

Mais, fréquemment, à un moment de son évolution, la dégénérescence épithéliomateuse apparaît et l'on constate bientôt tous les signes habituels d'un cancroïde. La lésion change alors d'aspect et, d'autre part, des symptômes subjectifs se manifestent, la plaque devient exulcérée, sa base s'indure. Un prurit, beaucoup plus intense que celui qui existe quelquefois au début, apparaît, et des sensations de brûlure se font sentir au moindre contact, surtout après la miction. L'état général reste bon pendant un temps variable, le cancroïde évolue lentement, mais progressivement. Bientôt les douleurs apparaissent, puis les ganglions inguinaux s'engorgent. La lésion gagne en étendue, en profondeur. La cachexie arrive et l'issue fatale est la règle inéluctable.

Il faut enlever largement toute la portion lésée, même en l'absence de toute transformation épithéliomateuse, voire même avant toute menace de cette transformation.

Les interventions tardives, en effet, sont très aléatoires comme résultat. Le cancroïde récidive le plus souvent. Monod a montré que la terminaison fatale a été observée 4 fois sur 6 cas de leucokératose dégénérée et opérée. Dans le cinquième cas, celui de Reclus, une seconde intervention fut nécessaire dix-huit mois après la première. Enfin, dans un cas que nous avons observé, la guérison a semblé se maintenir quatre ans après une première intervention. A ce moment, nous avons opéré une seconde fois. Les suites de cette seconde intervention nous sont inconnues. Aucune hésitation n'est donc permise. La plaque leucoplasique doit être enlevée aussitôt qu'on en constate l'existence. On a des chances de guérir ainsi les malades de leurs lésions actuelles, et, de plus, on les met à l'abri d'une complication redoutable au premier chef, qui, si elle n'est pas démontrée fatale, est au moins d'une extrême fréquence.

Pronostic et traitement. — Le pronostic doit être réservé. La leucoplasie dégénère très facilement en épithélioma, et ce seul fait doit inspirer les craintes les plus légitimes sur l'avenir des malades.

Même contre la plaque leucoplasique non dégénérée, les divers traitements médicaux ont échoué, sauf dans un cas de Besnier, où, chez une diabétique, la leucoplasie a cédé au traitement antidiabétique. Les lotions ou injections d'acide borique, salicylique, les pommades variées n'ont même pas donné de résultats palliatifs. Cependant des lavages antiseptiques non irritants sont utiles et des lotions ou pommades appropriées pourront calmer le prurit au début.

Mais le seul traitement qui donne quelque chance de succès, est même temps que quelque sécurité quant à la dégénérescence maligne, c'est l'excision de la plaque et l'ablation large de la base.

BEX, Leucoplasie et cancroïdes de la muqueuse vaginale, thèse de Paris, 1887. — Mme DE PUIFFE DE MAGONDEAU, née L. SÉNÉPART, Contribution à l'étude de la leucokératose vulvo-vaginale, thèse de Paris, 1897. — L. MONOD, Leucoplasie vulvo-

vaginale et cancroïde (*Ann. de la polyclinique de Bordeaux*, 1896). — PERRIN, Utilité de l'intervention chirurg. précoce dans les leucokératoses de la bouche et du vagin (*Ann. de dermat.*, Paris, 1891). — PICHEVIN et Aug. PÉTTIT, Leucoplasie vulvo-vaginale (*Congrès de gynéc. de Genève*, et *Sem. gynéc.*, 1896). — RECLUS, Leucoplasie et cancroïdes des muqueuses buccales (*Gaz. hebd.*, 1887; *Gaz. des hôp.*, 1888).

Kraurosis vulvæ. — Sous ce nom, Breisky a décrit en 1885 une affection nettement localisée à la vulve. Elle est caractérisée par une nécrose de l'épiderme et une hyperplasie du tissu conjonctif sous-jacent, dont la conséquence est la rétraction et l'atrophie des organes vulvaires et le rétrécissement progressif du vagin.

