

LIVRE IX

TUMEURS

CHAPITRE PREMIER

TUMEURS DE LA VULVE

I. — ESTHIOMÈNE

Sous la dénomination d'*esthiomène* (εσθιομῆνες, de ἐσθίειν, manger), on a compris un certain nombre d'affections, aujourd'hui bien différenciées: *tuberculose* surtout, mais aussi *syphilis*, *cancer*, *éléphantiasis lépreux* ou *parasitaire (filariose)*, qui ont pour caractères communs la tendance à l'ulcération, au sclérome et à l'hyperplasie des tissus. Ce terme, qui couvrirait, en somme, une description tout à fait artificielle, ne mérite pas d'être conservé, même dans le sens restreint de *tuberculose vulvaire* (Fournier, Besnier, Barthélemy, Deschamps).

II. — CANCER

Le *cancer primitif* de la vulve est rare. Le *cancer secondaire*, à point de départ utérin, vaginal, vésical ou anal, est plus fréquent.

Le *sarcome* est très rare. On connaît quatre cas seulement de sa variété *mélanique*.

Il existe environ 1 *épithéliome* de la vulve pour 35 à 40 de l'utérus; 1 pour 100 des cancers de la femme (Gurtl). Maurel, dans sa thèse de 1888, en a rapporté 35 exemples.

Succédant, dans le quart des cas environ, au *psoriasis*, qui mêle ses lésions aux siennes, l'*épithéliome primitif* de la vulve débute ordinairement dans le sillon nympho-labial, dans le clitoris ou au pourtour du méat. D'après les auteurs, il se manifesterait d'abord par un simple prurit; mais ce prurit se rattache, en réalité, au psoriasis préexistant.

L'ulcération, une fois constituée, a les caractères d'une perte de substance à base indurée, d'aspect variable, tantôt à peu près lisse, tantôt anfractueuse et bourgeonnante, à marche envahissante, s'accompagnant d'écoulements fétides et, bientôt, d'engorgement des ganglions inguinaux et de cachexie. Les hémorragies sont rares.

Le terme fatal arrive en deux ou trois ans.

Le traitement consiste dans l'extirpation, aussi complète que possible, s'il n'y a pas encore engorgement ganglionnaire prononcé, et, dans le cas contraire, en de simples pratiques d'asepsie relative, jointes au traitement analgésique.

III. — TUMEURS VASCULAIRES DU MÉAT

Pathogénie et anatomie pathologique.

Pozzi a tiré, de ses études sur l'*hymen uréthral*, une théorie de l'origine générale des *tumeurs vasculaires du méat* aussi séduisante que plausible.

Nous savons déjà (voy. liv. III) qu'il existe, pendant la période embryonnaire, autour du méat, une bride vasculaire (*hymen uréthral*) qui, avec l'*hymen vrai* et la *bride masculine*, forme l'*appareil hyménal* (Pozzi). Cet appareil constitue, avec le bulbe du vagin, un ensemble organique qui représente le corps spongieux chez l'homme. Or, la connaissance de l'*hymen uréthral*, sorte de vestige embryonnaire d'une portion du corps spongieux de l'homme, explique: 1° la fréquence relative et la genèse des tumeurs vasculaires du méat chez la femme; 2° l'identité histologique des plus fréquentes de ces tumeurs, les *polypes vasculaires*: ils résultent d'une sorte d'*hypertrophie partielle* du débris embryonnaire en question, ou de l'*hypertrophie totale* de ce même appareil, qui porte communément le nom d'*hypertrophie du méat*.

Il y a cependant lieu de se demander si l'*hypertrophie du méat* est bien distincte du simple *prolapsus de la muqueuse uréthrale*, dont la vascularité est extrême (Ruge et Veit), ou si, du moins, elle ne coïncide pas avec lui.

