

# LA TUBERCULOSE DE LA VULVE<sup>1</sup>

Par **X. BENDER**

---

Depuis mes premières recherches sur la tuberculose de la vulve, qui datent de 1903, et depuis la publication du mémoire que j'écrivis à cette époque en collaboration avec mon distingué confrère et ami M. P. Petit<sup>2</sup>, j'ai constamment poursuivi l'étude de cette intéressante affection. Heureusement servi par le hasard, j'ai pu étudier deux nouveaux cas personnels et j'ai rassemblé, d'autre part, les diverses observations éparses dans la littérature médicale. Une grande partie de ces documents a servi de base à la thèse de M<sup>lle</sup> Marguerite Bonnin<sup>3</sup>, parue en 1904. Depuis lors, quelques observations nouvelles ont été publiées et j'ai pu compléter mes recherches personnelles. J'essaierai donc aujourd'hui de grouper tous ces faits et de tracer une étude d'ensemble de la tuberculose vulvaire, aussi complète et aussi claire que le permettent nos connaissances actuelles.

Tous les auteurs s'accordent à considérer la tuberculose de la vulve comme une affection très rare; on la trouve à peine mentionnée dans les traités classiques, et encore ceux-ci n'envisagent-ils guère que la forme banale, la forme ulcéreuse de cette affection. Pourtant, depuis quelques années, les observations se sont multipliées, sans doute parce que les recherches histologiques, plus précises et plus communément pratiquées, ont permis de mettre en évidence la tuberculose dans un bon nombre de cas où, cliniquement, elle était restée insoupçonnée. Et c'est ainsi que la tuberculose paraît devoir acquérir une place de plus en plus importante dans le cadre de ces affections ulcéro-

---

1. Cet article fait partie du Livre d'Or offert à M. le Professeur S. Pozzi.

2. P. PETIT et X. BENDER. — « Sur une forme hypertrophique, non ulcéreuse, de tuberculose de la vulve ». *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1903, n° 6, p. 947.

3. M<sup>lle</sup> BONNIN. — « Contribution à l'étude de la tuberculose de la vulve. » *Thèse*, Paris, 1904.

hypertrophiques vulvaires, naguère réunies sous le nom générique et imprécis d'*esthiomène de la vulve*. Il est bien certain que ce mot d'esthiomène ne peut conserver actuellement qu'une signification purement clinique, et qu'il ne répond à aucun substratum anatomique nettement défini. Et je ne puis que répéter aujourd'hui ce que je disais, il y a trois ans, avec M. Petit :

« Nous sommes loin de partager l'opinion de M. Verchère<sup>1</sup> qui, dans un mémoire récent, considère l'esthiomène comme un mode de réaction spécial des tissus ano-vulvaires, sous l'influence d'affections très diverses, comme un SCLÉRÈME ANO - GÉNITAL, suivant sa propre expression. C'est changer le mot sans éclairer la question ; c'est un retour en arrière à la conception ancienne de Huguier, aujourd'hui démontrée fausse. Nous pensons, comme M. Verchère, que les diverses affections qui se développent au niveau de la vulve présentent souvent des caractères macroscopiques à peu près identiques, sans doute en raison de la structure anatomique de cette région. Mais ce n'est pas une raison suffisante pour faire de tout cela un seul état morbide, pour considérer comme identiques, au point de vue clinique et anatomo-pathologique, des lésions très différentes qui n'ont qu'un caractère commun, l'hypertrophie associée ou non à des ulcérations plus ou moins étendues.

« Il faut s'efforcer, bien au contraire, de mettre en évidence les divers facteurs étiologiques qui correspondent à ce que nous appellerons le SYNDROME ESTHIOMÈNE, et peut-être arrivera-t-on ainsi à déceler leurs caractères particuliers, à en donner des signes qui rendront le diagnostic plus aisé. »

**I. Anatomie pathologique.** — Jusqu'à ces derniers temps, la seule forme connue de la tuberculose vulvaire, la seule décrite dans les ouvrages classiques, était la *forme ulcéreuse*.

M<sup>lle</sup> Gorovitz<sup>2</sup> dit, en effet, dans sa thèse : « La tuberculose vulvaire peut se présenter sous la forme de granulations miliaires ou de foyers caséux. Mais ce que l'on rencontre le plus souvent, ce sont des ulcérations. Ces ulcérations apparaissent primitivement isolées les unes des autres, puis, peu à peu, elles se réunissent de manière à former une vaste et profonde perte de substance. »

1. VERCHÈRE. — « Valeur séméiologique de l'esthiomène ano-vulvaire ». *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1898, p. 777.