Historique. — Avant le travail de Breisky, on ne trouve guère que l'observation de Weir (1875) (1). Encore cette observation, rapportée plus tard au kraurosis par Smith, semble être définitivement attribuée maintenant à la leucoplasie vulvo-vaginale. On pourrait signaler aussi quelques lignes du *Traité des maladies des femmes*, de Lawson Tait (2), où cet auteur, dès 1877, parle d'une dégénérescence vasculaire serpentine, laissant comme résultat une atrophie de la vulve et le rétrécissement du vestibule, et dont la description semble correspondre à celle du kraurosis. Il faut arriver à la description de Breisky pour voir le kraurosis de la vulve prendre une place précise dans la nosologie et être considéré comme une entité morbide.

Depuis cette époque, de nombreuses publications furent faites à l'étranger, relatant un certain nombre de cas; nous avons nous-même publié un cas qui, jusqu'à ce jour, est resté unique en France.

Symptomatologie. — Le début du kraurosis vulvæ est insidieux. La lésion s'installe sans exanthème, sans inflammation préalable (Breisky). Les affections génitales ou extragénitales, concordant avec ce début ou le précédant, ne peuvent faire prévoir la maladie, car aucun ne semble avoir, sur son apparition ou son développement, une influence bien nette. L'âge même des malades est assez variable; cependant l'affection évolue pendant la période d'activité génitale. Sur 28 observations où l'âge est noté, 18 ont trait à des malades entre vingt-cinq et cinquante ans (Arnoux). Ce n'est donc pas une atrophie sénile du vagin.

En général, quand les malades viennent consulter, les lésions sont déjà assez avancées. L'attention est alors attirée de ce côté par la douleur que provoquent les rapports sexuels, douleur souvent assez intense pour les rendre impossibles.

L'apparition d'un prurit violent ou de sensations de chaleur et de tension du côté des organes vulvaires, ou bien encore, de douleurs à forme névralgique irradiant plus ou moins loin, quelquefois, mais plus rarement, des troubles de la miction, sont autant de symptômes qui peuvent se présenter isolément et amener l'examen de la vulve.

(1) WEIR, *New York med. Journ.*, 1875.

(2) LAWSON TAIT, *Diseases of Women*, 1877.

On a signalé aussi des déchirures du périnée se produisant pendant l'accouchement, d'une façon inusitée.

A l'examen de la vulve, on note des modifications portant sur la forme des organes vulvaires, la coloration des téguments, la consistance des plans sous-jacents.

Tous les organes vulvaires peuvent participer aux changements de formes, qui d'ailleurs se produisent irrégulièrement. C'est ainsi que les grandes lèvres, amaigries, ne faisant plus qu'un relief à peine dessiné, peuvent être seules atteintes, soit d'un seul côté, soit des deux, avec participation ou non du mont de Vénus (Janowsky), qui disparaît en tant qu'éminence et laisse la peau directement appliquée sur le pubis. Mais, ordinairement, le clitoris et les nymphes participent au processus; ce sont même ces organes qui sont le plus souvent, pour ne pas dire toujours, le siège primitif de l'affection.

Les nymphes deviennent de simples bourrelets à peine séparés de la grande lèvre par un léger sillon qui va s'effaçant. Du côté du vestibule, elles se fondent insensiblement avec sa surface, avec laquelle il devient impossible de les distinguer.

Le clitoris peut perdre progressivement ses parties constituantes : l'atrophie, la disparition de son capuchon suit de près celle des nymphes; le gland peut disparaître, et on a signalé l'absence complète de tout l'organe.

L'orifice vaginal, rigide et rétréci, déplisse la fourchette; attiré par la rétraction des tissus, il s'en rapproche, tirillant le périnée. Le méat urinaire est souvent compris dans le tissu de sclérose et atrésié.

Quand ces modifications de forme sont un peu accentuées, la vulve est beaucoup moins accidentée; entre les grandes lèvres ou leurs vestiges, se voit une aire lisse au milieu de laquelle se trouve l'orifice vaginal.

