

OBSERVATIONS

sur les Kystes et les Abscesses des grandes lèvres,

Présentées à la Société de médecine de Paris

PAR LE DOCTEUR BOYS DE LOURY,

Chirurgien de Saint-Lazare, médecin des Tribunaux.

(Imprimées par décision de la Société.)

J'ai l'occasion de voir très-fréquemment dans mon service de Saint-Lazare des kystes et des abcès développés dans

les grandes lèvres ; ce sujet a attiré plus d'une fois l'attention des praticiens , et il y a peut-être peu de choses à ajouter à ce qu'on en a déjà écrit ; pourtant la multiplicité des affections de ce genre qui m'ont passé sous les yeux m'a déterminé à essayer d'en présenter une nouvelle histoire. Je vais donc grouper le résultat de plusieurs observations , pour faire connaître les divers modes que ces maladies présentent , et je donnerai d'une manière complète les cas les plus intéressants.

Les kystes des grandes lèvres sont des affections qu'on rencontre souvent dans la pratique ; mais , soit que les femmes du monde préfèrent garder ou cacher le plus longtemps qu'elles peuvent une affection qu'elles avouent avec répugnance , et qui peut être portée pendant un temps plus ou moins long sans danger , soit que l'irritation portée sur ces parties et souvent répétée y détermine la formation de ces affections , il est certain que les kystes sont beaucoup plus communs dans la division des filles publiques que dans tout autre service de femmes.

Ces tumeurs occupent ordinairement une seule lèvre , plutôt la gauche que la droite ; lorsqu'il y en a des deux côtés , ces tumeurs sont souvent à la même hauteur. Lorsqu'elles n'ont pas acquis de grandes dimensions , elles peuvent ne pas paraître à l'extérieur : développées à l'orifice du vagin , elles font à peine saillir la muqueuse qui recouvre le côté interne de la grande lèvre ou le repli de la petite ; il n'y a aucun changement de couleur à la peau. Le toucher fait sentir à l'intérieur de la lèvre une tumeur arrondie qui paraît lisse , souvent dure , quelquefois élastique ; enfin on peut y sentir une fluctuation manifeste. Ces tumeurs sont ordinairement indolentes , et peuvent être

portées souvent un grand nombre d'années sans entraîner d'autre inconvénient que la gêne qui résulte du poids et de la grosseur. Je vois des femmes qui portent des kystes des grandes lèvres depuis plus de vingt ans, sans en avoir jamais été incommodées. Il y a aussi de ces kystes qui se tuméfient rapidement, la peau qui les recouvre rougit et devient douloureuse; ces circonstances se renouvellent après des fatigues, la marche, ou à l'époque des règles.

Ces tumeurs sont assez ordinairement placées au-dessous de la muqueuse, pourtant on les rencontre aussi placées profondément au milieu des tissus, elles sont presque toujours arrondies et globuleuses, J'en ai rencontré qui formaient un chapelet composé de plusieurs kystes s'étendant dans toute la longueur du vagin; j'ai vu aussi deux kystes accolés de telle manière que, l'extrémité de l'un paraissant à la grande lèvre, on pût croire en avoir débarrassé la malade, après l'avoir ouvert. Ce ne fut que plus tard que j'aperçus que, du côté du fond de ce kyste déjà ouvert, il y avait un petit orifice conduisant à une poche plus volumineuse, suivant les parois du vagin, et qui laissait écouler depuis l'opération une humeur épaisse; alors, ayant fendu toute cette poche dans la direction du vagin, et ayant écarté les bords de cette plaie de manière que le fond du kyste parût à l'extérieur, la malade obtint une guérison complète.

Les kystes diffèrent entre eux autant par leur volume que par leur nature. On en voit sous la muqueuse vaginale qui ont le diamètre d'un pois, et progressivement il y en a qui ont des dimensions très-considérables. Les premiers s'ouvrent quelquefois d'eux-mêmes, ils sont le plus souvent remplis ou d'un liquide séreux, entièrement incolore, ou d'une humeur épaisse, gluante, de couleur jaunâtre ou

opaline ; cette humeur devient purulente lorsque les parois du kyste s'enflamment, elle pourrait faire croire à un abcès. Lorsque ces tumeurs s'ouvrent naturellement, leur orifice ne se referme pas, il se rétrécit, la sécrétion de l'humeur continue à s'y faire, elle remplit l'espèce de sac qui en est la suite, et se vide de temps en temps. Elle irrite, enflamme les parties voisines, y cause des abcès ; le seul moyen d'éviter ces accidents est d'ouvrir assez largement ces tumeurs pour que le fond puisse se rapprocher.

