

lesquels la peau s'est transformée. Cet état est fréquemment observé au clitoris et aux grandes lèvres. — c) Dans une troisième forme, il y a un énorme accroissement de l'épaisseur du derme, dû à la multiplication des faisceaux conjonctifs et des fibres élastiques. En outre, les fibres musculaires lisses augmenteraient de nombre. Ici encore il y a dilatation lymphatique.

Il n'est pas rare que ce soit peu de temps avant ou après la menstruation que les grandes lèvres se tuméfient. Virchow admet que l'affection débute par des ganglions lymphatiques qui mettent obstacle au cours de la lymphe.

Symptômes. — Cette affection débute insidieusement. De temps à autre on constate une poussée subaiguë du côté de la peau de la région qui devient rouge, tendue et douloureuse. La tumeur s'accroît à la suite de chacune de ces lymphangites réticulaires qui aboutissent non seulement à une augmentation de volume, mais à un épaississement des tissus.

Au bout d'un certain temps, après la répétition de ces crises qui peuvent s'accompagner d'une élévation thermique, les tissus restent infiltrés. La peau, qui était rouge et tendue, change de coloration, devient jaunâtre, quelquefois pigmentée. Souvent apparaissent des nodosités et des bosselures entre lesquelles existent des fissures. Alors apparaît un écoulement d'un liquide citrin qui peut devenir purulent.

L'éléphantiasis peut avoir une consistance molle, mais le plus souvent il s'agit d'une tumeur donnant aux doigts la sensation d'une résistance assez ferme. Le derme est épaissi et dur, on ne peut plus le pincer avec les doigts. Il adhère fortement avec les tissus sous-jacents.

La tumeur n'a pas de tendance à saigner. Mais les frottements finissent par l'irriter et il se produit des ulcérations. L'éléphantiasis gêne par son volume et peut être un obstacle au coït, à la marche un peu prolongée. Il peut devenir douloureux et être la source d'une abondante sécrétion.

L'éléphantiasis se transforme parfois en tumeur maligne.

La marche de la tumeur est progressive.

Les tumeurs qui résultent de ce processus peuvent devenir énormes. Partout est signalée l'observation de Vidal (de Cassis) où les grandes lèvres, sous forme de deux vastes tumeurs pendantes, pédiculées, avec base assez large, descendaient jusqu'au-dessus des genoux. Les autres parties vulvaires peuvent aussi prendre part à l'hypertrophie. Le clitoris, mais surtout son capuchon et les nymphes, atteignent des dimensions considérables. Enfin on a signalé l'éléphantiasis total de la vulve.

Diagnostic. — Quand les lésions sont un peu accentuées, le diagnostic s'impose. Dans les cas douteux où l'on pourrait penser à

d'autres œdèmes chroniques, d'origine rhumatismale ou névropathique, la consistance ferme des tissus, l'aspect des téguments mettra le plus souvent sur la voie.

La notion étiologique des régions climatériques sera d'un grand poids. Enfin, la recherche de la filaire dans du sang prélevé la nuit pourrait être de quelque utilité. Sa présence pourrait faire conclure à l'éléphantiasis, sans que son absence cependant dût le faire rejeter absolument.

Pronostic. — Le pronostic est sérieux. La marche de la maladie peut être quelquefois entravée, enrayée même, par le traitement médical seul ou par une opération. Mais le plus souvent la maladie évolue malgré tous les efforts de la thérapeutique et se termine par la mort.

Quant à l'efficacité du traitement, elle diffère grandement selon qu'il est appliqué au début ou dans un cas dont l'évolution a déjà été longue et où les lésions sont accentuées. Dans le premier cas, on peut atténuer, sinon guérir, la maladie. Sa marche se ralentit, peut subir même un arrêt définitif. Dans le second cas, la thérapeutique est le plus souvent impuissante. Les phlegmons, la phlébite, la gangrène sont des complications souvent mortelles. De plus, l'état de marasme où l'affection amène le sujet rend possibles des maladies intercurrentes et en assombrit le pronostic. La lésion peut alors devenir énorme.

Traitement. — Au début, l'antisepsie de la région, bien pratiquée, évitera l'infection des ulcérations; point de départ de nouvelles poussées lymphangitiques. Pendant l'accès, faire des pansements humides boricués et, à l'intérieur, donner du sulfate de quinine qui a été conseillé non seulement pour combattre la fièvre, mais encore comme médicament spécifique.

Quand les lésions hypertrophiques sont constituées, une opération est indiquée : l'ablation des masses pathologiques. C'est le traitement de choix quand la tumeur est bien localisée, à plus forte raison quand elle est pédiculée. On a aussi préconisé l'emploi de l'électricité sous forme de courants continus.

