrés, durs, bosselés. Le fond de l'ulcération paraît adhérer aux parois du rectum, mais le toucher démontre l'intégrité de la muqueuse rectale. Dans les parois du vagin, on sent des cordes dures, épaisses, dont l'une fait le tour de la paroi antérieure du vagin, en formant une espèce de valvule saillante. Il y a une bande de deux centimètres de mu-

(1) De 16 malades observées par Schwarz à la clinique du prof. Olshausen, celle-ci est la seule qui n'ait pas présenté de récurrence, plus de deux ans après l'opération.

queuse saine entre le col et le bord supérieur de l'ulcération. Col normal, sauf en un point de la lèvre postérieure où l'on remarque deux petites saillies grosses comme une tête d'épingle, mais encore recouvertes d'épithélium. La lésion étant trop avancée, l'on décide une opération palliative qui est indiquée par la douleur et les hémorrhagies. Ablation au bistouri des bords de l'ulcération ; grattage à la curette du fond de l'ulcération ; cautérisation au thermo-cautère. Sort 16 jours après l'opération.

Les douleurs cessèrent pendant deux mois ; puis une fistule recto-vaginale s'établit, et la malade mourut 10 mois après cette complication. Peu de temps avant la mort, on avait constaté l'envahissement du col. Le diagnostic histologique fut : Epithélioma à cellules pavimenteuses.

OBSERVATION XXII (RÉSUMÉE)

Cancer de la paroi antérieure du vagin. — Hydronéphrose. — Mort.

HERMAN.

Femme de 41 ans. Dans les quatorze premières années de son mariage, 11 enfants (2 fois des jumeaux) et 2 fausses couches. Il y a 7 mois, douleur subite, à la suite d'un effort, puis peu après perte de sang, ensuite pertes blanches qui deviennent jaunâtres et fétides. En même temps violentes douleurs pendant l'émission de l'urine. Entre à l'hôpital pour rétention d'urine.

10 Octobre 83. — Malade très-amaigrie. Ganglions inguinaux des deux côtés augmentés de volume et indurés, surtout à gauche. La paroi vaginale antérieure est épaisse, dure et ulcérée. L'épaississement de la paroi se prolonge jusqu'au méat urinaire qu'il recouvre. Petits noyaux indurés sur la petite lèvre gauche. Col normal. On a sondé la malade à son entrée à l'hôpital, et depuis elle urine librement.

16 jours après son entrée, nouvelle rétention d'urine. Cathétérisme impossible, car la tumeur recouvre le méat. Ponction de la vessie par le vagin. Le jour suivant, on introduit la sonde après avoir endormi la malade, et on y laisse à demeure pendant 3 jours. Ensuite l'urine est évacuée spontanément jusqu'au

13 *Novembre*, où survient une nouvelle rétention d'urine, que l'on traite par le cathétérisme ; et comme elle persiste, nouvelle ponction par le vagin, et par l'orifice de la ponction, introduction d'une sonde en caoutchouc. Les ganglions inguinaux du côté gauche sont ulcérés. Le pied droit est légèrement œdématié. Le 28 novembre, le membre inférieur du côté droit est entièrement envahi par l'œdème. Mort le 11 décembre.

Autopsie. — Carcinome des ganglions inguinaux de deux côtés. La vessie est contractée et ne renferme qu'une once et demie de liquide. Carcinome de la paroi vaginale antérieure et de l'urèthre, ainsi que de toute la paroi postérieure de la vessie. Hydro-néphrose des deux reins, surtout du rein droit. L'uretère est rempli d'urine. L'utérus est sain, l'ovaire droit est carcinomateux. Métastase dans le foie.

OBSERVATION XXIII (RÉSUMÉE)

Epithélioma du vagin. — Occlusion de la veine iliaque primitive. — BELLAMY.

Femme de 58 ans ; pas d'hérédité cancéreuse ; 10 enfants, 4 fausses couches. Dans le mois de décembre, en faisant un effort, la malade éprouva une violente douleur dans l'aîne gauche. Le lendemain matin elle remarque une tuméfaction sur le côté gauche de la vulve et à la région inguinale gauche ; en même temps, écoulement aqueux par le vagin. Une semaine plus tard, la jambe gauche commence à enfler, prend une teinte rouge violacée, devient très-douloureuse, et la malade doit s'aliter, puis entrer à l'hôpital.

Etat présent. Œdème considérable de la jambe gauche ; on ne sent pas de cordon veineux induré ; la peau n'est ni chaude, ni sensible à la pression. Par le vagin s'écoule un liquide vert sale. Constipation, garde-robes très-douloureuses ; pas de troubles vésicaux.

Dans le vagin ; tumeur bosselée qui occupe toute la paroi latérale gauche ; sa surface est ulcérée et secrète un liquide purulent très-fétide. La grande lèvre gauche présente ainsi un noyau ulcéré.

Cet état se prolonge un certain temps. Le 6 juin élévation de température (39° 3.) Douleur dans la région hypogastrique, écoulement vaginal très-abondant, affaiblissement. La fièvre persiste les jours suivants. Le 8 juin une tache rouge apparaît sur l'abdomen, et la malade accuse de la douleur à ce niveau. Le membre inférieur gauche est très-enflé et rouge ; la peau du pied a même l'aspect érysipélateux.

Mort le 11 juin. Autopsie. Toute la paroi latérale gauche du vagin et la paroi postérieure en partie étaient envahies par le cancer. Le col est légèrement atteint ; les parois du rectum sont envahies. Dans le bassin les ganglions du côté droit sont engorgés légèrement ; ceux du côté gauche forment une grosse masse qui comprime la veine iliaque primitive, ce qui explique l'œdème de la jambe. Dans l'articulation tibio-tarsienne gauche, liquide demi-purulent. Pas de dépôts cancéreux dans les autres organes.

OBSERVATION XXIV

Cancer volumineux de la cloison recto-vaginale. Accouchement naturel à terme. — BAILLY.

Le 6 août 1872, M^{me} M., sage-femme, m'appela rue des Petits-Carreaux, près de M^{me} P. sa cliente, en travail d'accouchement à terme. Elle trouve chez cette femme, me dit-elle, le vagin obstrué en partie pour une tumeur dure, dont elle ne s'explique pas la nature et par laquelle elle désire avoir mon avis. La parturiente est une femme de 28 ans, blonde, maigre, de constitution affaiblie. Elle a eu 4 couches à terme, naturelles et assez promptes, à de courts intervalles de 12 à 18 mois. Aucun phénomène anormal n'a signalé les 6 premiers mois de sa grossesse actuelle, mais, pendant les 3 derniers, elle a perdu d'une façon constante, par la vulve, un liquide séreux ou lactescent, parfois rougeâtre et d'une odeur fade, non fétide. Depuis 15 jours, cette perte était très-abondante, continuelle, et lui avait fait croire à un écoulement de eaux de l'amnios. Toutes les deux ou trois heures, les linges dont elle se garnissait étaient imprégnés

de ce liquide, et il fallait les renouveler. Les draps du lit étaient pareillement mouillés toutes les nuits. Aucune douleur d'ailleurs à l'intérieur du bassin, sauf pendant les rapports sexuels qui étaient constamment suivis dans ces derniers temps d'une petite hémorrhagie.

