

§ I. — Causes.

On croyait d'abord qu'une des principales causes de cette affection était l'abus du coït; mais Parent-Duchâtelet (1) montre que c'est là une opinion erronée. Parmi toutes les prostituées inscrites à Paris (environ 6,000), il n'y en avait que trois atteintes d'hypertrophie du clitoris, et aucune de celles-ci n'avait plus abusé du coït que les autres. D'autre part, on a trouvé le clitoris normalement développé chez des femmes se livrant d'une façon déréglée à leurs passions.

§ II. — Symptômes.

Les premiers signes sont ceux qui résultent de la disproportion des parties. Dans quelques cas, le coït a été rendu impossible; la marche était pénible. Chez quelques femmes la sensibilité de l'organe était absolue; moins souvent elle était augmentée, et chez ces dernières nous avons constaté la prédominance de désirs génésiques. L'hypertrophie peut être congénitale, ou bien encore la conséquence de l'inflammation.

Cette partie peut être aussi le siège de dépôts squirrheux, le plus souvent coïncidant avec un état morbide analogue de l'utérus; alors elle s'ulcère, devient douloureuse; il s'en écoule une sanie fétide, et la malade meurt (2).

A la Société médicale de Westminster, 14 novembre 1840, une pièce anatomique fut présentée, montrant les organes génitaux externes, l'utérus et les annexes d'une dame de quarante-cinq ans, qui était morte, pensait-on, d'un cancer utérin. La malade fut vue pour la première fois au mois de février 1840. Le médecin aperçut à ce moment le clitoris hypertrophié, dur, très sensible, et oblitérant en grande partie le vagin. Bientôt le clitoris s'ulcéra, et peu à peu fut détruit. L'ulcération gagna les nymphes et arriva jusqu'aux os du pubis.

La malade succomba. Les organes internes, l'utérus et ses annexes étaient parfaitement sains.

§ III. — Traitement.

Si l'hypertrophie est légère, des astringents ou des caustiques peu énergiques suffiront; mais si elle est assez considérable pour apporter des troubles sérieux, si le clitoris est devenu sensible au point de déterminer de l'excitation génésique exagérée, le seul remède est l'amputation. Celle-ci sera faite par excision ou par ligature. Si la tumeur est

(1) Parent-Duchâtelet, *De la prostitution dans la ville de Paris*, 3^e édition, Paris, 1857.

(2) Dewees, *On diseases of Females*, p. 25. — *Lond. Med. Journ.*, vol. II, p. 115. — *Bull. médic. belge*, juin 1835.

petite, peu vasculaire, le bistouri est préférable; il est plus expéditif, et le sang sera facilement arrêté par des styptiques ou par le froid. Si la tumeur est très volumineuse, il vaudra mieux employer une ou plusieurs ligatures, et vingt-quatre heures après, pratiquer l'excision au-dessous de la tumeur, ou bien on l'enlèvera au moyen de l'écraseur.

Dans l'observation de M'Clintock, le clitoris fut d'abord enlevé au moyen d'une ligature; plus tard, trois ligatures furent appliquées sur les nymphes, et après deux jours l'excision fut pratiquée. On se servira ensuite de lotions astringentes, et la malade sera tenue au repos.

Si, lorsque le clitoris est envahi par quelque production maligne, nous pouvons être sûrs que l'utérus est sain, il faudra l'enlever; mais il ne faut pas compter sur une cure radicale; et si l'on risque une opération, il faut avoir bien soin d'enlever toute la partie malade.

CHAPITRE V

TUMEURS DE L'ORIFICE DE L'URÈTHRE

ARTICLE PREMIER

TUMEURS VASCULAIRES

La plus fréquente de ces excroissances douloureuses est la petite tumeur vasculaire. Elle fut décrite pour la première fois par Sharp, en 1750. Il constate que « de petites excroissances peuvent occasionner de violents désordres dans un organe aussi délicat que l'urèthre. »

Nous en avons rencontré un exemple remarquable dans l'urèthre d'une jeune fille vierge: ces petites tumeurs s'étaient développées à l'orifice du méat urinaire, et pendant plusieurs mois avaient causé de cruelles douleurs, qui continuèrent jusqu'au moment où les tumeurs furent enlevées (1).