Nous avons eu l'occasion d'extirper une tumeur de ce genre. Elle se présentait sous forme d'une masse bosselée, rougeâtre, excoriée, suspendue immédiatement au-dessus du tubercule antérieur du vagin et divisée, par une fente transversale et sinueuse, en deux lèvres, dont la postérieure était beaucoup plus longue et plus épaisse. En introduisant une sonde dans la fente (fig. 98), on pouvait se

rendre compte de sa continuité directe avec le canal de l'urèthre, parfaitement libre d'ailleurs, jusqu'à la vessie.

A l'examen histologique (fig. 99), on trouvait, au-dessous du revê-

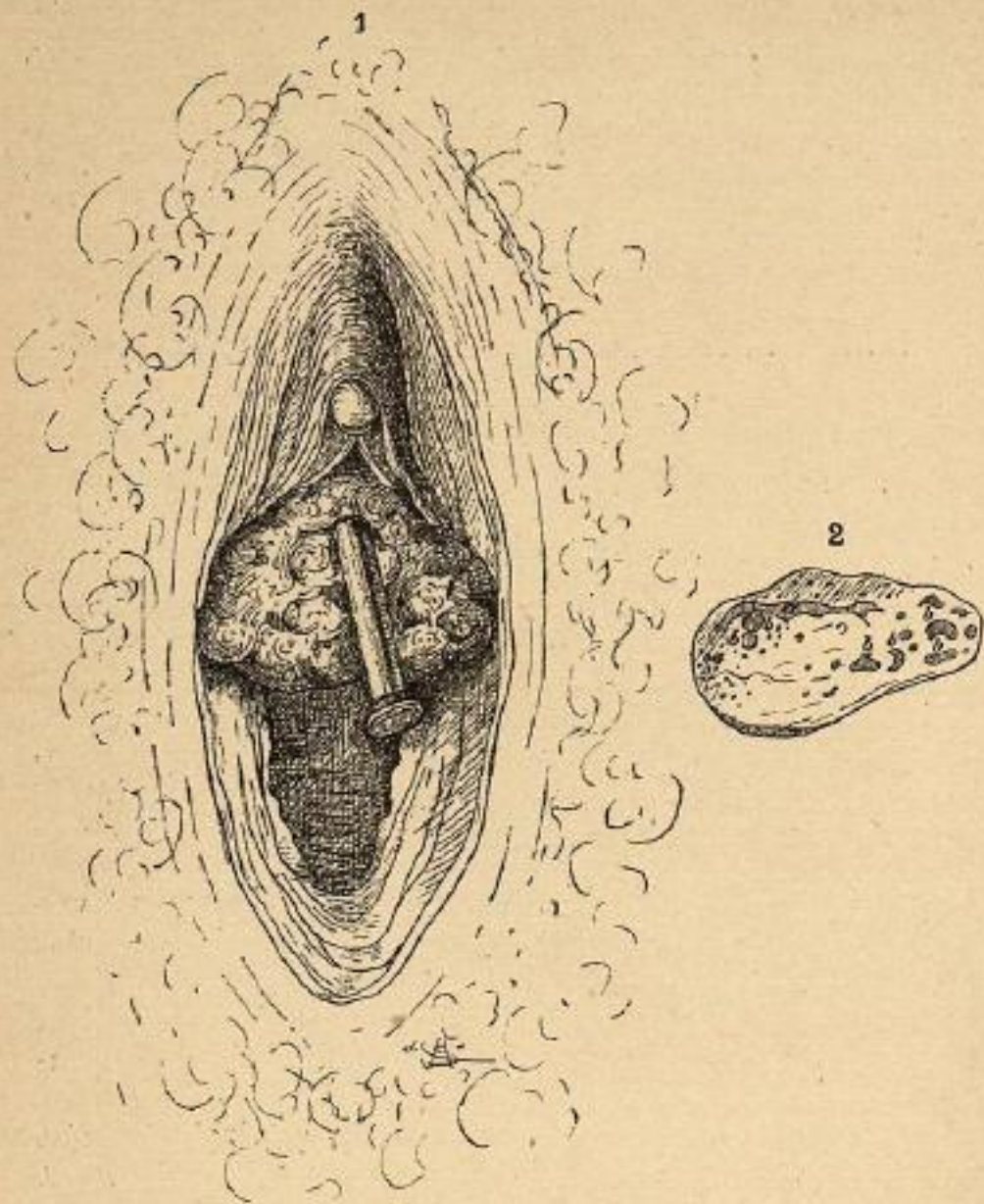


Fig. 98. — Tumeur vasculaire du méat (Paul Petit et S. Bonnet). — 1, la tumeur est vue en place; 2, coupe transversale de la tumeur; *aa*, lumière de l'urèthre; *bb*, ouvertures vasculaires.