Après avoir recueilli ces renseignements, je touche et je trouve la cloison épaissie par une tumeur d'un gros œuf de poule. Cette tumeur de forme allongée, commence à un pouce de l'orifice vulvaire, et se termine au dessous du cul-de-sac postérieur du vagin. Sa surface, de ce côté, est inégale, bosselée, et uniformément dure. Cette exploration digitale, faite pourtant avec ménagement, détermine une petite perte. En entr'ouvrant avec la main l'orifice vulvo-vaginal, on peut apercevoir l'extrémité inférieure de la tumeur. Sa surface, en ce point, est lisse, non ulcérée, et d'une teinte blanchâtre, qui contraste avec la coloration rouge foncé des parties saines du vagin. Du côté du rectum, la tumeur semble plus large et plus régulièrement arrondie que du côté du vagin ; elle forme également une saillie considérable, qui comprime le doigt porté dans le rectum, et remplit la concavité du sacrum.

Ainsi que je l'ai dit, M^{me} P. est en travail. Les contractions utérines sont rapprochées et plus douloureuses que dans les couches précédentes. L'ouverture du col égale le diamètre d'une pièce de 5 francs. Le crâne se présente et remplit déjà le tiers supérieur de l'excavation. Comme, malgré son volume, cette tumeur pouvait permettre un accouchement naturel, je laisse la sage-femme près de sa cliente, me réservant d'intervenir plus tard, s'il en est besoin. Je reviens à 9 heures 1/2 du matin et trouve M^{me} P. heureusement accouchée d'une fille bien constituée et d'un volume ordinaire. J'apprends de la sage-femme que l'accouchement s'est terminé spontanément vers 9 heures, que, pendant la période d'expulsion, la paroi postérieure du vagin et la tumeur avaient été à peu près chassées par la tête de l'enfant hors de la vulve, formant en arrière de cette ouverture une tumeur livide et hideuse du volume du poing ;

qu'ayant pris soin de soutenir cette masse pendant le passage de la tête, celle-ci avait heureusement franchi l'anneau vulvaire, après quoi toutes les parties prolabées s'étaient spontanément réduites ; qu'enfin aucune déchirure ni aucune hémorrhagie inquiétantes ne s'étaient produites à la surface de la masse indurée du vagin, ni pendant le travail, ni pendant et après la délivrance, qui fut opérée naturellement au bout de 10 minutes. L'introduction du doigt dans le vagin confirme que la tumeur a repris sa place dans l'excavation pelvienne. Elle paraît aussi volumineuse que pendant mon premier toucher, mais peut-être plus inégale et plus rugueuse. L'écoulement sanguin est modéré, et l'état général mauvais de la fin de la grossesse n'est point aggravé.

M^{me} P. se rétablit assez vite, et se lève le onzième jour. Elle vient me voir au bout d'un mois. Je la trouve d'une pâleur et d'une maigreur extrême, et dans un état de cachexie avancée. Elle me dit que, depuis son accouchement, les mouvements provoquent de fréquentes hémorrhagies. Elle en éprouve quelquefois étant couchée. Dans l'intervalle de ces pertes sanglantes elle est constamment mouillée par une sérosité fade, blanchâtre, extrêmement abondante. Le spéculum, introduit avec difficulté jusqu'au milieu du vagin seulement, découvre une masse considérable à surface mamelonnée, blanchâtre, occupant toute la paroi postérieure du vagin. La consistance de la tumeur me paraît aujourd'hui beaucoup moins ferme qu'au moment de l'accouchement. Le contact du doigt et de l'instrument provoquent presque une hémorrhagie assez considérable et une douleur accompagnée d'un sentiment de faiblesse, qui m'obligent à suspendre mon exploration.

Le 16 décembre 1872, je désire m'assurer de l'état de M^{me} P., et j'apprends que repoussée de l'atelier dans lequel elle travaillait, à cause de l'odeur incommode des liquides qu'elle perd incessamment, pressée d'ailleurs par une faiblesse croissante et la misère, elle s'est décidée à entrer dans un hôpital où les progrès incessants de son mal font entrevoir la fin prochaine de cette malheureuse femme.

OBSERVATION XXV (RÉSUMÉE)

Cancer du vagin. — Grossesse. — KUSTNER.

M^{me} B., 32 ans. Plusieurs accouchements, le dernier, il y a deux ans et demi. A partir de la moitié du mois de décembre 1863, les règles qui étaient régulières s'arrêtent ; mais la malade a eu, il y a six semaines, une perte de sang qui a duré un jour et demi. Douleurs abdominales, rétention d'urine, constipation.

5 mars 1864. — La malade paraît être enceinte de 4 mois. L'on constate une tumeur qui occupe la paroi vaginale postérieure, et empiète même sur le museau de tanche. L'orifice externe et le canal cervical sont libres et lisses. La tumeur présente un grand nombre de fissures profondes ; dans quelques-unes le doigt pénètre d'un pouce et même plus ; aussi le soupçon de l'existence d'une fistule recto-vaginale n'a-t-il été écarté qu'après l'exploration rectale.

Le 29 juin, la malade est examinée de nouveau. Le 5 juin elle est accouchée d'un fœtus mort, de 7 mois. Elle est très-affaiblie, souffre beaucoup, ne dort plus. La tumeur vaginale occupe toute la paroi vaginale postérieure jusqu'à la vulve. On ne distingue plus le museau de tanche, ni l'orifice externe. On ne trouve que sur la paroi vaginale antérieure des îlots de muqueuse saine, d'un pouce carré environ. — L'on n'a plus eu d'autres renseignements.

OBSERVATION XXVI (RÉSUMÉE)

Cancer du vagin. — Grossesse. — Accouchement provoqué. — Mort. — KUSTNER.

M^{me} B., 24 ans. Deux fausses couches à 21 et à 22 ans. Il y a un an, elle mit au monde un enfant de 7 mois qui vécut une heure. Depuis cet accouchement, pertes de sang presque continuelles. En mai 1872, 4 grossesses pendant laquelle les hémorragies persistent. Les douleurs commencent il y a six semaines, au moment des selles et du coït seulement. En même temps, douleur en urinant.