Cette affection fut aussi décrite par Morgagni, qui dit: « En examinant le corps d'une vieille femme, en 1751, je rencontrai une excroissance triangulaire à l'orifice externe de l'urèthre, mais elle n'était pas saillante. » On rencontre quelquefois, attachée à l'orifice de l'urèthre, une excroissance rouge et fongueuse, offrant le volume d'un haricot.

Après ces auteurs, M. Hughes, de Strond-Water, dans le Gloucestershire, en 1768, décrit ces tumeurs de la façon suivante: « Elles sont rouges, d'une texture molle et spongieuse, présentant une surface découpée, douloureuses au toucher; elles laissent sourdre une sérosité sanguinolente. » M. Hughes enleva le méat urinaire et guérit complètement sa malade (2).

Depuis lors, cette affection a été décrite avec plus de soin par Blom-

(1) *Critical Inquiry to the present state of surgery*, 1750, p. 168.

(2) Hughes, *Medical facts and Observations*, vol. II, p. 26.

field (1), Norman (2), Sharp, Warner, Jenner, sir M. C. Clarke (3), Wardrop (4), Velpeau (5), Hosack, Rosenmuller, Vogel, Kaldebrand, Drokaska, et enfin les écrivains les plus récents sur les maladies des femmes.

Règle générale : cette affection est plus fréquente chez les jeunes femmes ou chez les femmes d'un âge moyen ; cependant il y a de nom-

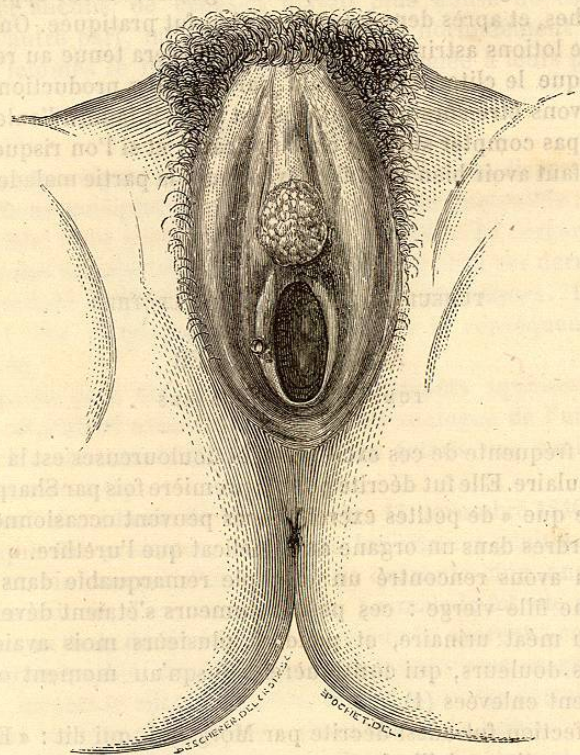


Fig. 53. — Tumeurs vasculaires de l'orifice de l'urèthre (Boivin et Ducès, Atlas, pl. XLI, fig. 1).

breuses exceptions. Davis en a observé un fait chez une femme de cinquante ans. Safford Lee a rencontré de ces tumeurs indistinctement à tout âge. Norman en a rencontré deux cas, l'un chez une femme de cinquante ans, et un autre chez une femme de cinquante-deux ans. Nous en avons trouvé chez des sujets beaucoup plus âgés encore, entre autres chez une femme de soixante-dix ans. On en observe aussi chez de très jeunes individus.

(1) Blomfield, *Chirurg. Observations*, vol. II, p. 296.

(2) Norman, *Edinb. med. Journal*, juin 1849.

(3) Clarke, *Diseases of Females*, vol. I, p. 289, et *Lond. med. Journal*, vol. VII, p. 260.

(4) Wardrop, *Lancet*, vol. XIII, p. 784.

(5) Velpeau, *Journal hebdomadaire*. Paris, juillet 1846.

§ I. — Causes.

Les causes de ces tumeurs, comme celles de toutes les autres tumeurs vasculaires, sont très obscures. L'âge ne peut être qu'une cause très secondaire, ainsi que le tempérament. Il est possible qu'une inflammation circonscrite au pourtour de l'orifice puisse avoir sur leur production une notable influence.