tement pavimenteux de l'urèthre, dont les diverticules étaient hypertrophiés, un chorion embryonnaire ou muqueux semé de vaisseaux adultes dilatés et de vaisseaux embryonnaires disposés par groupes, les uns régulièrement calibrés et donnant l'as-

pect de l'angiome simple, d'autres énormément dilatés, à parois irrégulières et répondant à l'angiome caverneux. La lèvre supérieure de la tumeur, la plus mince, était en grande partie angiomateuse: son revêtement pavimenteux poussait, dans l'intérieur de



Fig. 99. — Coupe histologique transversale de la tumeur précédente (Grossissement de 40 diamètres) (Paul Petit et S. Bonnet). — A, lumière de l'urèthre; B, portion de la lèvre supérieure de la tumeur; C, lèvre inférieure; *aa*, revêtement pavimenteux de l'urèthre avec ses diverticules; *a'a'*, coupes transversales ou obliques de ces diverticules; VV, capillaires énormément dilatés; V'V' petits vaisseaux d'apparence normale; δ , couche de fibres musculaires lisses à direction circulaire et longitudinale; c, revêtement pavimenteux de la tumeur.

la tumeur, des prolongements semblables à ceux du revêtement uréthral; en certains points il avait cédé et laissait, à ciel ouvert, le tissu conjonctif ou des vaisseaux néoformés qui, ne trouvant plus de soutien, s'étaient rupturés. La lèvre postérieure, de constitution analogue, présentait de plus, en dehors du chorion muqueux, une couche de fibres lisses longitudinales et transversales, ce qui permet-

taut d'affirmer le prolapsus, au moins partiel, de la muqueuse uréthrale (1).

En somme, il existait là, à part ce dernier point, une structure analogue à celle des *polypes vasculaires*, ce qui est bien d'accord avec les données pathogéniques sus-énoncées. Ces polypes sont, en effet, constitués par un tissu angiomateux recouvert d'épithélium pavimenteux stratifié, dont les papilles sont assez développées. Ils sont uniques ou multiples, friables, de coloration rouge vif, variant, comme dimensions, du volume d'une lentille à celui d'une fraise, et sont portés par un pédicule en général assez ténu.

Il existerait encore un autre genre de tumeurs polypoïdes dues à l'hypertrophie des follicules glandulaires.

Symptômes et diagnostic.

Le prolapsus de la muqueuse uréthrale s'observe, le plus souvent, chez des jeunes filles et des femmes âgées. Quand il est réductible, il se distingue facilement de l'hypertrophie angiomateuse du méat. Quand il est irréductible la confusion est facile, à moins que l'hypertrophie, si elle existe, ne porte sur un méat pourvu d'une luvette bien marquée, ce qui donne une épaisseur et une longueur plus accentuées au segment postérieur de la tumeur. Les deux lésions peuvent, du reste, coïncider, l'hypertrophie entraînant le prolapsus à un moment donné (fig. 99).

Les tumeurs vasculaires du méat, quelles qu'elles soient, déterminent généralement des troubles de miction (dysurie, rétention), de la douleur pendant la marche et le coït, du vaginisme, des hémorrhagies.

Traitement.

A la ligature simple ou en chaîne, nous préférons l'excision, avec hémostase par suture ou thermocautérisation. On laissera ensuite une sonde à demeure pendant quelques jours.

IV. — PAPILLOMES

Les papillomes de la vulve, dénommés aussi *condylomes*, *végétations simples*, peuvent atteindre un grand volume et une grande extension.

