

syphilitique, d'autant plus que l'inflammation chronique de la glande provoque l'apparition d'une zone indurée. Là encore, l'issue du pus, la situation précise de l'orifice, feront reconnaître la bartholinite.

Traitement. — On peut, soit inciser la glande, soit en pratiquer l'extirpation, suivant la période de la maladie. Si, au moment où on observe la bartholinite, elle n'est que peu fluctuante, on peut, d'emblée, en pratiquer l'excision; au contraire, si la fluctuation est prononcée, si le pus menace de se faire jour au dehors, l'incision préalable est indiquée. Où doit-on faire cette incision? Deux lieux d'élection ont été tour à tour préconisés, l'un sur la face interne de la nymphé, au point généralement le plus fluctuant, l'autre sur la face externe de la petite lèvre (Velpeau).

Après cette incision, on a recommandé de curetter, de cautériser au thermocautère ou avec des liquides divers la cavité plus ou moins anfractueuse et profonde. Ces traitements ont donné quelques bons résultats, mais ils sont souvent infidèles.

L'extirpation peut se faire d'emblée ou, si l'incision préalable a été nécessaire, on peut la pratiquer quelques jours après. L'anesthésie chloroformique est préférable à l'emploi de la cocaïne.

La dissection n'est pas souvent aisée; en effet, la glande se prolonge assez loin. Après l'extirpation de la petite tumeur, on peut suturer souvent complètement les tissus pour assurer la réunion par première intention et pour arrêter l'hémorragie. Il est néanmoins recommandable de mettre un petit drain dans la plaie, à sa partie la plus déclive.

Dans la bartholinite chronique, l'extirpation est le traitement par excellence.

Les injections antiseptiques dans la cavité par le canal dilaté, l'incision avec cautérisation, donnent ici des résultats aussi aléatoires que dans la forme aiguë.

ALARY, Abscess de la glande vulvo-vaginale, étiol. et trait., thèse de Paris, 1882. — Stéphan. BONNET, Kystes et abcès de la glande vulvo-vaginale (*Gaz. des hôp.*, 1888). — E. F. CHEVALIERAS, De la fistule vulvo-rectale consécutive à la suppuration de la glande vulvo-anale, thèse de Paris, 1880, n° 367. — C. W. DUBOUCHET, Recherches bactériologiques sur quelques affections utérines, thèse de Paris, 1897, n° 251. — R. M. FAUVEL, De l'inflammation chronique et des fistules de la glande vulvo-vaginale, thèse de Paris, 1886, n° 26. — Jean HALLÉ, Rech. sur la bactériologie du canal génital de la femme, thèse de Paris, 1898, n° 388. — O. HUGUENIN, Abscess de la glande vulvo-vaginale, thèse de Paris, 1879, n° 513. — G. LEBLANC, Bactériologie et anat. pathol. de la glande de Bartholin, thèse de Paris, 1895, n° 400. — MARESCHAL, Abscess de la glande vulvo-vaginale, thèse de Paris, 1873. — SAENGER, *Ann. de gynéc.*, 1890. — THIRY, Abscess de la glande vulvo-vaginale (*Arch. de tocol.*, Paris, 1886).

Kystes de la vulve. — Avant d'aborder l'étude des kystes, il est bon de faire remarquer qu'au niveau de la vulve existent de nombreuses glandes qu'on peut diviser en glandes sébacées et en glandes muqueuses.

1° Les glandes sébacées se rencontrent sur les deux faces des grandes et des petites lèvres et, en moins grande abondance, au niveau du vestibule.

2° Les glandes muqueuses sont : a) les glandes de Bartholin, glandes mucipares ordinaires; b) les glandes dites prostatiques, qui siègent aux environs de l'urètre (glandes de Max Schüller). Les canaux de Skene sont les canaux excréteurs de ces glandes.

3° A côté de ces glandes, il faut signaler, sans les confondre avec elles, des *invaginations* simples de la muqueuse (sinus de Morgagni, de Luschka).

4° Un des canaux de Gärtner, restes des canaux de Wolff, peut, au lieu de s'atrophier, arriver jusqu'à la vulve.

Des productions kystiques peuvent naître aux dépens de ces différents éléments glandulaires.

Les kystes vulvaires ont été divisés, d'après leur contenu, en kystes séreux, sébacés et hématiques. D'après leur pathogénie, on les a classés en kystes traumatiques, par rétention, congénitaux et parasitaires (un cas de kyste hydatique).

