

Kystes congénitaux. — a. *Kystes wolffiens de la vulve* (fig. 128). — Ces kystes (1) sont intéressants au point de vue de leur

(1) On sait que le canal de Wolff persiste normalement chez la femelle adulte des rongeurs et des ruminants sous forme de petits canaux qui, du parovaire, vont, le long des parois utérines et vaginales, se terminer de chaque côté de l'orifice urétral (Gärtner, Kobelt, Follin, Bl. Sutton) et prennent le nom de l'anatomiste danois Gärtner qui, le premier, en fit une étude complète.

Les canaux de Gärtner furent trouvés dans l'espèce humaine par Beigel et Dorhn chez le fœtus, par Fischel, Rieder, Debierre, etc., chez la femme adulte. Tous les auteurs croient actuellement à la possibilité de leur persistance jusqu'au col utérin. Mais ici naissent les divergences : les uns admettent, avec Freund, Kocks, Debierre, Kossmann, que les canaux de Gärtner peuvent persister dans leur portion vaginale et venir se terminer dans le vestibule aux alentours du méat urinaire; les autres, avec Beigel, Dorhn, Max Schüller, Tourneux, Nagel, nient cette terminaison vestibulaire et disent que les canaux décrits par les auteurs précédents sont ceux que Skene a découverts en 1883 et qui représentent probablement les canaux excréteurs des glandes prostatiques de Max Schüller. Cependant, trois ordres de faits paraissent plaider en faveur de la possibilité d'une terminaison vestibulaire des canaux de Gärtner : les uns, tirés de l'anatomie comparée; d'autres, qui sont empruntés au développement; les derniers, enfin, qui sont d'ordre clinique.

L'anatomie comparée montre, en effet, que chez les animaux où l'existence du canal de Gärtner est la règle (vache, truie), ce canal vient se terminer de chaque côté du méat urinaire.

L'embryologie indique que les canaux de Wolff, futurs canaux de Gärtner, viennent primitivement se terminer à la portion supérieure du sinus uro-génital, un peu au-dessus de l'endroit où, plus tard, viendront s'aboucher les canaux de Müller, futur vagin. Par conséquent, si le canal de Wolff persiste dans sa portion inférieure chez l'adulte, il viendra se terminer dans l'une des parties des organes génitaux externes dérivés de la partie supérieure du sinus uro-génital, c'est-à-dire, suivant les classiques, le vestibule, le pourtour du méat et du vagin, auquel on ajoutera, avec Pozzi, l'hymen, et, avec Retterer, une partie de l'extrémité inférieure du vagin et de l'urètre, ainsi que la cloison uréthro-vaginale.

La clinique enfin montre plusieurs faits de persistance *in toto* de canaux de Gärtner chez l'adulte : cas de Realdus-Colombus (1559), cas de Fürst, mais surtout cas de Lawson Tait, d'Aman Routh et de Skene, dans lesquels ces auteurs virent se terminer soit de chaque côté de l'urètre (Lawson Tait), soit dans l'urètre même (Skene), de petits canaux qui laissaient s'écouler un liquide clair.

Parmi ces cas, le plus intéressant et le plus démonstratif est celui de Skene. Il s'agissait d'une jeune femme parfaitement bien portante et dont la seule maladie consistait en un écoulement incessant, par l'urètre, d'un liquide incolore, inodore, mais assez abondant pour la forcer à se garnir le jour comme la nuit.

La miction se faisait bien, le liquide n'était pas de l'urine. Après de longues recherches et en examinant un jour le canal urétral au moyen du cystoscope, Skene réussit à voir un jet de liquide fin comme un cheveu, jaillissant d'un tout petit orifice situé dans la paroi supérieure de l'urètre. Le jet put être arrêté par la pression du cystoscope, mais se reproduisit aussitôt que la pression cessa.

Ne pouvant plus retrouver l'orifice, Skene passa une ligature en masse dans toute la paroi uréthro-vaginale. L'écoulement cessa, mais toute la paroi supérieure du vagin se tuméfia dès le lendemain. Skene fit une incision juste derrière la ligature; il sortit un liquide clair et il réussit à sonder par le vagin le canal lui-même : la sonde put pénétrer jusque dans la région du parovaire. L'écoulement persista pendant quelque temps et ne cessa qu'à la suite d'injections irritantes.