Octobre 1872. — La paroi vaginale est couverte presque en entier, d'une masse de bosselures. La surface externe du col, à droite et en arrière, est couverte de nodosités qui se continuent avec le tissu cancéreux du vagin.

21 Octobre. — On enlève à la curette demi-mousse des masses considérables de fongosités.

29 Octobre. — Pour provoquer l'accouchement, on introduit dans l'utérus une sonde élastique. Le 31 octobre, la malade accouche d'un enfant mort.

Le 7 novembre, la malade succombe à la septico-pyémie.

Autopsie. — Péritonite purulente généralisée, congestion des reins, tuméfaction de la rate ; abcès métastatiques dans les poumons.

OBSERVATION XXVII (RÉSUMÉE)

Cancer du vagin. — Accouchement. — BRUCKNER

foraps - allité -

M^{me} K., 29 ans. 3 accouchements normaux. Pendant sa quatrième grossesse (1876) apparaît pour la première fois un écoulement vaginal fétide et mêlé de sang. Le coït produit d'abondantes hémorrhagies. A la fin de la grossesse, le 28 juillet, une hémorrhagie très-abondante se déclare. Un médecin appelé constate une grosse masse fongueuse dans le tiers supérieur du vagin ; il est impossible d'atteindre le col.

Croyant à un placenta prævia, il fait venir A. Martin qui trouve la femme assez anémiée et affaiblie. Les douleurs étaient espacées ; l'enfant se présentait en première position céphalique ; battements du cœur puissants. Le doigt introduit dans le vagin tombe sur une masse qui obstrue la lumière du vagin.

On ne parvint qu'avec peine, et à l'aide de la narcose, à introduire un doigt entre la tumeur et la paroi vaginale antérieure. L'on constate ainsi que la limite supérieure de la masse est nettement distincte de l'orifice utérin.

L'opérateur peut cependant, en déprimant la tumeur avec la main, extraire, au forceps, un enfant vivant. La femme est délivrée aussitôt ; puis comme l'utérus se rétracte bien, et que

l'hémorrhagie a cessé, on pratique aussitôt l'ablation de la tumeur, en la détachant avec le doigt de sa base d'implantation.

La convalescence s'effectua avec une rapidité surprenante. Mais au bout d'un an, le bassin et l'utérus étaient complètement envahis ; la malade revint dans un état de cachexie désespérée, et succomba peu après.

OBSERVATION XXVIII (RÉSUMÉE)

Prolapsus utérin. — Cancer primitif du vagin. — ZIZOLD.

Femme de 47 ans, observée à la clinique de Winckel. Un accouchement au forceps à l'âge de 24 ans. Immédiatement après, apparition d'un prolapsus utérin. Au mois de mars 1887, la malade remarque sur la tumeur prolabée une ulcération qui donne lieu à une hémorrhagie abondante. Les hémorrhagies se reproduisant, la malade entre dans le service de Winckel. D'après elle, l'ulcération s'est développée juste au point où la partie prolabée était soumise à des frottements contre la cuisse.

Octobre 1887. — De la vulve sort une tumeur du volume d'une tête d'enfant ; cette tumeur présente à son bord inférieur une fente transversale qui est l'orifice externe du col. La cavité utérine mesure 8 centimètres $1/2$. La vessie est presque entièrement située au devant de l'utérus ; mais le rectum n'a pas suivi la paroi vaginale postérieure. Au-dessus de la lèvre antérieure du col, on remarque une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, qui se dirige obliquement vers la face latérale droite de l'utérus prolabé. Cette tumeur présente en dehors une ulcération qui se trouve située à trois centimètres de la commissure droite du col.

11 Novembre 1887. — Ablation au thermo-cautère. A la fin de décembre, la plaie était cicatrisée. Réduction du prolapsus et le 21 février périnéorrhaphie par le procédé de Lawson-Tait-Sänger.

Le 11 février, la malade quitte l'hôpital. Elle va bien pendant quelque temps ; mais les hémorrhagies se reproduisent et

elle rentre à l'hôpital le 27 juin. Amaigrissement considérable ; ténesme vésical. Le toucher permet de constater dans le cul-de-sac droit une grande ulcération rayonnée. Le col de l'utérus et le tissu cellulaire du bassin sont envahis, et l'on se borne à un grattage et à une cautérisation.

2 Octobre. — La malade a eu encore une légère hémorrhagie au mois de septembre ; depuis huit jours, douleurs violentes dans les reins, surtout dans la station assise, avec irradiations vers les régions inguinales des deux côtés.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un cancer épithélial pavimenteux.

OBSERVATION XXIX (RÉSUMÉE)

Prolapsus vaginal ; cancer de la paroi antérieure du vagin.

PCHÉLIN.

Anne L. Suéloise, 69 ans, entrée le 8 mars dans la clinique du prof. Lebedeff. A eu 3 accouchements, le dernier, il y a 29 ans. Toujours bien portante.

Il y a 2 ou 3 mois, à la suite d'une chute, une forte hémorrhagie se déclare. Depuis hémorrhagie, douleurs dans le bas-ventre et les reins ; écoulement grisâtre, un peu fétide. L'examen montre entre les grandes lèvres, une tumeur du volume d'un petit œuf ; en écartant les grandes et les petites lèvres, on voit que cette tumeur est implantée sur la paroi antérieure du vagin prolabée. La vessie accompagne la paroi antérieure vaginale dans son déplacement (cystocèle) ; mais ne paraît pas envahie par le néoplasme.

Excision de la tumeur ; le 3 avril la malade quitte l'hôpital complètement guérie. Diagnostic microscopique : épithélioma pavimenteux, ou polype épithélial en voie de kératinisation.

OBSERVATION XXX (RÉSUMÉE)

Prolapsus utérin. — Epithélioma du vagin. — PCHÉLIN.

Marie G., 69 ans ; 8 accouchements. Depuis quatre mois douleurs abdominales et sacrées ; constipation. Un peu plus tard la malade a remarqué que la matrice apparaissait à la vulve ; le

prolapsus s'accroissait pendant le travail et un effort. Le 20 décembre 1888, l'examen montre à la vulve une tumeur du volume d'un œuf d'oie constituée par l'utérus et le vagin prolapsés. Ulcérations profondes sur la partie gauche de la muqueuse vaginale. Écoulement fétide ; les douleurs augmentent. L'ulcération s'étend de plus en plus dans la profondeur en créant des trajets fistuleux.

Incontinence d'urine. Mort le 30 avril 1889.