Esthiomène de la vulve. — S'il est une affection mal connue, mal définie, tant au point de vue de son étiologie que de ses symptômes, c'est bien celle qui est désignée sous le nom d'esthiomène de la vulve. S'agit-il d'une entité morbide? et, dans cette hypothèse, quelle est la nature de l'affection? Ou bien ne faut-il voir, dans les cas décrits sous cette dénomination, que des manifestations anormales et différentes de la tuberculose, rarement du cancer, quelque fois de la syphilis et de l'éléphantiasis? D'autres opinions peuvent encore être soutenues et il faut les passer en revue.

Étiologie et pathogénie. — Un fait semble établi : la fréquence de l'affection chez les prostituées. On a invoqué le traumatisme pour expliquer l'apparition de la tumeur.

De l'avis de Koch, qui a écrit un excellent travail sur la question, l'esthiomène de la vulve (*ulcus vulvæ*, l'ulcère de la vulve) ne serait sous la dépendance, ni de la syphilis, ni de la tuberculose. Il s'agirait de lésions qui évoluent après l'extirpation de bubons suppurés de l'aîne. L'auteur a réuni vingt cas d'ulcères vulvaires et il établit que, le plus souvent, c'est l'ablation des ganglions qui a été la cause de l'affection. D'autre part, on fait remarquer que, sur vingt et un faits empruntés à Veit, à Duncan et à Schröder, on ne relève pas une seule fois l'extirpation des ganglions de l'aîne.

Peeckham avance que la maladie désignée sous le nom d'esthiomène ou d'*ulcus vulvæ* est une inflammation du tissu conjonctif, s'accompagnant de néoplasie et d'hypertrophie de la vulve. Ce n'est pas du cancer. La tuberculose n'est pas en cause. Il signale cependant la fréquence de la syphilis (sur soixante cas, elle existe certainement douze fois ; elle est probable quatorze fois). Le terrain syphilitique serait donc favorable à l'évolution de l'*ulcus vulvæ* qui, somme toute, est constitué par une inflammation non spécifique.

Unna admet aussi son origine inflammatoire. Il fait remarquer qu'on ne trouve pas, dans les tumeurs ou au niveau de l'ulcération, la dégénérescence caséuse, si fréquente et si caractéristique, de la tuberculose. Il n'a, du reste, constaté des cellules géantes que dans deux cas et il ajoute que les bacilles tuberculeux ont été très exceptionnellement décelés.

La syphilis seule serait incriminée par quelques auteurs, par Haeblerlin, en particulier. Il n'y a pas de bacilles tuberculeux. Les lésions se rapprochent plutôt de celles que l'on rencontre dans la syphilis.

Il faut reconnaître que le rôle de la tuberculose a été démontré dans un assez grand nombre de cas et que l'affection décrite, en France, sous le nom d'esthiomène, en Allemagne, sous le nom d'*ulcus vulvæ*, d'ulcère phagédénique, est due souvent à une infection tuberculeuse. Du reste, nombreux sont les gynécologues partisans de l'origine bacillaire. En France, Pozzi décrit l'esthiomène comme un lupus. A l'étranger, Heintze, Macdonald, etc., sont du même avis. La tuberculose serait bien la cause de l'affection pour Breisky. D'après Penner, Küstner, Winckel, la présence de [cellules géantes] démontre d'une façon certaine que l'*ulcus vulvæ*, ou esthiomène, est bien tuberculeux.

Martin et Nicolle ont été plus loin. Ils ont démontré l'existence de masses tuberculeuses et de bacilles tuberculeux dans les tissus. Ce sont là des faits positifs et dans lesquels il s'agit bien de tuberculose.

Les bacilles tuberculeux n'ont été par ailleurs que rarement constatés et il faut citer, parmi les auteurs qui ont eu la bonne fortune de les rencontrer, Weinlechner.

Cet auteur estime que la tuberculose se développe sur un terrain syphilitique.

L'infection secondaire du bacille sur un terrain préparé, modifié par une inflammation quelconque, est admise par différents gynécologues, par Veit en particulier. Pick croit que c'est la tuberculose intestinale qui est cause de cette infection secondaire.

On a même fait remarquer que la présence du bacille tuberculeux n'est pas démonstrative, parce qu'on a pu le trouver, à titre exceptionnel, au niveau de tumeurs fibromateuses ou autres. Or, on insiste sur ce fait que les bacilles ont été rarement trouvés dans les cas d'esthiomène.