Nous en avons vu, chez une vieille prostituée de province, encore en activité, qui, de la vulve, remontaient jusqu'au milieu du dos en touffes épaisses ressemblant à des têtes de choux-fleurs.

(1) Paul Petit (Bull. Soc. anat., juillet 1880).

Ces tumeurs se rencontrent particulièrement avec la blennorrhagie ou pendant la grossesse. Elles peuvent remonter dans l'urètre, dans le vagin, jusque sur le col.

Le mieux est de les traiter, au chlorure de méthyle après anesthésie locale, par l'excision, suivie, soit de cautérisation au nitrate d'argent ou au thermocautère, soit d'une suture en surjet. On emploiera, comme pansement, une poudre siccatrice et antiseptique (tannin, avec iodoforme ou acide borique).

V. — TUMEURS DIVERSES D'ORIGINE CONJONCTIVE

Le fibrome ou *fibro-myome* siège, le plus ordinairement, dans l'épaisseur des grandes lèvres. On le rencontre aussi dans les petites lèvres, au périnée, au méat (Charpentier). Signalons encore : le fibrome du derme, ou *molluscum simple*, qui se présente sous forme d'une poche membraneuse et vide, le fibrome aponévrotique ; le fibrome périostique, qui se rattache à l'arcade pubienne ; le fibrome greffé sur la partie terminale du ligament rond.

Schneevogt, Beigel ont signalé l'enchondrome du clitoris.

VI. — KYSTES DES GLANDES DE BARTHOLIN

Historique.

Ces kystes méritent de nous arrêter plus longtemps. C'est Huguier qui, le premier, en a donné une bonne description.

Avant lui, il est vrai, on avait signalé des faits se rapportant très vraisemblablement à ce genre d'affection ; mais la glande étant inconnue, on ne pouvait en faire le siège de la dilatation kystique. Citons : les cavités sculptées dans l'épaisseur du vagin et pleines de mucus, décrites dès 1564 par Eustache ; les deux tumeurs contenant une substance analogue au blanc d'œuf, opérées par Th. Bonnet en 1670, et dont l'observation est rapportée par Potier ; les nombreux cas signalés par Cruveilhier, Boyer, Regnoli, Boys de Loury, etc., et confondus avec les diverses variétés de kystes de la vulve ou du vagin, avec l'hydrocèle de la grande lèvre, ou faussement localisés dans le tissu cellulaire.

Les auteurs étrangers ont largement emprunté aux travaux d'Huguier sans y rien ajouter ; les thèses d'Aubenas (Strasbourg, 1860), de Leroux (Paris, 1878), de Mouray (Paris, 1882), Alary (1892), puisent surtout à cette même source (1).

(1) Voir S. Bonnet : *Kystes et abcès des glandes vulvo-vaginales* (Gaz. des Hôpitaux, 1888, n° 69).

Étiologie et pathogénie.

Les kystes de la glande vulvo-vaginale siègent dans son canal excréteur ou dans la glande elle-même, et sont décrits comme des kystes par rétention. Cependant, dans bon nombre d'observations, il est dit qu'une très légère pression suffit à faire sourdre par l'orifice le contenu du kyste, que le cathétérisme du conduit était possible, facile même, et qu'on pouvait y pratiquer des injections.

Aussi pensons-nous que l'obstacle mécanique à l'excrétion ne peut expliquer la totalité des cas; que l'hypersécrétion inflammatoire joue souvent un rôle prédominant; que, dans d'autres cas, il peut s'agir d'un trouble primitif de sécrétion, relevant d'une véritable néoplasie.

Le défaut de propreté, une plaque d'eczéma, une végétation, une cicatrice (*périnéorrhaphie*, cas de Goodell), diverses lésions muqueuses de la vulve, telles sont les causes occasionnelles des kystes par rétention. En fait de circonstances prédisposantes; il faut tenir compte de l'obliquité du canal excréteur, de la disposition valvulaire de la muqueuse à son orifice, et peut-être, du tempérament lymphatique et de l'usage de la machine à coudre (Martineau).