Ces kystes peuvent acquérir assez rapidement de grandes dimensions, ils dépassent facilement la grosseur d'une noix. Ils sont remplis par une matière liquide ; tantôt la fluctuation y est manifeste, d'autres fois la membrane du kyste est fort distendue par la matière qui y est accumulée, la tumeur semble formée par un tissu dur, sans élasticité ; cependant l'ouverture de ces kystes donne issue à un liquide tantôt purulent, tantôt d'une autre nature. Rien n'est plus variable que la nature des matières que ces kystes renferment, depuis le liquide le plus clair et le plus transparent jusqu'à une matière épaisse, noirâtre et ressemblant à du méconium, depuis un liquide purulent jusqu'à un ichor sanguinolent. J'ai même vu ces tumeurs contenir un sang qui avait l'apparence du sang veineux pur. Rien n'est plus commun, lorsqu'elles sont ouvertes, que d'en voir sortir du sang aux époques menstruelles. La matière peut être inodore, d'une odeur fade ou bien fétide ; elle contracte assez souvent l'odeur des matières fécales, ainsi que cela a lieu pour les abcès de ces parties et de la marge de l'anus.

Lorsque ces tumeurs ont été ouvertes avec le bistouri, on voit la membrane qui forme leur enveloppe, blanche, organisée, lisse, sans cloison, présentant quelquefois de petits

vaisseaux qui rampent à sa surface. Ces membranes acquièrent une épaisseur plus ou moins grande que je n'ai pas vu dépasser deux millimètres, elles ont l'apparence des synoviales et des séreuses par le poli et le brillant qu'elles acquièrent; elles paraissent tenir aussi des membranes fibreuses par leur résistance, elles ont dans toute leur étendue une épaisseur semblable.

D'autres kystes renferment une matière grasseuse, ce sont des mélicéris, des stéatomes qui se sont développés à la face interne des grandes lèvres ou à l'intérieur du vagin, plus consistants, plus épais que les premiers dont nous venons de nous occuper; l'on n'y sent jamais de fluctuation, ils sont durs, ou la matière qu'ils renferment légèrement ramollie permet la dépression sous le doigt, mais il n'y a pas d'élasticité. Ces kystes peuvent acquérir des dimensions très-considérables, le tissu cellulaire qui les enveloppe se durcit autour, de manière à former, à la membrane kystique, une lame externe; l'interne, au lieu de prendre l'apparence de séreuses, se couvre de villosités; elle est tomenteuse, ses villosités adhèrent souvent aux matières qui y sont contenues.

Enfin, il y a de ces kystes que l'on peut appeler fibreux, à cause de leur texture qui paraît consister principalement en tissu de cette nature. Outre cette substance qui semble souvent être la continuation de leur enveloppe qui est épaisse et solide, on y rencontre des plaques osseuses ou gypseuses. On voit aussi une partie de ces tumeurs être formée de substance transparente et gélatiniforme. Ainsi que dans les kystes de l'ovaire, on y a rencontré, mais rarement, des dents et des poils. Ces derniers kystes ont donc la composition la plus complexe, ce sont aussi ceux qui offrent le plus de dan-

gers, puisque la dégénérescence cancéreuse en est souvent la suite.

J'ai eu occasion de voir de ces kystes acquérir un très-grand volume. Une vieille femme entra à Saint-Lazare avec deux tumeurs occupant les grandes lèvres, chacune d'elles avait les dimensions d'un œuf de poule. Leur poids avait abaissé les lèvres qui étaient hypertrophiées, le clitoris avait été entraîné et grossi de manière à simuler un pénis ; au premier abord, on aurait cru voir les parties génitales d'un homme. J'ai retrouvé la même disposition sur le cadavre d'une femme noyée, les tumeurs étaient encore plus volumineuses, elles étaient formées d'une substance grasseuse en partie ramollie au centre, et qui était convertie en une humeur épaisse d'un vert noirâtre.