Pour Fournier, Besnier et Barthélemy, on a compris dans la description de l'esthiomène des affections absolument différentes. On a créé de toutes pièces une entité morbide absolument artificielle et il n'y a pas lieu de conserver ce terme, même pour désigner une tuberculose vulvaire.

Veit, dans son excellent travail, décrit, sous le nom d'*ulcus rodens vulvæ*, trois affections : l'ulcère phagédénique, certaine forme d'éléphantiasis vulvaire et la tuberculose. A son sens, l'ulcère phagédénique qui s'accompagne de tuméfaction œdémateuse et de trajets fistuleux, peut se compliquer de lésions tuberculeuses par envahissement secondaire de bacilles. Il en est de même de l'éléphantiasis caractérisé par une tuméfaction dure, tendue et présentant des néoplasmes à sa surface. Il y a donc lieu d'identifier ces formes d'ulcérations, qui n'ont pas de tendance à guérir et qui donnent lieu à des tuméfactions envahissantes et à des trajets fistuleux.

On devine combien il serait aventureux de se prononcer, en présence de tant d'opinions opposées. Cependant, il est permis de dire que si la marque caractéristique de l'esthiomène a été, à un moment donné, une confusion systématique de toutes les affections qui pouvaient être accompagnées d'ulcérations et d'une augmentation de volume des tissus vulvaires, il n'en est pas moins vrai qu'on a réussi à éliminer du cadre de l'affection les cancers (cancer et sarcome) et les manifestations de la syphilis. Mais, en supposant que l'esthiomène, l'*ulcus vulvæ*, soit dû à une infection particulière, il n'est pas démontré que celle-ci ne soit pas favorisée par la préexistence d'un terrain syphilitique.

Il est certain que souvent, dans les cas catalogués sous l'étiquette d'esthiomène, la tuberculose est en jeu. D'autres affections sont certainement comprises sous la même dénomination. Mais si l'on a confondu ainsi des états pathologiques différents, à une époque où le contrôle microscopique et bactériologique faisait défaut, est-il bon de réunir dans la même description, comme le veut Veit, l'ulcère phagédénique, certaines formes d'éléphantiasis et la tuberculose ? Peut-être serait-il préférable de s'efforcer de dégager, au milieu de ces éléments disparates, la forme tuberculeuse à laquelle on imposerait exclusivement le nom d'esthiomène ou, si l'on veut, de lupus

de la vulve, pour mieux marquer l'origine spéciale de l'affection.

Anatomie pathologique. — D'après Labadie-Lagrave et Leguen, qui s'en rapportent aux trois examens microscopiques qui ont été faits, les lésions locales sont assimilables à celles du lupus. Au niveau du derme, à sa partie moyenne, des cellules embryonnaires entourent les vaisseaux. Les lymphatiques sont oblitérés et dilatés. Dans le tissu cellulaire sous-dermique, il existe un grand nombre de vaisseaux dilatés.

Des lésions tuberculeuses ont été trouvées dans l'intestin, et le foie serait en dégénérescence graisseuse.

D'après Koch, la tumeur est constituée par du tissu conjonctif, épaissi et infiltré, par du tissu de granulation qui pénètre dans les faisceaux musculaires. L'épithélium se termine par un bord taillé à pic et a une grande tendance à l'épidermisation. Des globules blancs se trouvent disséminés à côté de cellules conjonctives. Les noyaux cellulaires sont souvent épithélioïdes. Il existe souvent de la dégénérescence graisseuse.

On a vu que, dans certains cas, on avait trouvé des masses tuberculeuses, des cellules géantes et des bacilles.

Symptômes. — L'affection se caractérise, au dire de Veit, par une tuméfaction œdémateuse qui s'accompagne d'un processus ulcéreux dont le siège se trouve dans la fosse naviculaire ou autour de l'orifice urétral et qui se complique d'une destruction de l'urètre, du rétrécissement du rectum et d'une fistule recto-vaginale. Peeckham fait remarquer que l'affection a une évolution lente et est remarquable par l'absence de douleurs, un état général satisfaisant qui contraste avec des lésions locales énormes.

Il est impossible de confondre dans une même description l'esthiomène, suivant qu'on le considère comme une affection nettement et exclusivement tuberculeuse, comme un lupus en un mot, ou qu'on confond, sous le nom d'ulcère phagédénique de Virchow, quelques variétés d'éléphantiasis et la tuberculose vulvaire. Tandis qu'en Allemagne on englobe ces trois modalités pathologiques sous le nom d'*ulcus rodens vulvæ*, en France on a tendance à décrire sous le nom d'esthiomène le lupus vulvaire.