Ce cas était d'autant plus intéressant pour Skene, qu'il confirmait son opinion que les canaux de Gärtner sont absolument différents des conduits des glandes urétrales découvertes par lui et qui portent son nom. Chez sa malade, on trouvait à la fois et les canaux de Gärtner et les canaux dits de Skene.

Enfin, Klein et Groschuff virent un canal de Gärtner persister chez une fillette et se terminer au niveau de l'hymen; ils purent suivre tout son trajet au moyen de coupes en séries.

Il résulte des considérations précédentes que les canaux de Wolff-Gärtner

origine. Ils sont rarement observés. On les divise en kystes à épithélium cilié et en kystes à épithélium non cilié. Nous donnons ici une figure représentant l'aspect extérieur d'un kyste wolffien.

KYSTES WOLFFIENS A ÉPITHÉLIUM CILIÉ. — On n'en connaît que quatre exemples authentiques, cas de Lagrange, de Kümmel, de Pichevin et Weber et celui, plus récent, de Caminiti.

Le kyste, de volume variable (œuf de pigeon, noix, œuf d'oie), se trouve situé dans le tiers supérieur de la petite lèvre gauche, em-

piète sur le vestibule (Pichevin), dans la petite lèvre (Kümmel, Caminiti), dans la partie moyenne de la lèvre droite avec prolongement du côté de la branche ischio-pubienne. Le contenu est formé par un liquide blanchâtre, laiteux (Lagrange), par un liquide jaune clair muqueux (Caminiti). Il était dans notre cas un peu crémeux, mi-solide, blanchâtre, ne contenant ni cristaux de cholestérine, ni vésicules adipeuses. On n'y rencontrait aucun élément figuré, et pas de bactérie.

Anatomie pathologique. — *Examen histologique.* — Pièce fixée

à l'alcool, montée à la paraffine, coupée en série, colorée à l'hématoxyline-éosine.

Les coupes ont porté sur plusieurs parties de la paroi kystique; elles présentent donc certaines différences.

D'une manière générale, la paroi du kyste est formée de trois portions distinctes :

- 1° Épithélium de la surface labiale;
- 2° Stroma;
- 3° Épithélium kystique.

peuvent, en cas de persistance inférieure, se terminer à la vulve, à la partie supérieure de l'une quelconque des formations provenant du sinus uro-génital, et que, par conséquent, ils peuvent donner lieu à des kystes wolffiens de la région.

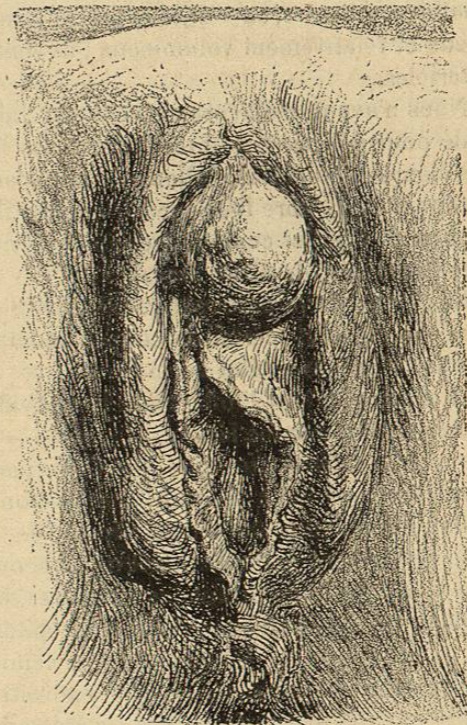


Fig. 128. — Kyste wolffien (Pichevin et Weber).

1° *Épithélium de la surface labiale.* — Ne présente rien de particulier : épithélium pavimenteux, stratifié, du type malpighien ordinaire, reposant sur un chorion dermo-papillaire normal.