A l'autopsie, pelvipéritonite purulente. Hydronéphrose double.

Pneumonie fibrineuse du lobe supérieur du poumon droit.

Diagnostic histologique : Cancer épithélial.

OBSERVATION XXXI (RÉSUMÉE)

Cancer du vagin consécutif à l'application d'un pessaire. —

ARTHUR MEYER.

Femme de 60 ans. Au commencement de l'année de 89, on la soigne pour un prolapsus des parois vaginales. On place d'abord un anneau de Mayer en caoutchouc vulcanisé, puis ensuite un pessaire de Hodge en celluloïde, que la malade garde sans se faire visiter, par ennui de l'examen et des instruments. En juillet 1890, elle se plaint d'avoir depuis quelques semaines des pertes de sang. L'examen montre des érosions de la paroi postérieure du vagin et de la lèvre postérieure du col, juste au niveau où le pessaire prenait un point d'appui. Les ulcérations furent guéries et le pessaire remplacé, mais elle revint quelques mois plus tard, avec les mêmes érosions. Cette fois elles sont plus accusées, reposent sur une infiltration diffuse profonde, et l'examen microscopique révèle une tumeur maligne que l'on opère le 16 mars 1891.

OBSERVATION XXXII (RÉSUMÉE)

Cancer du vagin consécutif à l'application d'un pessaire. — SCHMIDT

Il s'agit d'un cas de cancer du vagin consécutif à la pression exercée par un pessaire resté en place pendant 15 mois. Col gros et épaissi. Sur la paroi postérieure, tumeur peu saillante.

de la largeur d'une pièce de deux marks. Elle se prolonge dans le cul-de-sac latéral gauche, exactement au point où l'anneau comprimait la paroi vaginale. L'examen microscopique confirme le diagnostic de tumeur maligne. Amputation du col ; extirpation de la tumeur, et colporrhaphie postérieure.

OBSERVATION XXXIII (RÉSUMÉE)

Cancroïde provoqué par la présence d'un pessaire. — G. SCHWARZ.

Femme de 75 ans ; elle porte depuis 12 ans un pessaire qui est resté en place depuis cette époque. Le pessaire est incrusté ; écoulement fétide ; hémorrhagie abondante.

3 décembre 89. — La paroi postérieure présente une tumeur bosselée, inégale, saignant facilement ; son diamètre est égal à celui d'une pièce d'un mark. Les débris enlevés par le grattage montrent qu'il s'agit d'un cancroïde.

Ablation par le professeur Olshausen.

Peu après l'opération, hémorrhagies profuses, ascite, œdème des jambes. Mort le 23 juin 91.

OBSERVATION XXXIV (RÉSUMÉE)

Cancer du col et du vagin. — *Hystérectomie vaginale.* — *Guérison.*
— *Récidive.* — *Fistule vésico-vaginale.* — *Opération.* — *Guérison.*

— HOUZEL.

Marie D..., femme vigoureuse de 34 ans ; 6 accouchements à terme et une fausse couche.

Le dernier enfant, âgé de 20 mois, était venu au monde au cours du traitement institué pour son médecin. Depuis deux ans, en effet, la malade était soignée pour une ulcération du col, dont le médecin traitant avait reconnu la nature cancéreuse et pour laquelle il avait appelé M. Houzel en consultation. Depuis deux ans, douleurs dans le bas-ventre, les reins et le haut des cuisses, surtout à gauche ; la station debout était devenue impossible. Parallèlement aux douleurs, les règles avaient augmenté comme durée et comme quantité ; depuis trois mois, la malade perdait continuellement du sang et des eaux roussâtres.

20 *Février* 1890. — Au toucher, on sentait, en avant, derrière le méat urinaire, une tumeur dure, adhérente au vagin, mais mobile sur l'urèthre, ayant le volume et la forme d'une amande, à grand axe parallèle au vagin. Elle s'étendait d'un centimètre derrière le méat urinaire jusque près du cul-de-sac antérieur, où, après une petite bande de tissu sain, le doigt rencontrait des nodosités faisant corps avec le col qui était énorme, irrégulier, dur, étalé en champignon et saignant au moindre contact ; la lèvre postérieure semblait moins volumineuse que l'antérieure, et permettait de sentir l'insertion du vagin.

Le spéculum montrant un champignon déchiqueté, saignant, surtout à la lèvre antérieure, n'apprenait rien de plus que le toucher.

Le 21 février, opération. 1° Ablation du noyau cancéreux de la paroi vaginale antérieure et suture ; 2° Hystérectomie vaginale.

Suites simples jusqu'au cinquième jour ; ce jour-là, presque la totalité des urines s'écoula par le vagin ; un sphacèle s'était produit sur la partie inférieure de la vessie.

A partir du douzième jour, la malade commença à se lever et reprit ses occupations ; les douleurs avaient disparus.

Le 27 mars, nouvel examen, pour faire le diagnostic exact de la fistule et y remédier, si possible. Le fond du vagin était réuni par une cicatrice froncée en bourse, sur laquelle se voyait déjà une récurrence ayant l'aspect et le volume d'une grosse framboise, saignant au moindre contact. Au-dessus existait une perte de substance de la vessie, déchiquetée, irrégulière, étendue transversalement, et mesurant 2 à 2 cent. 1/2 de longueur. Elle était en partie obstruée par le bourgeon épithéliomateux, ce qui expliquait que dans certaines positions, assise ou couchée, la malade gardant la plus grande partie de son urine, qu'elle rendait à volonté par le méat urinaire, et qui s'échappait par le vagin si elle se levait.

Le 28 mars, excision du bourgeon cancéreux, avivement des lèvres de la fistule, et suture.

Suites simples. Au huitième jour, la sonde fut retirée et la malade put rendre ses urines et les garder à volonté. Mais trois semaines après, survint une nouvelle complication. Couchée, la malade pouvait uriner ; debout, elle ne pouvait, sans la sonde, émettre une goutte d'urine. A l'incontinence avait succédé la rétention. La fistule était guérie, mais en comblant la brèche vésicale, on avait inséré des tissus infiltrés d'épithélioma. Un bourgeon mobile, s'étant développé, venait former soupape sur le col vésical. L'état général est bon, mais la malade est obligée de se sonder pour uriner. Quelquefois, au cours de la miction, le jet d'urine s'arrête brusquement, on sent un corps étranger heurter et obstruer les yeux de la sonde qu'il suffit d'engager un peu plus ou de retirer légèrement pour que l'urine se remette à couler.