§ II. — Symptômes.

Au début, les symptômes sont peu marqués ; puis surviennent des tumeurs qui augmentent en même temps que la tumeur s'accroît. Les symptômes caractéristiques sont : une douleur intense dans la vulve, augmentant à la pression et par la marche, une sensation de poids, quelquefois des douleurs autour des reins et dans les cuisses, des envies fréquentes d'uriner et généralement, mais non toujours, une douleur aiguë au moment de l'émission des urines. Arrivées à ce point, les malades ne peuvent plus marcher ; le coït est devenu impraticable, et l'angoisse perpétuelle dans laquelle se trouve la patiente la rend faible, irritable, déprimée, et fait craindre quelque maladie de l'utérus. L'écoulement, qui se fait assez abondant, n'est autre chose qu'une hyper-sécrétion du mucus normal.

D'un autre côté, avant que la tumeur ne proémine hors du canal, la douleur est moindre. Souvent on découvre ces tumeurs fortuitement ; en examinant les parties dans un autre but, et avant que la malade n'en fût avertie autrement que par une légère sensation de brûlure pendant la miction.

Le siège du mal est aperçu du premier abord, en écartant les grandes lèvres : une ou plusieurs petites tumeurs s'offrent à la vue, à l'entrée du canal ou sur le bord du méat urinaire, ou bien encore elles oblitèrent entièrement l'orifice. La dimension varie depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une noix, ou même, comme dans l'observation de Warner, jusqu'à celle d'un œuf de dinde ; mais les tumeurs volumineuses forment l'exception à la règle générale ; leur consistance est très variable : tantôt c'est une véritable gelée molle, d'autres fois elles offrent une dureté considérable ; mais elles saignent toujours très facilement. Quelquefois leur surface est unie, lisse, ou bien elles sont granuleuses, et offrent tout à fait pour la couleur et l'aspect une grande analogie avec une framboise. A de très rares exceptions près, elles sont très sensibles à la pression, quel qu'en soit le volume. La tumeur est mobile, généralement située sur un pédicule mince, inséré soit immédiatement au-dessous du petit tubercule qui se trouve au-dessous du méat, ou entre les lèvres du méat lui-même. On a vu des cas où toute

la circonférence de la muqueuse qui tapissait l'orifice urétral était atteinte jusqu'à une certaine distance dans le canal. Norman affirme que toute la surface du canal peut être recouverte de ces excroissances, ce qui, en pareil cas, change tout à fait l'aspect de ces parties.

Norman a donné l'examen microscopique d'une de ces tumeurs, d'après Quekett :

La tumeur était ovoïde, offrant à peu près deux lignes dans son plus long diamètre. Elle était de couleur blanche, et présentait à sa surface de nombreux filaments confervoïdes produits par le séjour de la pièce dans l'eau. Une coupe mince fut examinée au microscope à un grossissement de 200 fois, et j'y ai constaté la structure de l'épiderme. L'épithélium de la face extérieure était composé d'éléments pavimenteux, tandis que la surface de coupe était constituée des mêmes cellules plus condensées et très agglomérées. Une coupe verticale nous a montré des papilles de dimensions variables très vasculaires et enveloppées d'une couche épidermique : cette couche avec les papilles constituait toute la tumeur. Là où l'on trouvait des papilles, la tumeur était plus petite que du côté opposé, comme si elle avait été attachée à un pédicule.

Les papilles, sans aucun doute, contenaient des nerfs aussi bien que des vaisseaux, quoique le microscope ne nous les ait pas révélés. On peut donc dire que la tumeur se composait de papilles hypertrophiées recouvertes d'une couche épaisse d'épiderme (1).

L'examen histologique d'une de ces tumeurs pratiqué par M. Richer, interne des hôpitaux, et soumis à l'examen de M. le professeur Ranvier, au laboratoire du Collège de France, a montré que le centre de ces tumeurs est occupé par une hypertrophie des papilles du derme, qui sont comme infiltrées de cellules embryonnaires ; que de nombreux vaisseaux les parcourent, et que toutes ces papilles sont recouvertes d'un revêtement épithélial commun, formé de plusieurs couches de cellules pavimenteuses (2).