La nommée Lebrun, âgée de quarante-cinq ans, ancienne fille publique, actuellement revendeuse, entra, le 15 avril 1834, dans mon service. Elle portait à la partie interne de la lèvre gauche une tumeur dure, sans élasticité, qui s'étendait dans la direction du vagin, proéminait sous la muqueuse, s'enfonçant ensuite profondément ; on ne pouvait juger entièrement son volume qui paraissait très-considérable. Cette femme portait depuis plus de douze ans cette tumeur qui la gênait lorsqu'elle marchait long-temps et qui l'empêchait de s'asseoir ; sa pesanteur avait fait descendre la lèvre de ce côté à plus de huit centimètres au-dessous de l'autre. La tumeur comprimait l'autre côté du vagin, et cette compression devenait parfois douloureuse. Cette femme ayant été décidée à l'opération, je pratiquai une incision s'étendant sur toute la longueur de la muqueuse de la grande lèvre ; cette incision aurait été insuffisante pour mettre à découvert une assez grande partie de la tumeur, je fus obligé d'en pratiquer une

seconde s'étendant profondément dans le vagin, et venant se réunir à la première en T. La dissection de cette tumeur fut longue et laborieuse; lisse en avant, il n'en était pas de même sur les côtés et en arrière; elle présentait des anfractuosités, et il y avait des adhérences fort intimes avec le tissu cellulaire environnant. Plusieurs artérioles furent ouvertes, et j'eus grande peine à attirer la tumeur au-dehors, elle s'étendait si profondément que je craignais d'aller intéresser le rectum. Le sang fut facilement arrêté, la plaie résultant de l'opération paraissait très-profonde après l'extraction de la tumeur, elle fut remplie de charpie; il ne se développa aucun accident, la suppuration fut fort abondante, la guérison était complète en six semaines. La tumeur était oblongue; elle avait quatorze centimètres dans son plus grand diamètre. Elle était recouverte d'une membrane kystique épaisse, qui avait contracté des adhérences intimes avec les parties environnantes dans plusieurs points de son étendue. Sa substance avait dans certaines parties de l'analogie avec les cartilages, et dans d'autres l'apparence grasseuse. Cette dernière matière formait la plus grande partie de cette tumeur. Six ans se sont écoulés depuis que cette femme a été opérée, plusieurs fois j'ai eu occasion de la revoir, et malgré la nature douteuse de cette tumeur, rien ne fait supposer qu'elle doive reparaitre.

Mélanie Noël, âgée de vingt-six ans, entre à Saint-Lazare le 20 mars 1835; elle porte dans la grande lèvre droite une tumeur arrondie, volumineuse, qui paraît placée sous la peau, mais cette dernière est tuméfiée, dure, infiltrée et comme lardacée; en faisant une incision sur la longueur de la lèvre pour pénétrer jusqu'à la tumeur, la peau crie sous le scalpel; en la pressant il en sort une sérosité san-

guinolente; elle est épaissie de plus du double; le tissu cellulaire placé au-dessous est dur et infiltré, il se confond presque par sa densité avec la substance de la tumeur elle-même. Cette tumeur est extrêmement adhérente de tous côtés aux parties qui l'environnent; elle est formée d'une substance lardacée, présentant quelques points durs, les uns crétacés, les autres osseux; elle ne contient aucune matière liquide. Son aspect est de mauvaise nature, la peau qui la recouvre semble participer de cet état squirrheux; j'enlève toute cette portion de peau jusqu'à l'endroit où elle reprend son épaisseur ordinaire et où elle paraît saine. Les bords de la plaie ne furent pas rapprochés, mais remplissant de charpie la cavité qui était occupée par le kyste, j'entreteins long-temps la suppuration et la malade sortit complètement guérie, sans avoir eu depuis d'apparence de récidive.

Il n'est pas commun d'avoir affaire à des kystes aussi volumineux que ceux qui font le sujet des deux observations qui précèdent. Les kystes les plus ordinaires sont de l'espèce de ceux dont j'ai parlé d'abord, c'est-à-dire remplis d'un liquide. Dans ce cas, il est très-difficile de disséquer et d'isoler complètement la membrane kystique des parties environnantes sans l'ouvrir; il faut avoir le soin d'en disséquer toute la partie antérieure et la plus accessible au bistouri, ou bien de l'ouvrir très-largement, et d'enlever tout ce qu'on peut de cette membrane; c'est ce qu'on peut faire avec le bistouri, en soulevant les lambeaux avec une pince ou avec des ciseaux courbes sur le plat. Ce dernier procédé est le plus commode et le plus prompt. Si on ne peut parvenir à enlever toute la membrane à cause de la profondeur à laquelle elle est située, il faut au moins la fendre avec le bis-

lourdi boutonné, et tamponner avec de la charpie pour empêcher les bords de se rapprocher. Lorsqu'une assez grande partie du kyste ne peut être enlevée, il faut y déterminer l'inflammation. Je me suis très-souvent servi avec avantage, dans ces circonstances, de l'onguent styrax et du digestif animé; au bout de quelque temps, lorsque l'inflammation a été suffisamment développée, la membrane kystique est détruite, et la plaie rentre dans les conditions ordinaires.