Mais ces modifications de forme sont précédées et accompagnées de modifications de la coloration des téguments, indice de la nécrose épidermique. On observe des taches, des macules plus ou moins étendues dont la distribution, comme la forme, est irrégulière. Elles peuvent siéger sur toute la muqueuse vulvaire et même sur le périnée et la partie antérieure de l'anus. Mais, fait important, elles ne gagnent jamais la muqueuse vaginale.

Leur coloration varie avec l'époque de leur évolution. Au début, la teinte ardoisée est la plus fréquente; elle peut être rouge foncé, lie de vin. Plus tard, elles pâlisent, deviennent blanc laiteux; ensuite, elles prennent franchement l'aspect cicatriciel, lisse et brillant. Sous ces plaques, le processus de rétraction semble plus actif. Cependant il en dépasse de beaucoup les limites.

Dans les intervalles, la peau et la muqueuse sont saines en général. On a observé quelquefois cependant une légère rougeur diffuse. Les poils sont parfois secs et cassants.

Quand on palpe les parties atteintes, on a la sensation d'un substratum dense, non élastique, ne se laissant pas déprimer par le doigt, qui ne produit un léger godet qu'en cas d'œdème concomitant.

Le toucher, quand l'état de la sensibilité le permet, donne la sensation d'un orifice vulvo-vaginal entouré d'un anneau fibreux remontant un peu dans le vagin et se rétrécissant en entonnoir. Si l'orifice supérieur de cet entonnoir peut être franchi, on trouve la muqueuse vaginale absolument saine au-dessus, ou du moins jamais atteinte de lésions semblables à celles de la vulve.

Les troubles fonctionnels sont assez prononcés.

Le vagin est le plus tôt et le plus souvent atteint. La difficulté et même l'impossibilité du coït en sont bientôt la conséquence. L'accouchement est gêné et, dans certains cas, il fallut inciser l'anneau vulvaire (Dorsett, Janowsky).

La miction et la défécation sont plus rarement gênées. Le prurit est assez fréquent et, au niveau de la zone pathologique, il existe parfois de la douleur provoquée par la pression et même spontanée.

Le prurit n'est pas constant. Cependant on le trouve dans un tiers environ des cas et il est presque toujours très violent. Les douleurs observées sont des douleurs à forme névralgique s'irradiant dans les parties avoisinantes et jusque dans les lombes.

Anatomie pathologique. — L'altération fondamentale est la sclérose du derme et Breisky en faisait lui-même déjà un caractère essentiel.

Au début, les fibres du derme se présentent sous forme d'un bloc compact, formé par leur pénétration réciproque et où il est impossible de retrouver trace de leur aspect fasciculé normal. Le tissu élastique est atrophié et le rôle de cette modification est fort important (Peter); elle expliquerait la fragilité extrême des tissus et leur fissuration si facile au moindre tiraillement, presque au moindre contact, comme l'ont signalé Breisky, Heitzmann (fig. 133).

Les vaisseaux sont atteints d'endopérivasculite. Les lésions nerveuses sont accentuées; les filets nerveux finissent par n'être représentés que par des cordons fibreux creusés de vacuoles. Ces altérations seraient, pour certains auteurs, la cause du prurit et des douleurs (Sänger, Webster); pour d'autres, ce ne serait qu'une altération consécutive.

On observe aussi une quantité notable d'éléments inflammatoires dans l'épaisseur du derme auquel ils peuvent même se substituer. Ils s'insinuent entre les cellules du corps de Malpighi qu'ils dissocient et peuvent détruire, ou bien pénètrent dans les couches profondes de l'épiderme. Enfin, les papilles s'atrophient quelquefois; du côté de l'épiderme, l'hyperkératose des cellules, et surtout des plus superficielles, est l'altération la plus importante (fig. 134 et 135). Breisky, Orthmann, Peter, signalent aussi des nappes d'exsudat hyalin, peut-

être muqueux, se colorant énergiquement par les teintures plasmiques.