2. M<sup>lle</sup> GOROVITZ. — « De la tuberculose génitale chez la femme », *Thèse*, Paris, 1900.

Pour Labadie-Lagrave et Legueu<sup>1</sup> la forme habituelle de la tuberculose vulvaire est l'ulcération solitaire, irrégulière, à fond jaunâtre, avec des petits points gris autour.

J. Veit<sup>2</sup> signale que la tuberculose vulvaire n'a été observée que sous la forme ulcéreuse.

Gebhard<sup>3</sup> enfin, en 1899, déclare que la seule forme avérée de tuberculose vulvaire est la forme ulcéreuse : *Mit Sicherheit beobachtet ist nur das tuberkulöse Geschwür*. D'après cet auteur, il s'agit habituellement d'un ulcère à bords déchiquetés et irréguliers, à fond recouvert d'un enduit pultacé, parsemé de petites granulations miliaires jaunâtres. Le tableau est souvent compliqué de trajets fistuleux, de bourgeons polypoïdes.

Cette conception de la tuberculose de la vulve pouvait être considérée comme exacte au moment où écrivirent ces différents auteurs. Mais elle ne s'accorde plus actuellement avec les faits observés. On sait aujourd'hui, depuis la thèse de Pöeverlein<sup>4</sup> et depuis la publication de mon premier travail, qu'il existe, à côté de la forme ulcéreuse classique de la tuberculose vulvaire, une autre variété dans laquelle l'ulcération peut faire complètement défaut et où toute la lésion est constituée par de l'hypertrophie, de l'œdème et un aspect éléphantiasique des téguments. Cette forme est assurément plus rare que la forme ulcéreuse, mais je ne crois pas qu'elle soit absolument exceptionnelle. Sa rareté apparente est due sans doute à ce que les lésions caractéristiques sont très discrètes, très disséminées, et à ce qu'il faut de patientes recherches pour les mettre en évidence. Dans les deux cas qu'il m'a été donné d'observer, j'ai dû pratiquer un très grand nombre de coupes avant d'arriver à une certitude absolue, et j'ai pu me convaincre qu'il était possible et même facile de passer à côté du diagnostic.

Il est probable que, sur cette forme hypertrophique, des ulcérations peuvent venir se greffer dans la suite, au cours de l'évolution de la maladie. Mais ceci n'empêche pas de retenir ce fait essentiel que pendant longtemps les lésions peuvent évoluer sans ulcération et que, sous cette forme, la tuberculose vulvaire est très difficile à reconnaître. Il existe, anatomiquement et cliniquement, deux formes distinctes de *tuberculose de la vulve* qui doivent être étudiées séparément.

1. LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — « Traité médico-chirurgical de gynécologie », 2<sup>e</sup> éd., p. 554.

2. J. VEIT. — « Handbuch der Gynäkologie », Bd III, I Abt., p. 177.

3. GEBHARD. — « Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane ». Leipzig, 1899, p. 579.

4. PÖEVERLEIN. — Thèse, Munich, 1902.

1° TUBERCULOSE ULCÉREUSE, OU ULCÉRO-HYPERTROPHIQUE DE LA VULVE. — Cette forme est de beaucoup près la plus fréquente. J'ai pu en réunir 29 observations, dont un cas personnel.

Les premières observations publiées sont celles de Winckel<sup>1</sup> (obs. I et II). Dans un premier cas il existait, au niveau de la partie moyenne de la petite lèvre gauche, une tuméfaction du volume d'un œuf de pigeon, dont la face interne offrait une ulcération d'aspect granuleux. Dans un second cas la région vulvaire était tuméfiée dans son ensemble et comme œdémateuse, avec des parties indurées au niveau des grandes et des petites lèvres. Au niveau de la base du clitoris, dans l'intervalle compris entre les petites lèvres et la grande lèvre droite, existaient plusieurs longues fissures ulcérées recouvertes d'un enduit purulent.

Dans le cas de Cayla<sup>2</sup> (obs. III), les lésions étaient très accentuées; l'anus et le vagin formaient un véritable cloaque; les grandes lèvres, hypertrophiées, présentaient de nombreuses ulcérations.

La malade de Deschamps<sup>3</sup> (obs. IV) présentait une large ulcération étendue à la totalité de la grande lèvre gauche.

Dans les trois observations de Demme<sup>4</sup> (obs. VI, VII et VIII), il s'agissait d'ulcérations de dimensions variables siégeant soit sur les petites lèvres, soit au niveau de l'entrée du vagin, et recouvertes d'un enduit purulent.