On peut considérer ces tumeurs comme très sujettes à récidive après leur excision. Quand une certaine longueur de l'urèthre est prise, elles semblent se reproduire presque aussitôt qu'on les a détruites.

§ III. — Diagnostic.

Si l'on tient compte des symptômes seulement, on pourra croire à une affection utérine ou à une maladie de la vessie ; mais comme toujours, en pareil cas, on devra procéder à un examen qui mettra à l'abri de toute erreur. La présence de la petite tumeur à l'entrée de l'urèthre parlera d'elle-même ; mais si, comme cela arrive quelquefois, elle est

(1) Norman, *Edinb. monthly Journal*, vol. IX, p. 804.

(2) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. 2^e édit., 1879, p. 380.

située un peu plus profondément, on ne devra pas négliger de dilater l'orifice pour s'assurer de l'état de la muqueuse du canal.

§ IV. — Traitement.

L'ablation de la tumeur est indispensable à la cure radicale de cette affection. Il n'y a que le procédé d'extirpation qui puisse faire question. Dans le texte de son étude C. Clarke conseille d'étreindre la tumeur dans une large ligature ; il considère ce moyen comme mettant mieux à l'abri d'une récidive ; mais, dans une note, il dit qu'une plus longue expérience lui a démontré que l'excision et la cautérisation du pédicule lui avaient donné de meilleurs résultats. Ramsbotham, dans ses leçons (1), donne la préférence à une fine ligature de soie. Lever, quand la tumeur présente l'aspect d'une cerise ou d'une mûre, la serre dans une ligature de soie cirée et coupe la tumeur au-dessous de la ligature. Dugès prétend avoir vu de ces excroissances guérir par l'emploi de lotions astringentes seules. Dubois et Cullerier recommandent la cautérisation sans excision. Au lieu de se servir d'un caustique après excision, madame Boivin saupoudre la tumeur d'alun en poudre. Norman préfère la ligature et un caustique énergique ensuite.

Nous avons agi pour notre part de ces différentes façons et nous préférons jusqu'à présent l'excision et l'application d'acide nitrique. Ce procédé nous a paru plus expéditif et, en somme, beaucoup moins douloureux que les autres. Nous croyons aussi que la tumeur est beaucoup moins exposée à récidiver, si l'on applique un caustique énergique sur la surface vive de l'excision. Baker-Brown suit les mêmes errements. Ce chirurgien rapporte que Brigham, de Lynn, considère le cautère actuel comme le meilleur mode de traitement. Le plus souvent il est nécessaire de réitérer l'application (2).

Si l'on se décide à faire l'excision, on enlèvera rapidement la tumeur d'un coup de ciseaux au ras de la muqueuse, et l'on touchera la plaie avec le nitrate d'argent, l'acide nitrique ou la pâte de Vienne.

L'opération cause une assez vive douleur, qui cesse bientôt, et elle est rarement suivie d'une hémorragie qui soit de quelque importance. Cependant, nous avons vu survenir après cette opération une hémorragie assez grave. L'opérée, dans ce cas, était peu docile, et il y a lieu de douter que l'acide nitrique ait été régulièrement appliqué. L'écoulement sanguin fut assez promptement arrêté par une solution saturée de perchlorure de fer dans la glycérine. Quelques jours après, on fera une nouvelle application du caustique à la racine de la tumeur, et on la renouvellera jusqu'à ce que la tendance à la récidive ait promptement disparu. Depuis quelque temps, cependant, nous avons

(1) Ramsbotham, *Medical Gazette*.

(2) Baker-Brown, *On the surgical Diseases of Women*, p. 137.

adopté une modification à ce procédé, qui nous paraît progrès réel.

D'abord nous saisissons la tumeur à sa racine avec l'instrument du docteur Wilde (fig. 54) pour les polypes de l'oreille. Cet instrument prévient l'hémorrhagie et étrangle la tumeur. Nous l'excisons rapidement au-dessous du point de constriction et nous appliquons le caustique sur le pédicule. Quand l'eschare est tombée, nous cautérisons itérativement la surface dénudée avec une aiguille à tricoter rougie au feu, jusqu'à la complète destruction du fragment du pédicule. Ce moyen de cautérisation est préférable à toute autre espèce de caustique, car on n'apporte aucun dommage aux parties voisines. On peut pénétrer à une certaine distance dans le canal, et la douleur, quoique très vive au moment de l'opération, est d'une durée beaucoup plus courte.