2° *Stroma.* — Tissu conjonctif lamelleux, assez dense. Contient de nombreux vaisseaux normaux, mais entourés d'un manchon de cellules embryonnaires. Cette infiltration leucocytaire est surtout développée tout contre la limite interne du kyste, à la partie qui, nous le verrons, est dépourvue d'épithélium ; elle forme, en cet endroit, une nappe assez dense pour rappeler la constitution d'un follicule lymphatique. Ailleurs, on voit, disséminés dans le stroma, des nerfs nombreux et relativement volumineux ; ils sont normaux et accolés à des artérioles.

Nous n'avons malheureusement pas fait subir de coloration spéciale pour déceler des fibres musculaires lisses ; le stroma porte bien des éléments nucléaires allongés, rappelant très bien les noyaux en bâtonnet de la fibre lisse ; mais, comme ils peuvent représenter des noyaux de cellules conjonctives aplaties, nous préférons ne pas affirmer l'existence de fibres lisses.

Au niveau de la paroi externe (labiale), dans le derme de l'épithélium malpighien, certaines coupes montrent une couche dense de glandes sébacées à l'état normal.

En somme, à part l'infiltration leucocytaire, ci-dessus signalée, le stroma n'offre aucune lésion.

3° *Paroi interne du kyste.* — Cette paroi possède une structure assez complexe : elle présente une portion avec un revêtement épithélial, et une autre qui en est dépourvue.

Le revêtement épithélial, soit qu'il recouvre une surface plane ou bien qu'il tapisse de profondes plicatures, est assez complexe.

D'une manière générale, domine un épithélium cubique, superposé sur trois à quatre couches, avec cellules supérieures, munies d'un plateau et recouvertes, par endroits, d'une nappe dense de *beaux cils vibratiles*. A un fort grossissement, on constate que les cellules cubiques sont irrégulièrement disposées, peu différenciées entre elles, les unes allongées, les autres plus courtes, toutes munies d'un noyau arrondi ou ovalaire situé à des hauteurs différentes. Il n'y a pas de membrane basale distincte, mais, à la base de l'épithélium, existe une traînée de cellules cubiques un peu séparées du reste de l'épithélium et très petites.

Ajoutons que, partout où l'épithélium est cubique, cilié, sur deux ou trois couches, le chorion est normal, peu vasculaire, sans papilles.

Mais, si le recouvrement épithélial est cylindrique, cilié dans la plupart des couches, sur d'autres il se présente sous une tout autre forme.

Sur certaines préparations, on constate, en effet, qu'il est nette-

ment *pavimenteux, stratifié*, avec assise régulière de cellules basales, surmontées d'autres de plus en plus aplaties.

Ailleurs, à l'endroit où la paroi du kyste présente de profondes invaginations, l'épithélium est stratifié ; les cellules qui le composent ne sont pas pavimenteuses, mais polymorphes ; quelques-unes, les plus superficielles, sont muqueuses.

Toutes ces formes, épithélium stratifié, cubique, cilié, épithélium pavimenteux stratifié, épithélium muqueux, se retrouvent sur la même préparation et on peut suivre le passage de l'une à l'autre.

Faisant immédiatement suite à l'épithélium cubique cilié, et surmontant cette partie du stroma qui est infiltré, l'épithélium est tombé sur la majeure partie des coupes. Sur certaines d'entre elles, on en peut reconnaître la cause : il reste, en effet, accolé directement au stroma quelques cellules ayant subi une complète dégénérescence.

Des fragments de cette partie de l'épithélium ont été spécialement colorés à la méthode de Benda après avoir été fixés au liquide de Lindsay.

Toute la couche épithéliale est considérablement épaissie et a subi entièrement la dégénérescence fibro-graisseuse.

A un fort grossissement, on constate que les cellules épithéliales sont dissociées soit par des faisceaux fibreux venant du stroma et colorés en bleu, soit par une masse de dégénérescence amorphe qui comble les vides laissés par les fibres et les cellules.

Les cellules épithéliales sont, pour la plupart, transformées en masses vésiculeuses, dont le protoplasma porte des particules grasses sous forme de grains noirâtres. Le noyau reste arrondi, encore nettement visible, portant un ou deux nucléoles bien colorés par la safranine. D'autres cellules ont perdu leur enveloppe et le contenu s'est déversé au dehors.

Par endroits, entre les cellules dégénérées, existent des noyaux de cellules jeunes, petites, à noyau coloré en rouge brillant par la safranine.