Les souffrances ont disparu, et l'opération aura donné à la malade un calme précieux, l'illusion de la guérison et une survie dont on ne peut apprécier la durée.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE PAR M. CORNIL. — M. Houzel a envoyé au laboratoire l'utérus tout entier et ses annexes. On peut voir sur la pièce examinée à l'œil nu, la disposition des lésions. Le corps de l'utérus est un peu plus gros et long qu'à l'état normal ; le col de l'utérus présente un volume plus grand que normalement ; et cependant la lèvre inférieure paraît tout à fait saisie à l'œil nu. La lèvre supérieure, un peu renversée, est ulcérée au niveau de son insertion vaginale, de telle sorte qu'il existe un ulcère bourgeonnant, situé à l'union de la muqueuse du museau de tanche, au point où elle se réfléchit pour se continuer avec la muqueuse vaginale du cul-de-sac antérieur. La muqueuse vaginale et le tissu conjonctif qui la double, tout autour de l'ulcération fongueuse, est épaissie, infiltrée par le néoplasme et mesure environ 8 millimètres d'épaisseur. La lèvre postérieure est normale, quoique un peu hypertrophiée ; la lèvre antérieure présente une encoche et des végétations en son point d'insertion avec le vagin ; la muqueuse vaginale qui fait suite est très-épaissie. L'examen histologique du néoplasme

fait au niveau du vagin et de la partie externe du col, infiltrés et grisâtres, a montré le type le plus net de *l'épithélioma tubulé à cellules pavimenteuses*.

Les tubes épithéliaux pleins de ces cellules sont assez larges, et souvent ils se renflent de façon à présenter des lobules plus ou moins arrondis, dans lesquelles les cellules se disposent en forme de globe au milieu des lobules. Les cellules implantées sur la paroi de ces cavités lobulaires ou tubulaires sont cylindriques, perpendiculaires à la paroi et disposées comme dans la couche inférieure du revêtement épithélial du vagin. La *forme des cellules indique donc déjà la provenance vaginale de cet épithélioma*. L'examen microscopique des coupes comprenant à la fois toutes les parties de la lèvre antérieure du col et l'ulcération, confirme cette manière de voir. Sur ces coupes, en effet, on constate que la muqueuse de la cavité du col est normale, qu'elle montre les plis de l'arbre de vie et les glandes du col tout à fait saines, avec leurs cellules cylindriques muqueuses, disposées en une seule palissade très régulière, et le tissu conjonctif et musculaire du chorion muqueux tout à fait normal. Le rebord du museau de tanche n'est pas ulcéré ni modifié. La lésion cancéreuse, c'est-à-dire l'infiltration de la paroi externe fibro-musculaire du col utérin ne s'observe qu'en dessous de la muqueuse cervicale conservée intacte. Cette ulcération se continue avec l'infiltration épithéliale de l'ulcération vaginale.

Nous avons donc dans cette observation *un exemple très-net du début de l'épithélioma par le sillon qui sépare le museau de tanche du vagin*. Dans son extension, l'épithéliome a surtout envahi le vagin, la cloison vésico-vaginale et la partie musculaire externe du col de l'utérus. Bien que la lésion fût ancienne, elle avait respecté absolument la muqueuse de la cavité du col. Parmi les épithéliomes de la région du col, celui-ci est assurément celui qui doit récidiver sur place le plus rapidement. Je rappelle qu'on doit considérer trois variétés au point de vue du mode de début de ces épithéliomas. 1° ceux qui débutent par la muqueuse de la cavité du col ; 2° ceux qui se montrent d'abord

sur une des lèvres du museau de tanche ; 3° ceux qui ont une origine vaginale et qui siègent, comme dans le fait de M. Houzel, à la partie externe du museau de tanche.

OBSERVATION XXXV (RÉSUMÉ)

Cancer primitif du vagin. — RUTER.

Madame H. 36 ans ; 3 accouchements normaux, le dernier il y a trois ans. Depuis quelques semaines, la malade remarque que la défécation devient douloureuse, ce qu'elle attribue à des hémorroïdes. Depuis quelques mois, hémorrhagies vaginales qui augmentent de fréquence les trois dernières semaines. La malade prétend avoir toujours eu un écoulement insignifiant. Le toucher rectal permet de constater dans la paroi vaginale postérieure un épaissement sur lequel la muqueuse intestinale glisse facilement ; pas d'hémorroïdes. Le toucher vaginal montre une infiltration dure, bosselée de 5 centimètres de long sur 3 de large, sur la paroi postérieure du vagin. La tumeur, dont la surface est très-friable commence à trois centimètres en arrière de la vulve, et s'étend jusqu'à quelques centimètres de distance du point où la muqueuse vaginale se continue avec la muqueuse cervicale. Le col est indemne. Diagnostic. Cancer épithélial opérable. Le microscope confirme le diagnostic.

23 juillet 84. — Opération. On circonscrit la tumeur par une incision ; puis on la libère à sa partie supérieure depuis le col de l'utérus. A ce moment, un coup de ciseaux maladroit ouvre le cul-de-sac péritonéal, et une cuillerée à thé d'un liquide aqueux s'écoule par l'ouverture ainsi produite. On protège l'orifice, puis on achève de détacher la tumeur des tissus sous-jacents. On fait un surjet au catgut du péritoine. Puis on attire le col de l'utérus et on le fixe par des sutures dans l'angle inférieur de la plaie vaginale. L'orifice externe du col vient de cette façon se placer immédiatement derrière l'entrée du vagin.

Le 7 août 1884, réunion parfaite par première intention. La malade quitte l'hôpital.

Le 15 mai 1885, la malade a l'air très bien portante ; elle se

plaint de quelques douleurs abdominales, et raconte que ses règles ont cessé jusqu'à il y a deux mois ; elle aurait donc eu une aménorrhée complète pendant 7 mois. Pendant les onze dernières semaines, elle a été réglée régulièrement avec des intervalles de 3 semaines, et elle remarque un gonflement de la partie supérieure de la cuisse coïncidant avec l'époque des règles. Le doigt explorateur pénètre directement, en suivant la paroi postérieure, dans l'orifice cervical béant. La lèvre postérieure du col n'existe pour ainsi dire plus. Pas de trace de récive. Par la position de l'utérus, les chances de grossesse sont devenues excessivement favorables, quoique le coût soit difficile.

27 février 1886. — Pas de récive. L'œdème de la partie supérieure de la cuisse ne se reproduit plus. La malade est enceinte de 3 mois.

1^{er} août 1887. — Bonne santé. Le 5 septembre 1886, Madame H est accouchée d'un enfant à terme qu'elle nourrit encore en ce moment. Pas de récive. Grâce aux efforts du mari, la paroi vaginale postérieure mesure maintenant, à partir des caroncules, 6 centimètres.