1° **Kystes sébacés.** — Les kystes sébacés, relativement fréquents à la vulve, peuvent siéger au niveau des grandes lèvres et sont tantôt superficiels, tantôt profonds. Les superficiels, décrits par Winckel et par Bœrensprung, siègent sous la peau, sous forme de petites lentilles, jaunes et plates. Les profonds ont un contenu blanchâtre, formé d'un liquide composé de graisse et de cellules désagrégées.

Les petites lèvres sont aussi le siège de kystes sébacés (Pana, Bago, Brandt, Taylor). Les tumeurs développées aux dépens des glandes sébacées des petites lèvres occupent plus souvent le segment supérieur; quelquefois, ils siègent à la fourchette et peuvent être à cheval sur les deux lèvres. Ces kystes sont d'ordinaire petits, ont une coque conjonctive, tapissée de plusieurs rangées de cellules, dont les basales sont cylindriques avec un protoplasma coloré et les autres, polyédriques, réfringentes, chargées de matière grasse.

Ces kystes sont uniloculaires et caractérisés par leur contenu grumeleux, caséux, blanchâtre, jaunâtre, ressemblant parfois à du mastic.

Des kystes à contenu grasseux peuvent siéger dans la paroi uréthro-vaginale (Priestley); ils ont été observés par Brandt et Fischer, Duncan, au niveau du vestibule. Ils sont ordinairement petits et ont la structure des glandes sébacées.

2° **Kystes muqueux.** — **Kystes de la glande de Bartholin.** — Ces kystes, dont on trouve quelques mentions dans les anciens auteurs (Eustache, 1564, etc.), ont été bien décrits par Huguier, puis par Aubenas (1860), Leroux (1878), S. Bonnet (1888) et Alary (1892).

Étiologie. — Le kyste peut siéger dans le canal excréteur ou s'être développé aux dépens de la glande elle-même. D'après Duncan, tous

ces kystes se limiteraient au canal excréteur. Cette distinction entre les sièges d'un kyste n'est peut-être pas établie par des examens précis. Dans un certain nombre de cas, le canal excréteur n'est pas oblitéré, du moins totalement, puisque la pression peut faire sourdre le liquide et le cathétérisme du conduit est possible. Il n'est donc pas certain que l'on puisse expliquer par un obstacle mécanique l'accumulation du liquide dans la glande. Peut-être pourrait-on, dans quelques circonstances, penser à un excès de sécrétion de la glande elle-même, coïncidant avec une mauvaise canalisation de son conduit excréteur. Quoi qu'il en soit, on admet que c'est l'obstacle qui siège sur le canal excréteur qui est la cause de la tumeur kystique. Le défaut de propreté, une végétation, une cicatrice consécutive à une opération, un bouchon muqueux, et, surtout, la propagation d'une inflammation vulvo-vaginale pourraient être invoqués pour expliquer la production de ces kystes.

La blennorrhagie est regardée par quelques auteurs et, en particulier, par Sânger comme étant presque toujours la cause de l'affection.

Anatomie pathologique. — Le kyste est ordinairement unilatéral et siège plus souvent à gauche qu'à droite. Il occupe l'espace situé entre la grande et la petite lèvre.

Le contenu du kyste est variable. Tantôt c'est un liquide filant, visqueux, onctueux et limpide; tantôt le contenu kystique est coloré et la couleur du liquide est ou jaune vert, ou rougeâtre, ou brun coloré. Dans ces cas, sa consistance est plus épaisse et on signale la présence de la cholestérine dans quelques cas.

S. Bonnet et Petit ont examiné la paroi d'un kyste et ont trouvé : 1° une couche incomplète de cellules en dégénérescence colloïde; 2° une paroi propre fibro-élastique; 3° une couche celluleuse très riche en vaisseaux. Pilliet a décrit un kyste du canal excréteur et a trouvé plusieurs assises de cellules dont les plus superficielles étaient muqueuses; il comprenait dans sa paroi des canaux secondaires en voie de transformation kystique. Les faisceaux musculaires et les lobules glandulaires compris dans les fibres musculaires étaient en voie d'atrophie.

Dans les deux cas de S. Bonnet et Petit et de Pilliet, il s'agissait de kyste développé aux dépens du canal excréteur.