Il arrive très-communément que ces kystes s'ouvrent seuls par suite d'inflammation; presque toujours l'ouverture, au lieu d'être située à la partie la plus déclive, est à la partie moyenne. Le kyste ne se vide pas en totalité, il se remplit et se vide alternativement. L'ouverture se rapproche quelquefois, mais non d'une manière assez solide pour empêcher que la matière ne s'écoule de temps en temps. Il y a des femmes qui, régulièrement aux époques menstruelles, voient leur kyste s'ouvrir, donner issue à une matière sanguinolente, et se refermer ensuite. Lorsque ces kystes sont portés depuis long-temps, leur ouverture finit par s'agrandir et ne pouvoir se refermer; alors une certaine quantité de matière suinte continuellement, salit les parties, coule dans le vagin, y détermine de l'irritation, de l'inflammation, et devient une incommodité fort désagréable.

Je dois ici rapprocher une autre lésion, qui peut être confondue dans certaines périodes avec l'affection dont je parle, car elle suit la même marche et exige le même traitement. Les abcès des grandes lèvres, maladie très-commune, doivent être ouverts de très-bonne heure et très-largement; si on n'agit pas ainsi, il en résulte les accidents dont je vais parler. Dans aucune partie du corps, la membrane puogénique n'est formée aussi promptement qu'aux grandes lè-

vres ; si on ouvre ces abcès un peu tard, une membrane semblable à celles des kystes est déjà organisée, et l'on a à traiter une affection en tout pareille aux suites d'une ouverture de kyste, à cette différence près, que comme la distension des parties s'est faite bien plus rapidement pendant la formation d'un abcès que pendant celle d'un kyste, les parties ont beaucoup plus de tendance à se rapprocher ; alors l'ouverture que l'on a pratiquée, ou qui s'est faite naturellement, diminue beaucoup ; elle devient très-petite ; il s'établit une fistule d'abord incomplète, mais qui peut finir par s'ouvrir soit dans le vagin, soit dans le rectum. Ainsi, si j'ai recommandé d'ouvrir largement les kystes développés aux grandes lèvres, j'insiste bien plus pour ouvrir largement les abcès des mêmes parties ; l'ouverture s'en fermera d'autant mieux et plus rapidement, et la cicatrice qui en résultera sera toujours bien moins désagréable que les accidents qui proviennent de l'oubli de ce précepte. J'ai vu fréquemment de petits abcès des grandes lèvres donner lieu à des fistules borgnes, ou même complètes, parce qu'on avait négligé de pratiquer une large ouverture. On conçoit qu'il est aussi fort important de tamponner le fond de la plaie, et de provoquer la suppuration, tant pour empêcher la réunion des bords de la plaie que pour détruire la membrane kystique.

Lorsqu'une fistule, résultant d'un kyste ou d'un abcès, est formée, que reste-il à faire ? Elles sont souvent assez profondes pour s'étendre à cinq ou six centimètres de longueur, et même davantage, tantôt en suivant la muqueuse vaginale, tantôt en s'enfonçant dans le tissu cellulaire du périnée, ou gagnant le rectum. Ces fistules ont quelquefois une telle profondeur, qu'on y introduit des stylets ordinaires sans être arrêté par leur fond ; le doigt introduit dans le rectum sent filer la