Rüter attribue l'œdème localisé à des troubles circulatoires consécutifs à l'abaissement de l'utérus. La grossesse les aurait fait disparaître.

OBSERVATION XXXVI (RÉSUMÉE)

Cancer du vagin. — Opération par la périnéotomie. — OLSHAUSEN.

M^{me} Voigt ; 28 ans ; un accouchement. Sur la paroi postérieure du rectum s'étale un carcinome bosselé inégal, commençant à 3 centimètres en arrière de la vulve et s'étendant jusqu'au cul-de-sac. Sur la paroi antérieure existe une autre plaque carcinomateuse dont la plus grande étendue mesure trois centimètres. Elle est séparée de la grande tumeur par un espace de muqueuse saine ; l'on est évidemment en présence d'une inoculation par contact. Utérus normal ; la paroi rectale est mobile sur la tumeur.

20 septembre 1890. — Opération. Incision du périnée. Sépara-

tion du vagin et du rectum jusqu'au péritoine, au-dessus de l'insertion du vagin sur l'utérus, avec le contrôle du toucher rectal. Le creux ischio-rectal est ouvert largement des deux côtés, surtout à droite. La petite ouverture faite au cul de-sac de Douglas est aussitôt suturée au catgut.

On fait ensuite une incision autour de la tumeur de la paroi postérieure, dans le tissu sain, à 2 centimètres de ses bords. Puis on sectionne la paroi postérieure de bas en haut, depuis la vulve jusqu'à la plaie ainsi formée, et on enlève la tumeur.

Excision de la petite tumeur de la paroi antérieure : En haut et en bas les deux plaies de la paroi antérieure et de la paroi postérieure se réunissent.

Comme on ne réussit pas à fermer par un sujet au catgut une plaie de 5 centimètres qui fait communiquer le vagin avec le cul de-sac de Douglas, on y établit un drainage avec une mèche de gaze iodoformée. La grande perte de substance prérectale est fermée par trois étages de suture au catgut : les lèvres de l'incision antérieure sont rapprochées.

Enfin réunion de la partie antérieure de l'incision périnéale. Le vagin ainsi reconstitué était réduit à la moitié de ses parois.

Suites sans réaction. Guérison rapide ; mais 3 mois plus tard, récidive dans le cul-de-sac de Douglas et le ligament large droit. Mort 13 mois après l'opération.

OBSERVATION XXXVII

Extirpation du vagin et de l'utérus par la voie périnéale dans un cas de carcinome du vagin et de l'utérus. — OLSHAUSEN.

Madame Seelig ; 47 ans ; 4 accouchements. Ménopause il y a 5 ans. Ecoulement depuis le mois de mars 1894. La plus grande partie de la paroi postérieure du vagin est envahie par un carcinome qui s'étend sur les parois latérales, surtout du côté droit et qui atteint en haut la lèvre postérieure du col et une partie de la cavité cervicale ; le tiers inférieur du vagin est libre.

9 octobre 1894. — Opération. — Incision transversale du périnée, étendue de 9 centimètres. Décollement de la cloison et des parois latérales du vagin. Large ouverture du cul de-sac de Douglas. Renversement de l'utérus en arrière. Son fond est attiré dans l'espace situé en arrière du vagin, et les ligaments larges sont sectionnés de haut en bas. Puis le col est libéré de ses attaches et décollé de la vessie. La paroi postérieure du vagin est sectionnée de bas en haut jusqu'à un centimètre de la tumeur. Enfin ablation aux ciseaux de la portion malade de la paroi complètement décollée ; l'incision porte assez loin des limites de la tumeur.

Un grand nombre de ligatures sont nécessaires. On ferme l'ouverture péritonéale par un surjet. Suture de la plaie en avant du rectum ; le vagin est aussi suturé à sa partie supérieure. Enfin réunion de la plaie périnéale. Le nouveau vagin, constitue surtout par la paroi antérieure, est très-petit, plus des trois-quarts des parois vaginales ayant été enlevées.

L'hémorrhagie a été assez abondante ; l'opération a duré deux heures, parce qu'il était difficile de se rendre un compte exact des rapports de la vessie, et que la séparation des ligaments a réclamé des incisions supplémentaires.

Néanmoins pas de collapsus ; pas de fièvre, sauf le neuvième jour où la température monte à 39°,2.

Sortie le 31 octobre. Le vagin permettait à peine l'introduction d'un doigt. Les parois offrent une surface lisse et ferme ; consistance absolument normale des tissus voisins.

OBSERVATION XXXVIII (RÉSUMÉE)

Cancer du vagin et de l'utérus. — Extirpation par la voie sacrée.

HERZFELD.

F. A. 40 ans. Entre à l'hôpital le 8 novembre 1892.

Elle a été réglée à 15 ans. Les règles reviennent tous les mois, mais elle ont toujours été douloureuses. Première grossesse à 19 ans, suivie de cinq autres normales ; la dernière remonte à

5 ans. Dès la puberté, elle a eu des pertes blanches. Au printemps 1891, ces pertes devinrent plus abondantes, et depuis le mois d'août de la même année, les écoulements deviennent sanguinolents après le coït. La malade s'affaiblit de plus en plus. Elle sent quelque chose qui pèse du côté de la vessie, et des tiraillements dans le vagin. Enfin, la fréquence des mictions et des douleurs dans le fondement l'obligent à consulter un médecin. Elle est habituellement constipée.

Le paroi postérieure du vagin est envahie dans la moitié supérieure par un carcinome, en forme de plaque bien limitée de tous côtés. L'utérus, de volume normal, est en antéflexion et très-mobile. Le col est renflé en massue, surtout au niveau de sa lèvre postérieure qui est en contact avec le carcinome vaginal. Il est infiltré, bosselé et saigne facilement. Diagnostic : carcinome du vagin et carcinome du col (inoculation par contact). L'étendue du cancer du vagin, et la nécessité d'enlever la plus grande partie de cet organe en même temps que l'utérus rend l'opération moins praticable par la voie vaginale que par la voie sacrée.

15 novembre. — Opération. Extirpation sacrée.

Incision et résection du squelette d'après le procédé de Herzfeld. On traverse l'aponévrose prévertébrale du côté droit du rectum. Ouverture facile du cul de-sac de Douglas. On fait basculer l'utérus et on l'attire hors de la plaie.