Figuet (1) a décrit trois formes de l'affection, suivant l'aspect des lésions.

L'affection débute par des démangeaisons au niveau des parties envahies et par un suintement purulent.

La forme *superficielle* apparaît sur les parties cutanées et se caractérise par des macules d'un rouge sombre, violacé, formant des saillies de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'une lentille. Au début, ces macules peuvent exister à l'état isolé, mais au bout d'un certain temps elles s'accompagnent d'une augmentation de volume, et la vulve,

(1) FIGUET, thèse de Paris, 1874.

les grandes et les petites lèvres forment des masses dures et élastiques.

Les saillies dont il a été question peuvent prendre un développement plus considérable, avoir le volume d'une lentille, d'un haricot, atteindre même les dimensions d'une pièce de vingt sous. Les saillies augmentent non seulement de volume, mais de nombre, se réunissent par groupes et forment, par leur confluence, des masses irrégulières qui dominent les parties voisines, d'ordinaire œdématisées et cyanosées. Ces plaques saillantes se ramollissent et s'ulcèrent. Les ulcérations ont des bords irréguliers, érodés, serpigineux. Le fond de la plaie est d'un rouge sombre. Dans ces formes, l'ulcération a une tendance à gagner les tissus en surface et les parties atteintes peuvent être très étendues. Parfois l'ulcération se cicatrise à la longue sur les points primitivement atteints, mais elle se propage au loin et gagne le périnée, le mont de Vénus, etc.

Dans la *forme profonde* (Figuet), les lésions débutent du côté de la muqueuse et, de préférence, au niveau de la fourchette et du vestibule. Ce sont des ulcérations à bords taillés à pic et indurés, anfractueuses, et qui ont une tendance à perforer les tissus et à s'étendre en profondeur.

Les pertes de substance sont parfois énormes et peuvent s'accompagner de rétrécissement du rectum, de fistule recto-vaginale ou d'une destruction des parois urétrales.

Dans la *forme hypertrophique*, ce qui domine c'est l'hypertrophie des grandes et des petites lèvres. Les parties atteintes sont augmentées de volume, dures et élastiques. Mais il est rare que cette forme ne soit pas accompagnée de quelques macules ou de quelques tubercules qui s'ulcèrent souvent.

La marche de l'affection est ordinairement longue, comme nous le disons au pronostic.

Ulcère phagédénique. — Voici comment Schröder décrit cette affection, au dire de Veit :

Au niveau de la commissure postérieure, entre l'hymen et la fourchette, apparaît une tuméfaction dont la surface est irrégulière et les bords taillés à pic. La muqueuse n'est pas détruite. C'est une sorte d'infiltration qui arrive à épaissir et à tuméfier l'hymen.

Mais l'ulcération ne tarde pas à survenir et à gagner, non seulement en surface, mais en profondeur, en même temps qu'il se produit des épaisissements de tissus dans les environs de la solution de continuité. Une fistule recto-vaginale est souvent la conséquence de ce travail ulcératif et il est assez fréquent de constater, en même temps, un rétrécissement rectal et des ulcérations sur la muqueuse intestinale, au-dessus de la striction. On ajoute qu'il y a souvent, autour de l'anus, des condylomes. Somme toute, le rétrécissement rectal avec les condylomes n'est pas sans rappeler le rétrécissement syphilitique.

Quand l'affection débute par la fosse naviculaire, les grandes et les

petites lèvres sont le siège d'une tuméfaction œdémateuse. Parfois on constate des taches rougeâtres et celles-ci sont, dans certains cas, localisées au niveau des orifices des glandes de Bartholin (plaques de Huguier et de Sängér).

Le processus gagne l'urètre assez rapidement et dans un assez grand nombre de cas. Tandis que l'ulcération tend à gagner les parties postérieures et latérales de ce conduit, la muqueuse urétrale s'altère, perd ses caractères propres, se transforme en une surface lisse. Les parois urétrales sont détruites sur une certaine longueur et on assiste à l'évolution de la perte de substance qui, sous forme de gouttière, semble s'enfoncer et gagner la profondeur. Parfois l'urètre est à peu près détruit et on voit au fond de l'ulcère un orifice petit, rétréci et perdu au milieu des tissus cicatriciels. Tandis que l'ulcération gagne soit en superficie, soit en profondeur, les parties primitivement envahies se cicatrisent, de sorte qu'il y a, en même temps, un processus ulcératif et un processus cicatriciel.