En résumé, du côté du derme, on trouve une inflammation chronique et une hypertrophie des fibres conjonctives; du côté de l'épiderme, une infiltration embryonnaire et une hyperkératinisation avec nécrose rapide.

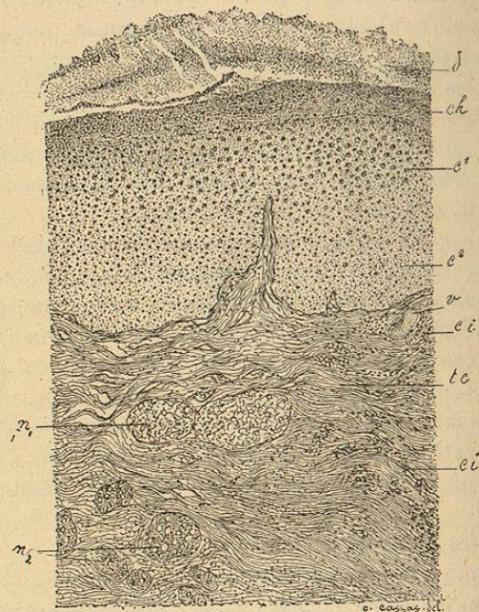


Fig. 133. — Coupe transversale de la peau au niveau d'une plaque blanche (liquide de Lindsay. Paraffine, safranine, mélange de Benda. Baume). — Le tissu conjonctif (*t. c.*) est formé de fibres feutrées infiltrées de cellules inflammatoires (*c. i.*); en certains points, il existe des vaisseaux (*v*). Les nerfs (*n*₁, *n*₂) ont subi plus ou moins complètement la dégénérescence fibreuse. Les couches profondes de l'épiderme (*c*) ne présentent pas d'altérations visibles à ce grossissement; en revanche, dans les cellules intermédiaires, on distingue un noyau anormalement développé; les éléments superficiels (*c. h.*) sont fortement kératinisés et plus ou moins imprégnés d'une masse hyaline (*d*) qui forme à la surface une bande à peu près continue (Pichevin et Aug. Pettit).

Pathogénie. — Dans l'ignorance où l'on est de la véritable cause du kraurosis vulvæ, toutes les circonstances étiologiques ont été prises tour à tour pour base d'une théorie pathogénique.

La gonorrhée a été incriminée (Janowsky); on rapprochait ainsi le kraurosis vulvæ du rétrécissement urétral chez l'homme. La fréquence des gonorrhées cadre peu avec la rareté du kraurosis; d'ailleurs, rien ne démontre l'existence constante d'une vulvo-vaginite chronique antérieure au développement du kraurosis, qui, d'autre part, est une affection purement vulvaire. Le prurit, ou plutôt l'état

de constante irritation qu'entretiennent les grattages, a aussi été mis en avant comme cause productrice des lésions kraurotiques. Mais les lésions de grattage des prurits d'autre origine ne donnent jamais l'aspect clinique de ces lésions.

La syphilis, la tuberculose ont été invoquées parmi les causes de la maladie. Sur 60000 femmes syphilitiques, pas une ne présentait de kraurosis (Lewin). Bartels fait du kraurosis une tropho-névrose. Bien qu'il rapporte un cas amélioré par le traitement général, les lésions nerveuses observées ne permettent pas d'accepter cette interprétation sans conteste. Cependant, cette dernière théorie semble la plus proche de la vérité.