sonde contre l'intestin auquel elle vient aboutir souvent à une grande hauteur. Ces fistules sont tellement étroites, que le stylet ne peut dévier ni à droite ni à gauche, et qu'il semble qu'il n'y ait passage que pour l'instrument. Dans de pareilles circonstances, j'ai fait passer une sonde cannelée jusqu'à l'extrémité du sinus, puis j'ai introduit un bistouri boutonné, et j'ai fendu dans toute la longueur de la fistule. Il m'est arrivé de ne pouvoir introduire le bistouri avec la sonde, la fistule était trop étroite; dans ce cas, en faisant écarter l'autre côté du vagin pour donner plus de facilité aux incisions, j'ai coupé la muqueuse de dehors en dedans, en me servant de la sonde pour point d'appui. Dans aucun cas je n'ai vu d'hémorrhagie grave résulter de cette opération, et la guérison a toujours été complète. En examinant quelque temps après la place sur laquelle on a agi, on ne trouve plus de différence d'épaisseur avec les autres parties, quoiqu'au moment où l'opération a été pratiquée il eût semblé que le stylet percerait au moindre effort le rectum, et y pénétrerait. Mais il arrive souvent qu'on a affaire à des femmes pusillanimes, qui ne veulent pas se soumettre à l'opération; on ne peut alors que leur recommander des soins de propreté, des injections fréquentes dans le trajet fistuleux pour le nettoyer des matières qui s'y amassent; et malgré ces précautions, il est rare qu'au bout d'un certain temps ces fistules ne deviennent pas complètes. Je dirai plus tard ce qu'il faut alors tenter pour leur guérison.

Je fus appelé, au mois d'avril dernier, chez une dattie portant un abcès très-volumineux développé dans la grande lèvre gauche. Cet abcès faisait éprouver d'atroces douleurs à la malade; il fut ouvert très-largement, et il donna issue à une grande quantité d'un pus épais, noirâtre, qui avait l'o-

deur stercorale. Au moment où cet abcès fut ouvert, j'introduisis le doigt dans l'incision que je venais de pratiquer, je trouvai le foyer profond, irrégulier et anfractueux; la membrane puogénique n'était pas encore développée. Je tamponnai fortement, et j'écartai le plus possible les bords de la plaie. Quoique j'eusse fendu la grande lèvre dans presque toute sa longueur, je ne pus empêcher la plaie de se réunir trop tôt à l'extérieur. L'inflammation chez cette femme, d'un tempérament mou et lymphatique, céda de bonne heure. La suppuration continuait depuis plus de trois mois, malgré des injections tantôt stimulantes, tantôt styptiques. Le stylet passe maintenant dans toute sa longueur, en côtoyant le rectum, sans y pénétrer. Je ne recommande plus à cette femme que des soins de propreté, des injections fréquentes dans le trajet fistuleux, pour empêcher que l'humeur ne s'y amasse, et que le fond, en s'enflammant, ne forme une fistule complète.

J'ai vu ces abcès guérir après avoir été long-temps portés et avant la formation d'une fistule complète. Voici ce qui se passe : L'inflammation se manifeste près de l'ouverture fistuleuse, soit en dedans, soit en dehors; cette inflammation, d'abord bornée, occasionne une petite tumeur semblable à un furoncle, qui bientôt s'abcède, s'ouvre naturellement, ou bien est ouverte au moyen d'un coup de lancette; mais, dans tous les cas, une fois l'ouverture établie, il y a bientôt communication entre le foyer de l'abcès et la nouvelle ouverture; une sonde y pénètre avec facilité : il y a donc un pont qui sépare les deux issues; il est souvent détruit de lui-même par l'inflammation qui se communique de proche en proche; si l'inflammation est limitée on coupe cette bride, alors l'orifice de la fistule se trouve agrandi, il de-

vient facile de porter jusqu'à son fond des pansements excitants ; bientôt on voit ce fond se rapprocher, et la guérison s'obtient complètement.

Chez une personne que je soignais dernièrement, la marche fut telle que je l'indique; la fistule était très-profonde. Au bout d'un certain temps, il se forma au-dessus et en dedans de l'orifice de la fistule un nouvel abcès assez petit qui communiqua bientôt avec le premier, de sorte qu'il y avait une bride assez large entre les deux orifices. Je commençai par réunir les deux ouvertures, ce qui me donna plus de facilité pour introduire un bistouri boutonné, avec lequel je fendis la fistule dans toute sa longueur.