On observe aussi des kystes en chapelet, qui sont dus à la dilatation de quelques acini, ce qui prouve que le kyste peut avoir pour origine la glande elle-même.

Symptômes. — Le début est insidieux et la tumeur ne manifeste sa présence que par son développement progressif qui finit par gêner pendant la marche ou le coït.

La tumeur est du volume d'une aveline, d'une noix, si elle a pris naissance dans le canal excréteur. Elle apparaît à la base de la petite lèvre qu'elle refoule, quand elle est développée dans le canal

excréteur. Le kyste, d'abord fusiforme, tend à devenir globuleux. Il ne se laisse pas réduire et il est souvent très nettement fluctuant. L'orifice externe du conduit est parfois imperméable. Quelquefois la pression fait sourdre un liquide clair et limpide et il est possible d'introduire un stylet par le canal excréteur.

Si la tumeur est développée dans la glande même, elle siège en arrière de la grande lèvre, entre la branche ascendante de l'ischion et l'entrée du vagin. C'est dans ces cas qu'elle peut dépasser le volume d'un œuf de poule et même atteindre une grosseur énorme. Elle peut se prolonger jusque vers l'ischion.

Dans les deux variétés, la peau et la muqueuse sont mobiles à sa surface. Le kyste ne contracte aucune adhérence dans la profondeur.

La tumeur gêne pendant le coït, la marche, et, quelquefois, pendant la miction. La menstruation développe quelquefois un certain degré de sensibilité à son niveau, en même temps que la tumeur augmente. Le volume du kyste diminue ensuite, de sorte que l'on peut croire à une régression.

La tumeur peut s'enflammer soit spontanément, soit par propagation d'une vulvo-vaginite, soit à la suite d'un cathétérisme septique.

Diagnostic. — Il est aisé. Il s'agit d'une tumeur indolente, mobile, à développement lent, ne présentant aucune trace d'inflammation. Il ne peut donc pas être question d'un abcès ou d'un phlegmon. La hernie de la grande lèvre se reconnaît à la consistance, à la réductibilité, au gargouillement, etc. Les fibromes et les lipomes n'ont guère de ressemblance avec le kyste. Les kystes développés aux dépens du canal de Nûck sont plus haut situés.

Traitement. — Il faut pratiquer l'excision de la tumeur.

Il ne sera pas question de traitements plus ou moins archaïques (section, ligature élastique, etc.). On peut se contenter d'injecter différents liquides caustiques dans le kyste (dilution de chlorure de zinc en particulier); mais ce procédé n'est pas recommandable.

On a réussi dans quelques cas en détruisant la glande au thermo-cautère. Mais mieux vaut se décider à l'extirpation de la glande, qui, sous le couvert de l'antisepsie, donne des résultats excellents et définitifs.

GLANDES MUQUEUSES. — Kystes des canaux de Skene. — Les canaux de Skene qui s'ouvrent normalement de chaque côté du méat peuvent donner naissance à des tumeurs qui siègent toujours dans la même région et qui ont un volume différent suivant les cas.

Symptômes. — Il s'agit d'une tumeur ovale, de volume variable, grosse ordinairement comme un œuf de poule, et qui siège à la partie supérieure de la grande lèvre. La peau est lisse et mobile à la surface du kyste, qui est mou ou tendu, rénitent ou fluctuant et assez souvent transparent. D'ordinaire, il n'est pas réductible, mais il peut l'être.

Ces tumeurs gênent par leur volume qui, exceptionnellement, peut atteindre le diamètre d'une poire. Le début passe inaperçu. La tumeur augmente lentement et peut s'enflammer.

Diagnostic. — Le siège de la tumeur ne permet pas de les confondre avec un kyste de la glande de Bartholin. L'épiplocèle irréductible n'est pas molle et fluctuante.

Voici l'observation d'une malade qui portait la tumeur développée aux dépens des canaux de Skene.

La malade, âgée de trente-quatre ans, a remarqué, il y a plusieurs années, une tumeur située à la partie gauche de la vulve, tumeur qui augmentait progressivement et avait fini par atteindre le volume d'un petit œuf de poule.

Examen. — On constate, en effet, une tumeur de la grande lèvre gauche, qui envahit et distend tout le tiers supérieur de cette dernière et s'étend à la base de la petite lèvre, jusqu'à la paroi supéro-latérale gauche du vagin; si bien que la petite lèvre forme comme une crête de coq sur la surface libre de la tumeur. Il n'existe aucun changement de coloration à la peau, qui est simplement amincie.