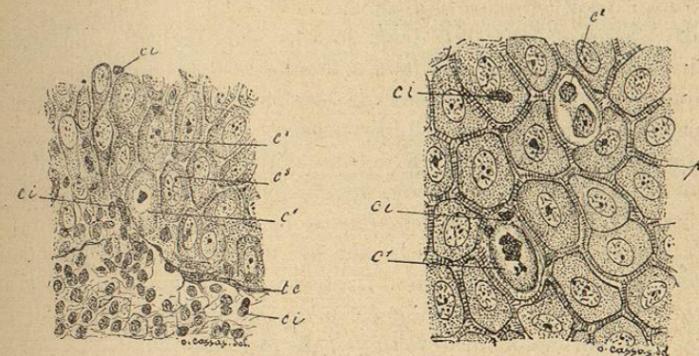


Fig. 134. — Coupe transversale de l'épiderme et du derme au niveau de la couche de Malpighi (même technique que figure 133, fort grossissement). — La limite entre la couche de Malpighi et le derme n'existe plus; les fibres conjonctives (*t. c.*) sont dissociées par les cellules inflammatoires (*c. i.*) qui ont envahi l'épiderme et qui parviennent même jusque dans les couches moyennes. Les cellules épidermiques ont un noyau plus (*c*¹) ou moins (*c*², *c*³) altéré (Pichevin et Aug. Pettit).

Fig. 135. — Coupe transversale des cellules sous-jacentes à la couche de Malpighi (même technique que fig. 134, fort grossissement). — Ces éléments sont remarquables par leur grande taille et par le développement des ponts intercellulaires; leur noyau est en général altéré (*c*¹, *c*²); les cellules inflammatoires ont également envahi cette zone (Pichevin et Aug. Pettit).

Diagnostic. — Si le tableau clinique du kraurosis était toujours au complet, ainsi qu'il arrive aux périodes avancées de la maladie, le diagnostic en serait facile, et on ne pourrait le confondre avec les autres affections cutané-muqueuses de la région vulvo-vaginale; mais chacun de ses symptômes peut être plus ou moins isolé. C'est ainsi qu'il faudra distinguer le prurit du kraurosis des prurits d'une origine différente. Mais il est bien rare qu'il soit absolument isolé et d'autres lésions de l'épiderme ou des organes vulvaires viendraient mettre sur la voie du diagnostic. La sténose de l'orifice vaginal ne sera pas confondue avec les sténoses d'origine congénitale, cicatricielle, ou le vaginisme. L'histoire des premières en décèlerait l'origine. Quant au second, il n'est accompagné d'aucune lésion.

Il est des affections vulvaires dont le tableau simule de plus près celui du kraurosis : tels la leucoplasie, l'éléphantiasis et la sclérodermie.

Le kraurosis diffère cliniquement de la leucoplasie, en ce que, dans cette dernière, la plaque leucoplasique est tout, au contraire de la tache kraurotique qui est accompagnée de symptômes de sclérose et d'atrophie.

D'ailleurs, les modifications de la plaque leucoplasique même sont différentes. Tandis que, dans le kraurosis, l'aspect nacré, une fois apparu, semble persister, que la base est nettement hypertrophiée, dure, dans la leucoplasie on observe des fissures, des exfoliations des squames blanchâtres, et la lésion sous-épidermique est nettement localisée au tissu cellulaire sous-jacent.

Histologiquement, les deux lésions sont faciles à différencier. L'hyperkératinisation primitive et manifeste de la leucoplasie, l'abondance de l'éléidine, l'absence de lésions nerveuses, sont autant de caractères opposés à ceux du kraurosis.

La sclérodermie, dans l'hypothèse d'une plaque exactement localisée à la vulve, serait encore reconnaissable au cercle lilas de sa périphérie, à l'absence de démangeaisons, de douleurs.

Enfin, le kraurosis n'a ni la marche, ni l'aspect de l'éléphantiasis, affection rare en nos climats. D'ailleurs, l'éléphantiasis produit une hypertrophie franche, prononcée surtout du côté des grandes lèvres, avec une marche et un développement bien différents.