Le kyste se limite, le plus souvent, au conduit excréteur. M. Duncan dit n'avoir rencontré que cette variété et nie presque les kystes glandulaires proprement dits. Ils existent cependant, qu'ils résultent de la distension progressive et rétrograde des canalicules secondaires d'excrétion, n'étant ainsi qu'une extension du kyste du conduit, ou qu'ils se forment primitivement dans les lobules sécréteurs.

Anatomie pathologique.

Le contenu des kystes vulvo-vaginaux est assez variable d'aspect. Il est muqueux, filant, onctueux, limpide et incolore; ou bien, coloré, hématique, variant du jaune vert au brun foncé et quelquefois de consistance plus épaisse; on y a trouvé des cristaux de cholestérine. Nous avons déjà parlé (livre VI), des kystes séropurulents ou franchement purulents.

Les auteurs sont muets sur la structure histologique de la paroi. Nous avons trouvé dans un cas se rapportant, comme siège, à un kyste du canal excréteur, la succession des couches suivantes, de dedans en dehors: 1° une couche incomplète de cellules en dégénérescence colloïde; 2° une paroi propre fibro-élastique; 3° une

couche celluleuse très riche en vaisseaux (fig. 101). Pilliet (1) a tout dernièrement décrit un kyste du canal excréteur, dans lequel la poche principale était tapissée de plusieurs assises de cellules, dont les plus superficielles étaient muqueuses; elle comprenait, dans sa paroi, des canaux secondaires en voie de transformation kystique et tapissés d'un épithélium semblable. Les faisceaux musculaires sous-jacents du constricteur vaginal et les lobules glandulaires qui s'y trouvaient intriqués étaient plus ou moins atrophiés (fig. 102). Klob, puis Werth ont décrit des variétés kystiques multiloculaires dont la nature n'est pas bien déterminée.

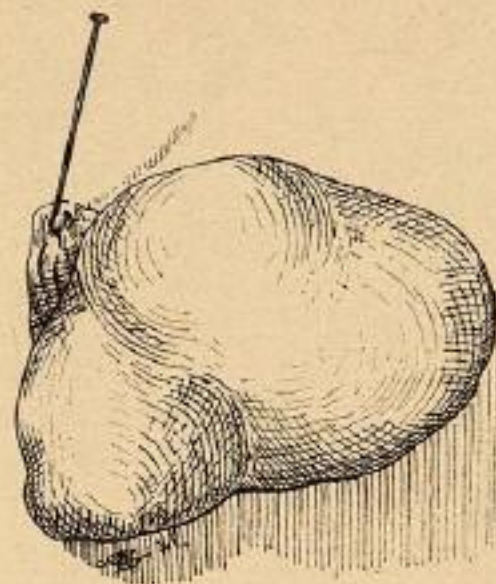


Fig. 100. — Kyste à contenu muqueux de la glande vulvo-vaginale (grandeur naturelle) (S. Bonnet et Paul Petit).

Les kystes en *chapelet* de Boys de Loury semblent être dus à la dilatation d'un certain nombre d'acini, le reste de la glande demeurant intact.

Les kystes de la glande vulvo-vaginale sont ordinairement unilatéraux et plus fréquents à gauche; sur 34 cas, 29 fois ils siègeaient d'un seul côté, 18 fois à gauche et 11 fois à droite; dans 5 observations, les deux glandes étaient prises (Hugier).

Symptômes.

Le début de ces kystes passe généralement inaperçu, car ils sont

(1) *Bullet. de la Soc. anatom.*, 1893, fasc. 13.

indolents et se bornent à produire une certaine gêne pendant le coït ou la marche.

S'agit-il d'un kyste du canal excréteur, son volume ne dépasse guère celui d'une aveline ou d'une noix. Il siège à la base même de la petite lèvre qu'il déplisse, en faisant saillie sous la muqueuse vaginale qui glisse sur lui et laisse parfois deviner la transparence



Fig. 101. — Coupe histologique d'un kyste à contenu muqueux, de la glande vulvo-vaginale (Grossissement de 50 diamètres) (Paul Petit et S. Bonnet). — A, couche collulo-vasculaire externe; B, paroi propre fibro-élastique du kyste; C, cellules en dégénérescence colloïde.

du liquide. La tumeur, d'abord fusiforme et à grand diamètre transversal, devient plus tard globuleuse. Elle est irréductible, mais souvent l'orifice du conduit reste perméable à un mince stilet et la pression fait sourdre tout ou partie du liquide qui, bientôt, se reproduit.