Après des kystes ou des abcès des grandes lèvres, il se développe souvent plusieurs petits abcès qui se succèdent pendant plusieurs mois; tous finissent par communiquer avec le premier trajet fistuleux. Il faut alors réunir chaque ouverture à la première à mesure qu'il en paraît une nouvelle; par ce moyen, l'orifice ne se rétrécit pas, et la guérison finit par s'obtenir. Un des faits les plus graves que j'aie rencontrés dans ce genre est le suivant :

Louise D..., âgée de seize ans, fut confiée par son père, officier en garnison dans une ville du midi, à un de ses amis pour la ramener à Paris chez sa mère. Cet homme abusa de cette jeune fille pendant la route, et l'abandonna dans un hôtel après l'avoir infectée de la syphilis. La jeune fille resta deux mois sans secours, sans traitements; l'inflammation s'empara des parties, en même temps que des chancres et des végétations s'y développaient. Lorsqu'elle arriva dans mon service, les parties génitales étaient couvertes de végétations; un abcès, qui s'était développé dans la lèvre gauche, s'était ouvert seul; il en était résulté une fistule in-

complète dont le fond reposait sur l'intestin rectum. Cette jeune fille fut mise au traitement anti-syphilitique complet à son entrée à Saint-Lazare, en même temps qu'on tenta de calmer l'inflammation avec les bains et les applications émollientes. Ce traitement fut suivi pendant un mois avant d'enlever aucune végétation ; alors elles furent coupées et cautérisées avec le nitrate d'argent. Le traitement, suspendu pendant huit jours, fut repris avec le proto-iodure de mercure et la tisane de Felz. Toutes les végétations guérissent et ne repullulent plus après deux mois de traitement. C'est alors que j'essayai de donner une meilleure direction à l'ouverture fistuleuse : elle est agrandie, la cavité est tamponnée avec la charpie enduite d'un onguent digestif, mais cette première incision ne suffit pas pour la guérir. Un autre trajet fistuleux se manifeste trois semaines après, en dehors et en bas : ce trajet est réuni au premier et pansé de la même manière. Deux mois plus tard, une autre ouverture se forme au-dessous de celle que j'avais pratiquée ; une sonde qui y est introduite pénètre à quatre centimètres ; des injections faites dans cette ouverture ressortent au-dessus par l'ancienne fistule, l'espace qui les sépare est coupé. Enfin, deux autres petits abcès se développent encore ; ouverte avant leur complète maturité, la sonde pénètre également dans le premier foyer ; des incisions vinrent aussi les réunir. Ce fut la dernière opération ; l'orifice primitif, entouré de tous côtés par les trajets ouverts, s'est bientôt refermé. La jeune fille sortit enfin de l'hospice entièrement guérie, mais après un séjour de plus d'une année.

Cette dernière observation, qui est celle d'une fille atteinte d'une maladie syphilitique grave, qui a dû contribuer, ainsi que la constitution délicate de la malade, à en-

tretonir et à compliquer la guérison de cette longue affection, me rappelle un fait que j'ai souvent observé, et qui, je crois, n'a été écrit nulle part.

On rencontre des femmes portant des végétations agglomérées en une plaque arrondie, bien circonscrite, variant de dimensions, mais ayant toujours au moins un centimètre et trois au plus de diamètre. Cette plaque est formée de petites végétations pressées les unes contre les autres, assez élevées au-dessus du niveau de la peau, mais déprimées au centre. Cette plaque est assez souvent solitaire, c'est-à-dire que la femme ne présente sur les parties aucune autre végétation; d'autres fois, il y a quelques végétations disséminées. Si on coupe sans y faire plus d'attention cette plaque, qu'on la cautérise souvent et en apparence profondément, on ne tarde pas à voir reparaitre cette végétation affectant toujours la même forme, malgré le traitement antisypilitique, malgré les opérations fréquemment répétées. En examinant le centre légèrement déprimé, en pressant autour et sur la végétation elle-même, on verra sortir de ce centre un peu de matière, soit purulente, soit un liquide blanchâtre. En écartant les végétations du centre, on trouvera une ouverture très-petite, et il n'est jamais douteux de pouvoir y pénétrer avec un stylet qui s'enfonce à une profondeur plus ou moins grande. Il est donc démontré que l'on a, dans cette circonstance, affaire à un kyste ou à un ancien abcès ouvert et resté fistuleux; les bords et l'orifice interne de la fistule se sont garnis de végétations que l'on ne peut faire disparaître qu'en fendant le kyste dans toute sa longueur. Il n'est pas rare alors de voir tout l'intérieur de ce kyste couvert de végétations; mais, dans tous les cas, cette petite opération et le traitement antisypilitique en sont toujours

justice. Dans le commencement de ma pratique à Saint-Lazare, j'eus l'occasion d'observer pour la première fois ce fait. Voici ce que je retrouve dans mes notes :