Dans les cas où une grande partie de la muqueuse uréthrale est atteinte, quoique la végétation soit peu considérable, elle ne peut être enlevée ni par la ligature ni par l'instrument tranchant. Dans un cas rapporté par Davis, ce chirurgien s'est bien trouvé, après avoir enlevé

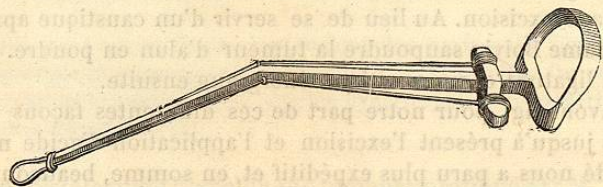


Fig. 54. — Pince de Wilde.

tout ce qui était à sa portée, de l'usage de grosses bougies qu'il introduisait tous les jours. L'extraction de ces bougies entraînait chaque fois avec elle des portions végétantes (1).

Dans un fait observé par Werner, une tumeur de cette nature était située près du col de la vessie. Il commença par dilater l'urèthre de façon à pouvoir examiner le siège du mal avec son doigt. Alors il divisa l'urèthre jusqu'à mi-chemin environ de la vessie et appliqua une ligature sur la tumeur (2).

Lorsque la tumeur fut enlevée et qu'il eut pratiqué la cautérisation de la base, il maintint d'une façon constante les parties humectées avec une lotion fraîche, afin de prévenir l'inflammation et même la récurrence de la tumeur.

Il faut administrer à la malade deux ou trois fois un léger purgatif, et la tenir pendant plusieurs jours dans un repos complet.

Dans la grande majorité des cas, je n'ai eu qu'à me louer de l'un ou l'autre de ces modes de traitement. Quelques-uns cependant semblent défier tous les efforts : j'ai même vu la tumeur récidiver dans des cas où je croyais l'avoir extirpée complètement.

(1) Davis, *Obstetric medicine*, 6^e édit., p. 86.

(2) Werner, *Reports and cases in surgery*, p. 309.

ARTICLE II

TUMEURS CARCINOMATEUSES

On rencontre quelquefois dans la région uréthrale des tumeurs de cette nature. Elles ont été bien décrites par madame Boivin et Dugès (1), mais elles ne sont pas communes.

Le lecteur pourra lire la relation d'un fait de cette espèce par Brayne, de Banbury (2).

Cette tumeur avait pris des proportions inouïes : elle pesait 11 livres. La constitution de la malade déperissait chaque jour, sans que la médecine ou la chirurgie pût lui donner le moindre espoir. On rencontre presque toujours en même temps les signes d'une dégénérescence analogue de l'utérus ; on conçoit qu'elle soit rare chez de jeunes sujets.

§ I. — Symptômes.

Les symptômes offrent la plus grande ressemblance avec ceux qui caractérisent les tumeurs vasculaires. Il vient s'y ajouter ceux de la maladie principale. On constate une excessive irritabilité de la vulve, une sensation de brûlure, des élancements, des écoulements muqueux. A l'inspection, on trouve une tumeur lobulée ou une agglomération de tumeurs (rarement très volumineuses). Elles sont extrêmement douloureuses au toucher.

§ II. — Diagnostic.

L'âge de la malade donnera au chirurgien une première indication, et l'examen au spéculum, s'il fait découvrir quelque lésion utérine, lèvera tous les doutes.

§ III. — Traitement.

Le traitement variera évidemment, suivant qu'il existera ou non une lésion utérine. S'il en existe, il y aura peu de chose à tenter ; car cette tumeur n'ajoutera que fort peu aux souffrances de la malade.

Si l'utérus est indemne, le traitement des tumeurs vasculaires est de tous points applicable en ce cas. On mettra, cela va sans dire, le plus grand soin à détruire exactement toutes les portions du mal, à cause de la facilité avec laquelle il récidive.

(1) Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, t. II, p. 646.

(2) Brayne, *Transactions of the provincial medical and surgical Association*, vol. IV.