Lorsque le kyste siège dans la glande même, on peut, au début, en saisissant celle-ci entre deux doigts, constater son augmenta-

tion de volume. La tumeur, une fois constituée, siège en arrière de la grande lèvre, entre l'entrée du vagin et la branche ascendante de l'ischion. Elle est globuleuse dès le début, peut acquérir un volume assez considérable (gros œuf de poule) et soulève l'ensemble de la petite et de la grande lèvre. Ordinairement limitée à la moitié postérieure de celle-ci, elle peut cependant remonter plus haut et se prolonger profondément jusque derrière l'ischion.

Ordinairement, dans cette variété, le contenu n'est pas transparent et ne s'écoule pas sous l'influence de la pression.

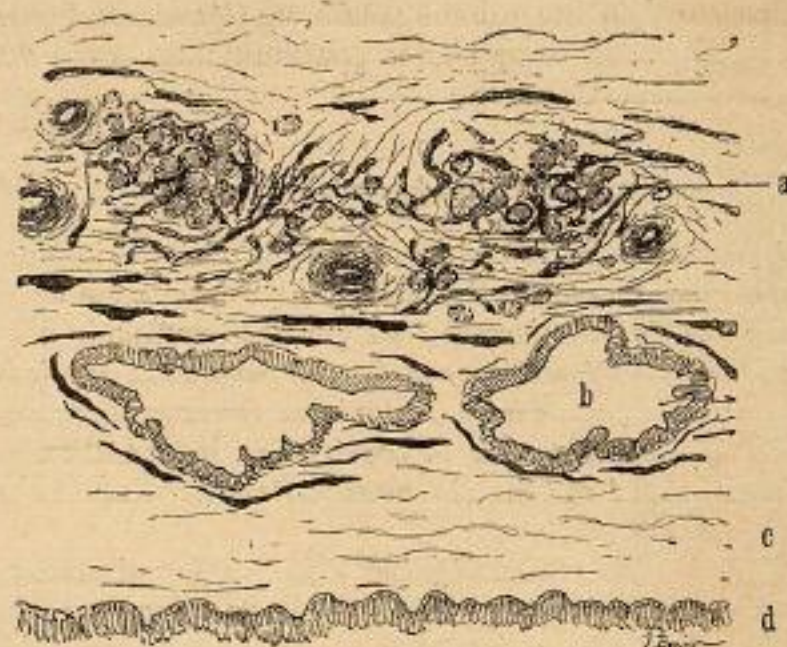


Fig. 102. — Coupe histologique d'un kyste du canal excréteur de la glande de Bartholin (Pilliet). — a, lobules glandulaires à un état moyen d'atrophie, circonscrits par des muscles très atrophiés; b, canaux excréteurs kystiques; c, paroi fibro-élastique de la poche kystique; d, épithélium de la poche.

Ici, comme dans la forme précédente, la tumeur est indolente et irréductible, et ne s'accompagne d'aucun changement dans la coloration de la peau et de la muqueuse.

Marche.

Les kystes de la glande de Bartholin ont une marche lentement progressive. A l'occasion du coït répété ou des règles, il n'est pas rare qu'ils deviennent sensibles et augmentent, pour diminuer, dans la suite, au point de faire croire à leur régression complète. Celle-ci est exceptionnelle, *sauf pour les kystes par rétention*.

Une complication à redouter est la transformation en abcès, par le fait d'une vulvite, d'un cathétérisme septique ou d'un traitement mal conduit (ponction simple, par ex.) (v. liv. VI).

Pronostic.