Vincent, âgée de vingt ans, entra le 19 juillet 1833 à Saint-Lazare pour des végétations très-considérables et nombreuses aux parties génitales et à l'anus ; elle portait sur la petite lèvre droite, à l'orifice du vagin, une végétation à large pédoncule qui s'étendait jusque dans l'intérieur du vagin. Cette végétation de forme ovale avait plus d'un pouce (3 centimètres) de diamètre, elle était rouge, fongueuse, aplatie au centre, sa forme ne pouvait être mieux comparée qu'à celle d'une figue sèche. Première infection ; entrée après deux mois d'invasion ; mise au traitement par la liqueur de Wan-Swiéten, frictions mercurielles, sirop sudorifique, bains, etc. J'excisai les végétations trois semaines après son entrée à l'hôpital. Malgré le traitement la grande plaque reparait, les autres végétations guérissent. Je suis obligé d'exciser encore cette végétation le 22 août et de cautériser fortement ; c'est lorsque l'esclaire est tombée que j'aperçois de petites végétations qui renaissent à la même place, et à leur centre l'orifice d'un trajet fistuleux. Il est ouvert dans toute son étendue, et débarrassé des végétations qui occupaient l'intérieur de ce canal. La malade sort parfaitement guérie le 23 septembre.

Ce fait s'est rencontré, depuis, plus d'une fois dans ma pratique et ne m'a jamais trompé. L'on peut admettre comme règle générale que, lorsqu'on voit à la partie interne des grandes lèvres ou à l'orifice du vagin une plaque végétante semblable à celle dont je viens de faire la description, le centre de cette végétation doit communiquer avec un trajet fistuleux ; on peut porter ce diagnostic, même avant

d'avoir pressé sur cette plaque et d'avoir vu s'échapper de son centre une matière purulente.

Les kystes après avoir été ouverts, ou les foyers des anciens abcès peuvent former une fistule complète; j'ai dit jusqu'à quelle profondeur ces trajets pouvaient s'étendre. L'on conçoit que l'on regarde à deux fois pour opérer des fistules aussi considérables, lorsque surtout le résultat en est à peu près aussi peu satisfaisant que l'infirmité elle-même. Une paysanne d'une trentaine d'années, des environs de Versailles, entra à Saint-Lazare, portant sur le côté interne inférieur de la grande lèvre droite, et dans le vagin, l'orifice large et béant d'une fistule qui s'étendait jusqu'à plus de huit centimètres de profondeur dans le rectum. Cette fistule était une infirmité des plus dégoûtantes; la malade me supplia de l'opérer. Après cette opération, l'ouverture du vagin et l'anus ne formèrent plus qu'une espèce de cloaque dont on ne rencontrait la séparation qu'en écartant les lèvres; elle se trouvait à plus de cinq centimètres au-dessus. La plaie resta long-temps ulcérée, la cicatrisation ne fut même jamais complète. C'était peut-être ici le cas de pratiquer l'autoplastie, comme dans la rupture du périnée; mais, outre que la malade ne voulut pas s'y soumettre, les résultats que je connaissais de cette opération n'étaient pas très-encourageants pour me la faire tenter. En effet, il m'est passé par les mains plusieurs malades chez lesquelles on avait voulu pratiquer la restauration du périnée; cette opération avait bien formé entre l'orifice du vagin et du rectum une cloison, mais le fond ne s'était pas réuni, de sorte que ce n'était qu'un pont qui n'empêchait pas les matières fécales de pénétrer dans le vagin: c'était une large et nouvelle fistule substituée à l'ancienne. L'espace compris

entre le pont et le reste de la cloison recto-vaginale était toujours trop considérable pour espérer de pouvoir les réunir par une opération nouvelle. Chez une de ces malades, cette cloison se rattache en dehors des parties, si bien qu'elle empêche cette femme d'écarter les cuisses l'une de l'autre ; c'est pourtant de cette malade que plusieurs journaux de médecine ont entretenu, il y a six ou sept ans, assez longuement leurs lecteurs.

Ainsi, lorsque la fistule est complète et profonde, mon avis est que l'opération par incision n'est plus indiquée. J'ai alors essayé d'un autre moyen conseillé par les auteurs, et qui, s'il ne m'a pas toujours réussi, n'a pas augmenté l'infirmité, et dont même j'ai obtenu des résultats très-satisfaisants ; c'est l'injection de liquides caustiques dans le canal fistuleux. Parmi plusieurs observations, je choisis la suivante.