Les lésions locales, si prononcées, contrastent avec l'intégrité, ou, mieux, la conservation de l'état général pendant longtemps. Alors même que les malades ont des fistules stercorales, une incontinence d'urine, la santé semble être excellente; mais, à la longue, elles succombent aux progrès du processus ulcératif, à des complications (pneumonie, etc.), qui les enlèvent par suite de l'affaiblissement progressif dans lequel elles finissent par tomber.

La marche de la maladie est lente et on observe des femmes qui résistent pendant dix ans à la marche progressive de la maladie.

Diagnostic. — Il est assez facile de reconnaître et de distinguer le chancre syphilitique. Outre l'aspect extérieur, il y a alors des manifestations révélatrices (roséole, etc.). L'éléphantiasis est caractérisé par une tumeur lisse recouverte de saillies papillaires, par la couleur normale de la peau, par la consistance ferme, par les conditions climériques dans lesquelles la tumeur s'est développée, par l'absence des ulcérations profondes à marche envahissante et qui arrivent si souvent à détruire le canal urétral et les parois rectales.

Cette affection peut être confondue avec de vieilles ulcérations syphilitiques compliquées de tuméfaction à forme éléphantiasique.

Le cancer n'est pas toujours facile à différencier. Il apparaît surtout au niveau des grandes lèvres, n'a pas une tendance à produire de l'épaississement des tissus et, quand l'ulcération existe, il n'y a pas tendance à la cicatrisation dans certains points. La marche est plus rapide. Les souffrances sont vives et l'état général est altéré. Enfin l'aspect de la tumeur et l'examen microscopique d'une parcelle de la tumeur permettent d'établir le diagnostic différentiel.

Pronostic. — Il est grave; cependant il doit être réservé, car il n'est pas fatal. Non seulement la marche de l'esthiomène est lente, mais l'affection peut guérir. Macdonald, sur vingt-quatre malades, relève

quatre morts seulement. Cette statistique ne donne pas une idée exacte de la gravité de l'esthiomène. Dans quelques cas, la guérison peut survenir, soit spontanément, soit que, par une intervention, on arrive à détruire la production pathologique.

Traitement. — Le repos, les soins hygiéniques, la propreté sont tout d'abord indiqués.

On peut tenter la cure par des cautérisations puissantes, par la thermocautérisation en particulier. Quand les lésions sont bien circonscrites, il est préférable de les enlever au bistouri. Dans certains cas, après la destruction ou l'ablation des parties envahies, il y a lieu de faire une restauration de l'urètre ou de traiter la fistule recto-vaginale compliquée parfois de rétrécissement rectal.

Enfin, le traitement général reconstituant, antituberculeux, ne doit pas être négligé.

Leucoplasie vulvo-vaginale. — La leucoplasie vulvo-vaginale peut être considérée comme une localisation, à la muqueuse vulvo-vaginale, de ces altérations épidermiques hyperkératinisantes dont la leucoplasie buccale est le type le plus net.

Historique. — La première observation, publiée par Weir, sous le nom d'*ichthyosis of the vulva*, date de 1875. Elle avait trait à un cas déjà décrit par Thomas comme folliculite vulvaire.

Une autre observation de Jouin suivit quelques années plus tard. Reclus a nettement décrit la leucoplasie vulvo-vaginale et l'a rapprochée, presque identifiée, avec la leucoplasie buccale.

Depuis, de nombreuses observations de leukokératose vulvo-vaginale furent publiées, notamment par Perrin, Monod, qui a consacré à la question une importante revue. Nous-même en avons présenté deux cas, avec examens histologiques, au Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Genève, en même temps que nous décrivions un processus de transformation épithéliomateuse.

Malgré ces nombreux travaux et observations, certains auteurs ne veulent point voir, dans la leucoplasie vulvo-vaginale, une nouvelle espèce morbide. C'est ainsi que Pozzi n'y veut voir qu'une variété de vaginite sénile. Michaux, tout en faisant des réserves, admet cependant la possibilité de l'existence de la leucoplasie vulvo-vaginale.

Étiologie. — **Pathogénie.** — La syphilis et l'arthritisme ont été invoqués pour expliquer l'apparition de la leucoplasie vulvo-vaginale.

L'origine syphilitique de cette lésion a été tour à tour admise et rejetée. La syphilis crée peut-être un terrain favorable à l'apparition de la lésion, et l'affirmation de Erb, que 80 p. 100 des leucoplasiques buccaux étaient syphilitiques, ne prouverait rien de plus d'ailleurs.

Les manifestations arthritiques sont incontestables dans les antécédents de quelques malades.

La leucoplasie semble indépendante de la vulvo-vaginite. Tout au