Disons, pour terminer, que, en outre de la portion du kyste où l'épithélium est tombé par suite de la dégénérescence que nous venons de décrire, il existe une autre portion qui paraît en être primitivement dépourvue et où le stroma lui-même limite l'intérieur du kyste. La démarcation entre la portion épithéliale et la portion nue est très nette et on ne saurait ici invoquer une chute accidentelle ou pathologique. En effet, l'épithélium, au lieu de se couper simplement, se contourne en un véritable peloton qui vient s'enchâsser dans le tissu conjonctif ou bien diminue peu à peu de hauteur et se perd insensiblement dans la profondeur du stroma.

Il semblerait donc que, sur certaines parties du kyste, on ait affaire non à un revêtement épithélial continu, mais à de véritables

plaques ou à des caps épithéliaux limités d'avec le stroma nu par un pourtour bien tranché.

Comme conclusion :

Kyste à parois mi-parties nues, mi-parties revêtues d'un épithélium sur chorion sans papilles, peut-être avec fibres musculaires lisses. Épithélium variable, surtout cubique, stratifié, cilié, mais aussi pavimenteux stratifié ou stratifié muqueux.

CAS DE LAGRANGE. — Kyste ayant mis sept ans à se développer, situé à la partie moyenne de la grande lèvre droite, poussant un prolongement profond du côté de la branche ischio-pubienne.

Pas de douleurs.

Excision. Contenu liquide, blanchâtre, laiteux.

Examen histologique. — Paroi conjonctive, contenant quelques rares fibres musculaires lisses. Épithélium double : cubique sur deux ou trois couches, cilié dans la partie profonde de la tumeur ; pavimenteux stratifié dans sa portion franchement labiale.

CAS DE MERTS. — Kyste du volume d'un œuf d'oie de la grande lèvre droite, ayant mis vingt-cinq ans à se développer sans que la malade ait jamais ressenti de douleurs. La tumeur s'étend jusque sous la symphyse pubienne et bombe dans le vagin.

Examen histologique. — Une couche d'étroites cellules en forme de coin, munies d'un plateau portant de magnifiques cils vibratiles.

CAS DE KÜMMEL (1^{er} cas). — Jeune fille de quinze ans, porte à la petite lèvre un kyste de 4 centimètres de diamètre, transparent.

Excision.

Examen histologique. — Épithélium de plusieurs rangs d'étroites cellules, dont les superficielles portent une rangée de longs et fins cils.

2^e cas. — Petit kyste de la petite lèvre, à contenu caséux blanchâtre. Épithélium plat, sur une seule couche, portant des cils vibratiles nombreux et puissants.

CAS DE MME ULESKO STROGONOVA. — Petit kyste situé à la partie inféro-latérale de l'hymen, derrière lequel en existe un second enchâssé dans la paroi vaginale.

Contenu foncé, hématique.

Examen histologique. — Chorion conjonctif, sans fibres lisses pour le kyste hyménéal, avec fibres lisses pour le kyste vaginal. Épithélium cubique, d'une seule couche de cellules portant sur un plateau des cils bien distincts.

Voici quelques caractères qui permettront de déterminer l'origine wolffienne du kyste :

1^o Augmentation lente du kyste qui existe parfois depuis l'enfance ;

2^o Siège du kyste qui se trouve aux alentours de l'urètre et possède un prolongement dans la profondeur du côté de la paroi supéro-latérale du vagin ;

3^o La structure du kyste n'est pas identique. L'épithélium sera

cylindrique sur une ou plusieurs couches de hautes cellules cubiques sans cils (type déférent, type gärtnerien), ou mieux avec cils (type épидидymaire). L'épithélium reposera sur un chorion sans papilles, renfermant des fibres musculaires. Ces caractères se trouvent réunis dans l'observation de Caminiti (1898).

b. *Kystes wolffiens à épithélium non cilié.* — Le canal de Gärtner ne contenant pas de cils, on comprend qu'il puisse exister des kystes congénitaux non ciliés. Les cas de Brandt, de Mayaldhâes, de Villar, de Johnston, de Veit se rapprochent, tant par la situation que par leur structure (à part la ciliation), des cas que nous citons.