Ligatures des ligaments larges. Libération de l'utérus dans la hauteur des tissus ainsi ligaturés. Dissection d'un lambeau péritonéal répondant au cul de-sac vésico-utérin et libération de la vessie. Suture péritonéale. Ligature de l'artère utérine. Libération du vagin dans lequel plonge le col utérin auquel on n'a pas touché. Le vagin est ouvert à un demi-centimètre au-dessous du bord inférieur du cancer que l'on sent nettement. On peut constater que le tissu périvaginal est libre et sans infiltration. On enlève l'utérus et la moitié supérieure du vagin. Suture de l'orifice qui termine maintenant le vagin à sa partie supérieure. Suture de la plaie cutanée. Durée, une heure quinze.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux.

Les suites furent très-simples. La malade guérit rapidement, sans suppuration et sans fièvre.

CONCLUSIONS

I. — L'épithélioma primitif du vagin est rare. Il s'observe surtout à l'âge de 50 à 60 ans. Les grossesses multiples semblent prédisposer à cette affection.

II. — Son siège de prédilection est la partie supérieure de la paroi postérieure du vagin. On le rencontre sous deux formes, la forme végétante ou papillaire, et la forme infiltrée ou nodulaire. Histologiquement, c'est un épithélioma pavimenteux, lobulé ou tubulé.

III. — Les symptômes principaux de l'épithélioma du vagin sont les hémorrhagies, les écoulements fétides, les douleurs, les troubles des fonctions de la vessie ou du rectum.

IV. — Les douleurs manquent parfois, et en général, elles ne présentent pas les caractères de violence et d'acuité que l'on observe dans le cancer des autres régions.

V. — La grossesse constitue une très-grave complication.

VI. — Le pronostic est des plus sombres; c'est une affection d'une malignité extrême, à marche ordinairement rapide.

VII. — Le traitement variera suivant les cas. Si la

tumeur est petite, facilement accessible, on fera l'excision simple par la voie vaginale.

Si elle siège à la partie supérieure de la paroi postérieure, si elle est étendue, le procédé de Pozzi et d'Olshausen (périnéotomie avec dédoublement de la cloison) rend les plus grands services et constitue un véritable progrès.

Si l'utérus est envahi, et qu'on veuille tenter une opération radicale, l'on pourra, à l'exemple d'Olshausen, enlever l'utérus et la partie malade du vagin par la périnéotomie et le dédoublement de la cloison ; ou bien employer la méthode sacrée.

VIII. — Si l'étendue des lésions et l'état général de la malade défendent au chirurgien de songer à autre chose qu'à une opération palliative, le traitement de choix consistera dans l'ablation à la curette des fongosités, suivie de leur cautérisation au cautère actuel.

IX. — Il faut avouer que jusqu'à présent les succès opératoires n'ont pas été nombreux, et que la récurrence a presque toujours suivi de près l'intervention.

Vu : Le Président,

A. LE DENTU.

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNOLD. Epithelioma of the vagina; removal, rapid recovery.
(Lancet. 1889)
- AUVARD. Traité pratique de gynécologie. Paris 1892, p. 176.
- BAILLY. Gazette des hôpitaux 1873.
- BARNES. A clinical history of the medical and surgical diseases of women. London 1873.
- E. BAUER. Zeitschrift für Wundärzte und Geburtshelfer, Bd. XXVIII, Heft 2.
- BEIGEL. Die Krankenh. des weibl. Geschl. t. II.
- BELLAMY. Medical Times and Gazette 1880. vol. II.
- BERRY-HART ET FRIEDLAND BARBOUR. Manuel de Gynécologie; traduction française. Paris 1886, p. 577.
- BEX. Leucopasie et cancroïdes de la muqueuse vulvo-vaginale (Th. Paris 1887).
- BIRCH-HIRSCHFELD. Path. Anat. 1876.
- BLAKOVESTCHENSKY. Gazette médicale de Paris 1890.
- BODWIN. Philadelphia med. Times. 1878.
- M^{me} BOIVIN ET DUGÈS. Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes.
- BOISSIER. Cancer généralisé ayant pour point de départ la paroi vaginale. Bulletins de la Société anatomique, 17 juillet, 1874, p. 588.
- BRISKY. Die Krankenh. der Vagina — Billroth's Handbuch, S. 151.

- BROWICZ. Centralb. f. Gynäk. 1887.
- BRÜCKNER. Der frimäre Scheidenkrebs und Seare Behandlund,
Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäk. 1881. Bd VI. Hft. I. p. 110.
- CHASSAIGNAC. Gazette des hôpitaux. 1844.
- CLEVELAND. The Clinic. 1873.
- CRUVEILHIER. Atlas d'Anatomie pathologique.
» Bulletins de la Société anatomique. 1827.
- DE BEAUVAIS. Bull. de la Soc. anat. 1846.
- DENHAM. Proc. Path. Soc. Dublin. 1865.
- DENNETIÈRES. Journ. des sc. méd. de Lille. 1890.
- DITTRICH. Prag. Vierteljahrsc. 1848.
- DU BOCAGE. Bull. de la Soc. anat. 1828.
- VON EISELBERG. Centralb. f. Gynäk. 1889.
- EPPINGER. Prag. Vierteljahrsc. 1872.
- EWINE MEARS. Phil. Med. Times. 1874.
- FARRAL. Dublin Journal. an. 39.
- FEDOROFF. J. akush i jenskboliez. S^t-Pétersbourg. 22 sept. 1888.
- FISCHER. Société de Gynécologie et d'Obset. de S^t-Pétersbourg.
22 sept. 1888.
- FOLLIN ET DUPLAY. Traité de Pathologie externe. t. VII. p. 527.
- FORTIERRE. Th. de Paris. 1892.
- FREUND. Virchow's Archiv. t. 44. 1875.
- FRITSCH. Klinik der Geburtsh. Operationen. VI Aufl. 1894.
- GAYE. Berlin. Klin. Wochensch. 1882.
- GLATTER. Viertelj. f. öffentl. Gesundheitspflege. 1876.
- GOODELL. Med. et Surg. Rep. Philad. 1882 et Boston, Gyn. J.
V. VI. p. 383.
» Internation. Clin. Philad. 1891.
- GRAMMATIKATI. Centralb. f. Gynäk. 1885.
- GRÜNEWALD. Archiv. f. Gynäk. 1877.
- GÜDER. Ueber Geschwülste der Vagina als Schwangerschafts
und Geburts complication. Bern 1889.
- GEERHEN. Der Frauenarzt. 1887.
- GORWITZ. Manuel de path. et de therap. gynécol. 1884.
- GROENISCHER. Dissertation inaugurale Munich. 1880.