Complications. — La plupart des complications ne sont que des conséquences du processus de sclérose. Les tissus deviennent durs, inextensibles et se fissurent au moindre effort, soit pendant un toucher, soit dans des tentatives de coït, soit enfin pendant un accouchement, au passage de la présentation. Mais ce ne sont, en somme, que des épisodes de l'évolution normale de la maladie. Plus importante est la complication due à la dégénérescence cancéreuse de la plaque kraurotique (Martin, Pichevin et Pettit). Le processus de cette dégénérescence semble calqué sur celui que l'on observe dans la leucoplasie.

Pronostic et traitement. — Le pronostic du kraurosis vulvæ non compliqué est grave en lui-même. La marche en est lente, mais progressive. Les troubles fonctionnels augmentent d'intensité et les douleurs et démangeaisons rendent l'existence des malades intolérable. Il ne semble pas cependant qu'en dehors de la dégénérescence cancéreuse, avec toutes ses conséquences habituelles, le kraurosis mette la vie des malades en danger.

Le seul traitement qui soulage et guérisse, c'est l'excision des parties atteintes (Orthmann). Malgré ce traitement énergique, on voit parfois des récurrences (Longyear, Reed), mais bien rarement. Il a encore l'avantage de parer à la complication par dégénérescence épithéliomateuse ou, du moins, d'en être le traitement logique.

Emile ARNOUX, Contribution à l'étude du kraurosis vulvæ, thèse de Paris, 1899, n° 621.

Papillomes. — Les papillomes de la vulve, étudiés sous le nom de condylomes et de végétations, peuvent être discrets ou s'étendre sur une surface considérable. Ils peuvent remonter dans l'urètre et, profondément, dans le vagin.

Ils sont dus à l'hyperplasie des papilles du derme sous l'influence des liquides qui s'écoulent du vagin. Ces choux-fleurs se rencontrent le plus souvent chez des blennorragiques, sans, pour cela, qu'ils puissent être regardés comme une manifestation gonorrhéique. Ce n'est pas non plus un accident spécifique. On trouve assez souvent les papillomes au cours de la grossesse.

Le traitement consistera soit en une cautérisation après anesthésie au chlorure de méthyle, soit en une opération réalisant l'ablation des tumeurs confluentes et la réunion, ou dans l'excision suivie de thermocautérisation.

Molluscum de la vulve. — Le molluscum est caractérisé par l'hypertrophie des éléments du derme, et, surtout, par celle du tissu fibreux.

Il siège de préférence sur la grande lèvre et on a remarqué qu'il était plus fréquent à gauche qu'à droite. Le volume de la tumeur peut atteindre celui d'une orange. Elle prend la forme d'une saillie de la peau, ordinairement bien pédiculisée et molle, et ressemble à une poche membraneuse plissée.

Pour Rokitsky, ces tumeurs seraient des lymphangio-fibromes. Au microscope, on remarque de larges travées de tissu fibreux, surtout abondantes à la périphérie. Le long des lymphatiques, le tissu fibreux est dense. A la partie centrale, on constate du tissu cellulaire récent et gélatineux.

Le pédicule renferme des vaisseaux qui sont souvent le siège d'altérations diverses et en particulier de sclérose. Il y a de l'œdème, et parfois des kystes, en différents points de la tumeur.

Le molluscum est quelquefois unique, mais il peut exister plusieurs productions de même nature. La tumeur est plus ou moins arrondie, quelquefois allongée, tantôt lisse, tantôt présentant plusieurs lobes, ordinairement pédiculés. Les téguments ont une coloration normale ou sont pigmentés ; ils sont tantôt lisses, tantôt rugueux.

Le molluscum a une évolution lente. Il prend parfois un accroissement anormal au moment de la grossesse.

Ces tumeurs doivent être enlevées.

Fibromes, fibro-myomes et myxomes. — Des fibromes, des fibro-myomes et, d'une façon tout à fait exceptionnelle, des myxomes (Virchow) peuvent se développer soit aux dépens du ligament rond, soit aux dépens des lames fibreuses du sac dartoïque. Dans ce dernier cas, le fibrome est encapsulé et parfaitement énu-