Le pronostic est bénin, surtout en ce qui concerne les kystes du conduit. Il faut faire une réserve pour les kystes de la glande, surtout pour ceux dont le contenu n'est pas franchement muqueux, attendu qu'ils peuvent être le point de départ de l'épithélioma vulvaire, ou encore, devenir, par leur volume même, un élément de dystocie.

Enfin, il faut tenir compte de la transformation facile des deux espèces de tumeurs en abcès.

Diagnostic.

Le diagnostic de ces tumeurs est aisé : la lenteur de leur développement, leur indolence, la conservation de la mobilité, de l'épaisseur et de l'aspect normal des téguments, suffisent à les distinguer de l'abcès du même organe et du phlegmon de la grande lèvre.

La hernie de la grande lèvre, malgré les ressemblances signalées par Ashwell, en diffère par la consistance, la sensation de gargouillement, la réductibilité, les modifications de volume imprimées par la toux, etc.

Les kystes du vagin ont un siège tout différent. Les diverses variétés de kystes de la vulve dont Regnoli et Boys de Loury ont donné des descriptions confuses, se confondent avec ceux qui nous occupent ou avec des hydrocèles, cloisonnées ou non, du canal de Nüch imparfaitement oblitéré.

Nous avons donné les moyens de différencier les kystes du conduit et ceux de la glande : ceux-ci sont plus profonds, plus rapprochés de l'ischion, plus volumineux et plus difficiles à vider par expression.

Traitement.

Le cathétérisme, suivi de l'évacuation du contenu du kyste, est inutile et dangereux (Courty); il peut transformer le kyste en abcès, ou tout au moins, ne prévient pas la reproduction du liquide.

La ponction simple est passible de la même critique, à moins qu'on ne la fasse suivre d'une injection de liqueur de Van Swieten qui, parfois, suffit à la guérison.

L'excision d'un lambeau de la paroi compte, paraît-il, des succès :

M. Duncan la conseille, de même que Schröder et la plupart des auteurs. Mais nous croyons, avec Goodell, que la persistance d'une partie de la paroi du kyste peut suffire à le reproduire : au moins, faudrait-il joindre la cautérisation à l'excision.

Le drainage, le séton, la ligature élastique, cette dernière proposée par Chéron, ont des succès à leur actif : mais ce sont des procédés surannés dont l'action est très lente et qui provoquent des douleurs vives et de la suppuration, avec des fistules parfois très rebelles.

Il en est de même des divers caustiques, qu'ils soient employés seuls, sous forme d'injections, comme le chlorure de zinc au dixième ou au cinquantième, ou combinés avec la ponction, l'incision ou l'excision, sous forme de badigeonnages ou de pansements à demeure.

Les divers procédés que nous venons d'énumérer visent simplement à l'oblitération du kyste. Reste à parler de ceux qui réalisent sa destruction complète.

Il faut, croyons-nous, y recourir, pour les kystes du conduit excréteur, dès que les petits moyens ont échoué et, d'emblée, pour les kystes de la glande. C'est, en somme, le traitement le moins long, le plus radical, le moins douloureux et celui qui présente le moins de dangers, avec les garanties de l'antisepsie.

Deux procédés peuvent être mis en œuvre : la destruction de la glande, après évacuation de son contenu, au moyen de la cautérisation, ou la dissection au bistouri. Hart et Barbour ont recours au thermocautère; Alban Doran, au galvanocautère. Nous préférons, de beaucoup, pour notre part, l'emploi du bistouri (voy. 2^e partie).

VII. — KYSTES DIVERS DE LA VULVE

On rencontre encore, à la vulve, mais beaucoup plus rarement, un certain nombre d'autres kystes que nous ne ferons que signaler.

Kystes du ligament rond : hydrocèles enkystées du canal de Nüch et kystes intra-ligamentaires que nous retrouverons aux tumeurs des annexes.

Kystes sacculaires, développés dans des kystes herniaires déshabités. Kystes dermoïdes. Kystes sébacés, que l'on trouve à la surface externe des grandes lèvres ou bien entre le méat et le clitoris. Kystes congénitaux, dus à la soudure des plis de l'hymen (Döderlein).