- HAWLEY. N. York M. J. 1889.
HECHT. Th. inaug. Munich. 1891.
HEGAR ET KALTENBACH. Operative Gynäkol.
HERMAN. Lancet. 1886.
HERZFELD. Allg. Wien med. Zt. 1889.
» Centralb. f. Gynäk 1883.
HIRSCH. Der primäre Scheidenkrebs. Munich. 1883.
HOUZEL. Cancer du col et du vagin; hystérectomie vaginale;
guérison récidive; fistule vésico-vaginale, guérison. Bulletins
Soc. anat. 23 Mai 1890, p. 258.
JOUIN. France méd. 1882.
KASCHWAROVA-RUDNEWA. Virchow's Archiv. 1872.
KEITZMANN. Spiegebilder der gesund. und krank. Vaginalportion
und Vagina. 1883.
KIDD. Proc. Path. Soc. Dublin. 1871.
KIWITCH. Oesterr. med. Jahrb. t. 46.
KLOB. Path. Anat. der weibl. Sexualorgane Wien. 1864.
KÖHLER. Die Krebs — und Scheinkrebs — Krankheiten des Mens-
chen (Stuttgart. 1853).
KRAFFT. Revue médicale de la Suisse romande. 1893.
KÜSTNER. Archiv. f. Gynäk. Bd IX 1876, p. 279.
KYAI. Sitzungs b. d. geburtsh. gyn. Gesellsch. in Wien. 1888.
VON KIEGL. Sitzungs b. d. geburtsh. gyn. Gesellsch. in Wien.
1891.
LEBERT. Traité d'Anat. path. t. II.
LEFLAIVE. Bull. Soc. Anat. 1851, p. 187.
LEONARD. Tr. M. Soc. Mich. Lansing. 1885.
LEROY-BROWN. N. Y. med. J. 1888.
LESTER. Münch. med. Wochensch. 1889.
LISFRANC. Cliniques chirurgicales de la Pitié. t. II.
LYMAN. Boston M. and S. J. 1880.
MACKENRODT. Gesellsch. f. Geburts. und Gynäk. Berlin. 10 juin
1892.
MANGIAGALLI. Ann. di ost. Milano 1886.
A. MARTIN. Traité clinique des maladies des femmes.—

- A. MARTIN. Berlin. Klin. Wochensch. 1887.
E. MARTIN. Monatsch. f. Geb. Bd. 17.
MASSON. Gazette des hôpitaux 1844,
C. MAYER. Verhandlung der Gesellsch. f. Geburts. Berlin, 51.
MENZEL. Centralb. f. Gynäk. 1885.
A. MEYER. Zeitsch. f. Geburtsh. und Gynäk. 1891.
MORESTIN. Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée.
(Th. Paris. 1894).
MORGAGNI. De sedibus et causis morborum. XXXIX.
MUNDÉ, Amer. Jour. of Obstet. 1887.
« Amer. Journ. of Obstet. 1889.
NÉLATON. Gaz. des hôpitaux. 1850.
ODEBRECHT. Gesellsch. f. Geburtsh. und Gynäk. Berlin. 1890.
OLLIVER. Liverpool Med. Chir. Journ. 1891.
OLLIVER. Med. Press and Circ. London. 1892.
OLSHAUSEN. Centralb. f. Gynäk. Janvier. 1895.
PARRY. Philad. Med. J. Fev. 1873, et Americ. Journ. of Obst.
Vol. V, p. 163.
PCHÉLIN. Vrach. St-Pétersbourg. 1890.
PÉAN. Traité des Tumeurs de l'abdomen. t. I.
PÉAN. Leçons de clinique chirurgicale.
PERRIN. Congrès assoc. franc. pour l'avancement des sc. Mar-
seille. 1891.
PORTER. Med. News. 1887.
VON PREUSCHEN. Real Encycl. der gesammten Heilkunde. (Wien.
Urban und Schwarzenberg).
POZZI. Traité de gynécologie. Paris, 1892, 2^e édition, p. 912 et
365.
« Bull. de la Soc. de Chirurgie 19 Déc. 1894.
RECLUS. Gaz. hebdom. de méd. et chirurgie. 1887 (p. 420).
RONDOT. Gazette hebdomad. 1875, n^{os} 14, 15, 16.
ROULSTON. In Schmidt's Jahrb. 93. Bd. 5. 70.
RÜTER. Centrabl. f. Gynäk. 1887.
DE SINÉTY. Manuel pratique de gynécologie. Paris, 1879,
p. 177.

SCHMIDT. Gesellsch. f. Geburtsh. und Gynäk. zu Köln. Déc. 1891.

SCHRAMM. Soc. gynéolog. de Dresde. 1892.

SCHRÖDER. Handbuch des Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane.

SCHRÖDER. Zeitsch. f. Geburtsh. und Gynäk. 1878.

G. SCHWARZ. Ueber die Erfolge der Radical operation der Vulva und Vagina Carcinome. Berl. 1893.

SIMMONS. Tr. Edinb. Obstet. Soc. 1884-1885.

Edinb. Med. J. 1884-1885-1886.

SIMPSON. Edinb. Med. Journ. 1879 et Contributions to Obs. and Gyn. 1880, p. 205.

SPENZLER. Casper's Wochensch. 1851.

SPIEGELBERG. Lehrb. des Geburtsh. II. Th. S. 514.

STUMPF. München med. Wochensch. 1890.

V. TEUFFEL. Centralb. f. Gynæk. 1885.

Traité de Chirurgie. — t. VIII.

VIRCHOW. Pathol. des Tumeurs.

WAGNER. der Gebärmutterkrebs. Leipzig. 1858.

WALSHE. The nature and Treatment of Cancer. 1846.

VEIT. Krankheiten der weibl. Geschlechtsorg. 1867.

VEIT. Gesellsch. f. Geburtsh. und. Gyn. Berlin Mars, 1892.

VELPNER. Wiener med. Presse. 1880.

WERNITZ. Centralbl. f. Gynäk. 1894.

C. WEST. Leçons sur les maladies des femmes (trad. Mauriac), p. 777, Paris, 1870.

WESTERMARK. Hygiea. Stockolm. 1894.

WINCKEL. Lehrbuch der Frauenkrankh.

YASTREBOW. Journal d'accouchem. et de gyn. de St-Petersbourg 1888.

ZAHN. Archiv f. path. Anat. 1884.

ZIZOLD. Münch. med. Wochensch. 1889.

ZUCKERKANDL. Wiener med. Presse. 1889.

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre I. — Historique.	Page.	7
Chap. II. — Etiologie.	»	10
Chap. III. — Anatomie pathol.	»	20
Chap. IV. — Symptômes, complications pronostic . . .	»	30
Chap. V — Diagnostic	»	43
Chap. VI. — Traitement.	»	49
Observations	»	62
Conclusions	»	109
Bibliographie	»	111