Dans le cas de Brandt, il s'agissait d'un kyste de la petite lèvre, assez semblable, à première vue, aux kystes sébacés ordinaires. Mais les caractères de son épithélium à cellules cylindriques ; son contenu mi-partie blanc, granuleux, comme dans notre cas, mi-partie liquide ; sa situation tout près du clitoris, son lent développement font plutôt penser à un kyste congénital qu'à un kyste par rétention glandulaire.

Celui de De Mayaldhâes a trait à une femme de vingt-cinq ans, qui portait, depuis l'âge de douze ans, une tumeur de 8 centimètres de long à la petite lèvre droite. Pas de douleurs. Ablation. Contenu séreux, clair, limpide, à peine jaunâtre, aseptique. A l'examen histologique, épithélium à larges cellules prismatiques, presque cubiques, à noyaux tous situés sur la même hauteur. Dans le chorion, quelques petits bourgeons papilliformes.

L'auteur lui-même fait provenir ce kyste du canal de Gärtner ; son cas présente, en effet, tous les caractères que nous avons donnés aux kystes wolffiens, hormis la ciliation.

Johnston et Veit assignent la même origine aux kystes qu'ils ont observés. Dans celui de Johnston, il s'agissait de tout un chapelet de kystes dont le plus antérieur était situé sous le méat et le plus postérieur au niveau du col. L'épithélium cylindrique, les fibres lisses de la paroi, la situation des kystes multiples en des points qui correspondent au trajet connu du canal de Gärtner, sont des caractères qui font croire à une origine congénitale.

Le cas de Veit est relaté d'une manière trop brève pour que l'on puisse s'en faire une idée exacte. Néanmoins, l'épithélium partout pavimenteux, stratifié, les deux orifices communiquant avec l'urètre que Veit signale ne sont pas en faveur de l'origine wolffienne de ce kyste et se rapprochent plutôt des cas dont nous allons parler.

Nous ne nous étendrons pas sur le cas de Villar, rangé par cet auteur dans la classe des kystes dermoïdes ; il possédait plusieurs caractères des kystes wolffiens, mais son contenu était franchement sébacé, ce qui n'a été le cas pour aucun kyste wolffien. L'origine de ce kyste est donc contestable.

Pour nous résumer, nous dirons que, dans la plupart de ces cas,

il s'agit de kystes qui sont situés non loin de la terminaison possible du canal de Gärtner; ils sont tapissés d'un épithélium cubique sur une ou plusieurs couches, ont un contenu liquide ou épais; certains possèdent même des fibres lisses et un chorion sans papilles. Néanmoins, nous ne les citons qu'avec réserve, leur origine congénitale étant moins certaine que celle des kystes précédents.

c. *Kystes dermoïdes*. — Quant aux kystes dermoïdes, ils sont rares. Il n'en existe que deux ou trois exemples dans la science.

d. *Hydrocèle enkystée*. — L'hydrocèle des grandes lèvres, ou hydrocèle enkystée, se développe dans les grandes lèvres, au-dessus du siège des kystes de la glande de Bartholin.

Ces kystes séreux seraient développés: 1° aux dépens de bourses séreuses anormales [Vélpeau, Vidal (de Cassis)]; 2° dans un sac herniaire déshabité (hydrocèle enkystée d'origine herniaire, Duplay); 3° dans le canal de Nüek (Richet, Tillaux, Zuckerkandl). Duplay avait fait triompher la théorie de l'hydrocèle d'origine herniaire, mais des faits nouveaux prouvent que le kyste peut prendre naissance dans les restes du *canal vagino-péritonéal*.

Anatomie pathologique. — Le kyste siège à la *partie supérieure* de la grande lèvre. La paroi kystique est mince. Le contenu est formé par un liquide jaunâtre, quelquefois teinté légèrement en rouge.

Le kyste est ordinairement indépendant du canal inguinal et se trouve souvent en haut et en dehors du ligament rond. La poche kystique peut parfois avoir une pointe engagée dans le canal inguinal, ce qui est rare. Parfois le kyste s'enflamme et suppure. Dans quelques cas, il se transforme en une poche hématique.