La nommée Cuiret, Joséphine, âgée de vingt-sept ans, fut reçue le 2 juillet 1855 pour un abcès à la petite lèvre gauche qui s'était ouvert avant son entrée à l'hôpital ; cet abcès paraissait avoir une grande profondeur, il n'y avait pas d'inflammation autour. Les bords en furent excisés, et je fendis la muqueuse vaginale dans une grande étendue ; pourtant le mal ne guérit pas ; une sonde est de nouveau introduite dans l'orifice, elle pénètre dans le rectum à plus de quatre centimètres de hauteur. Ce trajet est trop étendu pour que je puisse l'opérer. Après avoir fait vider l'intestin, je tamponne avec des bourdonnets de charpie l'intérieur du rectum, de manière à remplir la partie inférieure de cet intestin et le distendre ; alors j'injectai dans le trajet de la fistule du nitrate acide de mercurie très-peu étendu d'eau. Immédiatement après je tamponnai fortement le vagin, de

manière à opérer une compression assez forte sur la cloison recto-vaginale. L'inflammation s'est développée avec violence; une partie de la muqueuse vaginale entourant l'orifice fistuleux se détache en eschares, on est obligé de calmer cette inflammation avec les bains. Bientôt la malade éprouve chaque jour de l'amélioration, l'inflammation finit par céder entièrement; il reste pendant quelque temps une ulcération causée par les caustiques, mais le trajet fistuleux est complètement fermé, on ne peut le retrouver. Cette fille sort le 16 septembre.

J'ai tenté un mode opératoire que je n'ai essayé qu'une seule fois et qui demanderait de nouvelles observations. Une fille entra dans mes salles le 14 mai 1836, portant une fistule recto-vaginale, résultant d'un abcès qui s'était formé à la partie inférieure et interne de la grande lèvre gauche. La fistule est peu étendue, elle tombe presque directement sur le rectum: j'essai la cautérisation par le nitrate acide de mercure; la fistule est seulement plus élargie. Au moyen d'un bistouri boutonné et à lame très-étroite, dirigé dans le sens de la fistule et dont l'extrémité était reçue sur la pulpe de mon index gauche introduit dans le rectum, il me fut assez facile de rafraîchir les bords de la fistule de manière à en faire une plaie saignante. Ayant passé deux aiguilles dans la muqueuse de manière à faire adhérer les bords saignants, je laissai en place pendant quatre jours ces deux aiguilles; l'inflammation avait paru assez intense pour devenir adhésive; pourtant le recollement ne s'opéra en aucune manière, et cette fille sortit sans être guérie.

De cette série d'observations, je crois qu'on peut tirer les propositions suivantes:

1° Les kystes et les abcès des grandes lèvres sont des affections assez communes. Quoique différant beaucoup entre elles par leur nature, il arrive une période de leur existence pendant laquelle ils peuvent être confondus ensemble par leur aspect et par le traitement qu'ils exigent.

2° L'ouverture des kystes et des abcès des grandes lèvres doit être faite très-largement ; il ne faut pas craindre d'enlever le plus possible la membrane qui tapisse le fond de la cavité.

3° Plusieurs de ces kystes, qui sont formés de tissus solides, peuvent prendre un mauvais caractère, devenir squirreux, et l'on peut voir cet état se communiquer aux parties voisines.

4° Les abcès des grandes lèvres doivent être ouverts de très-bonne heure, si on veut éviter qu'ils deviennent très-profonds, et qu'il ne se forme une membrane semblable à celle des kystes.

5° Lorsque l'on trouve sur un des côtés de l'orifice du vagin une plaque de végétation déprimée à son centre, on peut, de prime abord, savoir qu'on a affaire à un ancien abcès ou à un kyste, dont l'orifice est caché au milieu des végétations.

6° Les fistules incomplètes des grandes lèvres, tout en s'étendant jusqu'à la muqueuse du rectum, se guérissent au moyen d'une incision arrivant jusqu'à leur fond, quelle que soit leur profondeur.

7° Lorsque ces fistules sont devenues complètes, le meilleur mode opératoire paraît être l'injection caustique dans le trajet fistuleux, en y unissant la compression.