A la palpation, la tumeur est irréductible et nettement fluctuante et ne se prolonge pas profondément dans le vagin.

La malade ne ressent aucune douleur; seul, le coït se trouve quelque peu incommodé. Pendant la marche, cette femme est un peu gênée.

Excision. — La tumeur est disséquée, mais s'ouvre pendant l'opération; il s'écoule un liquide absolument clair.

Suture à deux plans. Réunion par première intention.

Examen histologique. — Paraffine. Hématoxyline. Éosine.

Fixation des pièces à l'alcool.

La paroi, épaisse de 10 à 12 millimètres, est composée comme suit.

Épithélium de la muqueuse interne de la grande lèvre, pavimenteux, stratifié et corné, sur derme papillaire; ce dernier contient une ou deux glandes sébacées.

Stroma conjonctif lamelleux, assez dense, ne contenant pas de fibres musculaires propres, mais renfermant de nombreux vaisseaux. Ceux-ci, surtout du côté de la paroi interne du kyste, sont entourés de nombreux leucocytes et leur endothélium est très épais.

L'**épithélium kystique** est un épithélium stratifié, sur 3 à 15 couches, composé de cellules élevées, étroites par leur base, larges par le haut, très semblables à celles de l'urètre. Quelques-unes ont subi la transformation muqueuse.

Cet épithélium s'élève sur des papilles très basses et très larges.

On voit que, dans ce cas, la structure se distingue entièrement de la variété précédente. Le chorion est nettement papillaire, l'épithélium est partout le même, stratifié avec cellules en forme de coin ayant les caractères de celui que les Allemands appellent

Uebergangsepithel et qui est analogue au revêtement urétral.
CAS DE DE BARY. — *Cas 1.* — Petite fille d'une année, porte à la vulve une petite tumeur rougeâtre, molle, fluctuante, longue d'environ 3 centimètres, située tout près de l'urètre entre le méat et le vagin.

Contenu clair. A l'examen histologique, on constate un épithélium stratifié à cellules allongées, semblables à celles qui tapissent l'urètre (*Uebergangsepithel*).

Cas 2. — Cadavre d'une jeune fille de vingt-trois ans; morte d'accidents dus à une rétention prolongée des urines (dilatation chronique de la vessie, des uretères, néphrite). A la vulve, existe un kyste du volume d'un œuf d'oie, situé entre le canal urétral et le vagin. Contenu clair, aqueux. L'examen histologique montre que la paroi interne était tapissée d'une rangée de cellules analogues à celles de la vessie.

Ces cas ne sont pas sans analogie avec les kystes vulvaires d'origine wolffienne: même tumeur vulvaire, même contenu liquide, même volume; cependant ils en diffèrent quelque peu déjà cliniquement par les rapports intimes qu'ils affectent toujours avec les parois urétrales, ainsi que par leur siège qui est plutôt uréthro-vaginal que vestibulaire.

Cette différence est encore plus marquée à l'examen histologique: ces kystes possèdent un chorion papillaire et ne sont plus revêtus par un épithélium cylindrique sur une ou plusieurs couches avec ou sans cils, mais par un épithélium de type urétral, à cellules de trois à dix couches de forme triangulaire sur une coupe, épithélium en tout semblable à celui que Max Schüller décrivait au niveau des canaux de Skene, qui s'ouvrent normalement de chaque côté du méat et qui ne sont que les conduits excréteurs des glandes prostates de la femme.

Cette origine est d'autant plus probable que, dans le cas de De Bary, la surface externe de la tumeur extirpée présentait encore l'orifice d'un des canaux de Skene.

3° Kystes à invagination de l'hymen. — Les kystes de l'hymen sont dus le plus souvent à une invagination épithéliale (à une plicature de la muqueuse qui s'est produite au niveau de la soudure des deux segments latéraux de l'hymen primitif (Schœffer).

Dans presque tous les cas, le kyste est tapissé d'un épithélium malpighien, pavimenteux, stratifié.

On les observe chez des enfants en bas âge et ils sont d'un petit volume. Ils se montrent souvent sous la forme d'un petit grain jaunâtre ou d'une tumeur plus marquée, rosée, transparente et fluctuante. Le contenu est formé presque toujours par une sorte de bouillie celluleuse (cellules desquamées). Il n'y a pas de graisse dans la cavité kystique.