Tumeurs vasculaires du méat urinaire. — Ces tumeurs ont été désignées sous des noms différents: caroncules irritables de l'urètre, excroissances charnues, hémorroïdes de l'urètre, etc.

La tumeur vasculaire siège autour du méat, de préférence sur la lèvre inférieure. Elle se montre sous forme d'une petite excroissance rouge, souvent granulée, mamelonnée et qui semble sortir du méat. La tumeur peut faire corps avec la muqueuse urétrale et être, par conséquent, sessile ou pédiculée. Parfois isolée, la tumeur est souvent multiple et quelquefois il existe, à la limite de la muqueuse du méat et parfois un peu plus haut, une série de petites saillies lisses, luisantes, rougeâtres, qui sont dues à ces tumeurs. Celles-ci peuvent, en partie du moins, siéger plus haut, dans l'urètre, et il n'est pas rare de constater plus profondément, dans le canal urétral, quelques excroissances polypeuses. Le volume de ces tumeurs varie depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'une fraise.

Ces tumeurs, d'après Wedl et Virchow, seraient dues à une hypertrophie papillaire; pour Savage, ce seraient des pseudo-angiomes; pour Bonnet et Petit, des polypes vasculaires. Pozzi admet que ces

tumeurs vasculaires résulteraient de l'hypertrophie des débris embryonnaires de l'hymen urétral.

On peut se demander si, dans certains cas, ces tumeurs sont bien différenciées du prolapsus de la muqueuse urétrale enflammée.

Dans quelques cas, on constate des éléments glandulaires dans la tumeur. Dans d'autres coupes, ce qui domine, c'est l'hypertrophie papillaire associée au développement des vaisseaux. On a souvent noté l'augmentation de volume des éléments vasculaires et, à côté des dilatations portant moins sur la paroi vasculaire que sur le calibre même des vaisseaux, on a décrit de véritables lacs sanguins. Dans ces cas, les vaisseaux sont sans paroi. A la périphérie, il y a une hypertrophie des papilles et on constate l'existence d'un épithélium pavimenteux stratifié.

Toupet a constaté qu'une tumeur vasculaire était constituée par du tissu conjonctif et des vaisseaux, au milieu desquels se trouvaient des îlots épithéliaux.

Somme toute, il semble que, tantôt la tumeur se rapproche davantage du type des papillomes, tantôt, au contraire, c'est l'élément vasculaire qui domine et que l'on aurait raison d'appliquer à ces tumeurs le qualificatif de polypes angiomateux ou vasculaires, ce qui, du reste, a été observé dans les coupes faites par Bonnet et Petit.

Quoi qu'il en soit, on ne connaît pas encore exactement le point de départ exact des *vascular tumours*. Il est fort probable que les productions décrites sous ce nom n'ont pas toute la même origine et ne constituent pas un groupe bien défini.

Étiologie. — Les tumeurs vasculaires du méat se rencontrent aussi bien chez les jeunes filles que chez les femmes âgées, mais plus souvent à la période génitale de la vie. Cependant, on peut dire qu'elles existent à tous les âges de la vie, depuis la tendre enfance (Giraldès) jusqu'à soixante-quinze ans.

Toutes les causes d'irritation qui portent sur l'orifice urétral ou qui peuvent se propager du côté du méat sont susceptibles de donner naissance à ces productions. L'opinion que ces tumeurs vasculaires sont dues à la blennorragie peut être soutenue, puisque l'on a rencontré le gonocoque dans les tissus; mais on ne saurait en inférer que ces fongosités doivent être regardées comme étant toujours d'origine blennorragique. Il n'est même pas certain que l'inflammation banale doive être toujours invoquée pour expliquer la production des excroissances.

Symptômes. — La douleur, sous toutes ses formes, est le symptôme dominant. Elle est parfois extrêmement vive et surtout marquée après la miction. Elle peut être spontanée, mais elle est surtout réveillée et exagérée par les contacts directs (coït, toucher, etc.), et au moment des règles. Les douleurs peuvent s'irradier surtout du côté de la vessie. Il existe parfois de la rétention d'urine; on observe aussi des crises redoutables suscitées par des envies d'uriner. Simpson a fait depuis