Chez la malade de Chiari<sup>5</sup> (obs. V), il existait un œdème de moyenne intensité des grandes lèvres, et l'on trouvait une large ulcération qui avait détruit la petite lèvre droite et s'était propagée à la fosse naviculaire et au clitoris. Dans le cas de Zweigbaum<sup>6</sup> (obs. IX), il s'agissait également d'une ulcération profonde, siégeant au niveau de la petite lèvre gauche.

Dans le cas de Viatte<sup>7</sup> (obs. X), on trouvait autour du méat urinaire trois végétations d'aspect polypoïde, masquant une ulcération de couleur rouge sombre. Dans le cas d'Emanuel<sup>8</sup> (obs. XI), il existait une grande ulcération séparant l'anus de l'entrée du vagin et occupant toute la largeur du plancher périnéal.

1. WINCKEL. — « Pathologie der weiblichen Sexualorgane ». Leipzig, 1881.

2. CAYLA. — *Progrès médical*, 1881, n° 33, p. 618.

3. DESCHAMPS. — *Archives de tocologie*, 1885, p. 19.

4. DEMME. — *Wien. med. Blätter*, 1887, n° 50.

5. CHIARI. — *Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis*, Wien, 1886.

6. ZWIGBAUM. — *Berl. klin. Woch.*, 1888, n° 22.

7. VIATTE. — « Klinische und histologische Untersuchungen über Lupus vulvæ ». *Inaug. Diss.*, Basel, 1891.

8. EMANUEL. — *Zeitschrift für Geb. und Gyn.* 1894. Bd. XXIX.

Martin<sup>1</sup> a publié en 1895 une observation dans laquelle les petites lèvres étaient hypertrophiées et ulcérées (obs. XII). Le même auteur publiait, en 1901, un nouveau cas des plus intéressants: la grande lèvre droite, très hypertrophiée, formait une tumeur du volume des deux poings; la grande lèvre gauche atteignait les dimensions d'une pomme. Il existait, en outre, des lésions ulcéreuses au niveau des cuisses (obs. XXIV).

Les lésions étaient comparables, avec des variantes individuelles dans les cas de Montgomery<sup>2</sup> (obs. XIII, 1895), de Winter<sup>3</sup> (obs. XIV, 1896), de Schenk<sup>4</sup> (obs. XV, 1896), de Küttner<sup>5</sup> (obs. XVI, 1896), de Karajan<sup>6</sup> (obs. XVII, 1897), de Havas<sup>7</sup> (obs. XVIII, 1897), de Davidsohn<sup>8</sup> (obs. XIX, 1899).

Même aspect encore dans les deux cas de Gebhard<sup>9</sup> (obs. XX et XXI, 1899), dans les cas de Rieck<sup>10</sup> (obs. XXII, 1899), de Kelly<sup>11</sup> (obs. XXIII) et de Rechenbach<sup>12</sup> (obs. XXV, 1901).

Dans l'observation que j'ai publiée avec Nandrot<sup>13</sup> (obs. XXVIII, 1904), les grandes lèvres, droite et gauche, étaient très hypertrophiées. Au niveau de la partie inférieure de la grande lèvre gauche, existait une nodosité du volume d'une noix, violacée et percée de deux petits orifices fistuleux qui laissaient sourdre par pression une petite quantité de pus jaune verdâtre. Il existait une formation analogue à la partie inférieure de la grande lèvre droite. Autour des lésions principales on trouvait une série de petites ulcérations superficielles, recouvertes d'un enduit purulent, jaune verdâtre, mal lié, et quelques saillies papuleuses, non ulcérées, entourées d'une auréole rosée.

1. MARTIN. — *La Normandie médicale*, 1895, n° 2, et *Revue médicale de Normandie*, 1901, n° 24.

2. MONTGOMERY. — *International clinics*, 1895, Vol. III, p. 280.

3. WINTER. — « *Lehrbuch der gynäkologischen Diagnostik* ». Leipzig, 1896.

4. SCHENK. — *Beiträge zur klin. Chir.*, 1896, Bd XVII.

5. KÜTTNER. — « *Zur Tuberculose der äusseren weiblichen Genitalien* ». *Beiträge zur klin. Chir.*, 1896, Bd XVII, p. 533.

6. KARAJAN. — *Wien. klin. Woch.*, 1897, p. 921.

7. HAVAS, cité par NEUMANN. — « *Sammelbericht über die im Jahre 1897, in Ungarn erschienenen Arbeiten geburtshilflichen und gynäkologischen Inhalts* ». *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd VIII.

8. DAVIDSOHN. — *Berl. klin. Woch.*, 1899, n° 25.

9. GEBHARD. — « *Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane* ». Leipzig, 1899, p. 579.

10. RIECK. — *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, 1899, Bd IX.

11. KELLY. — « *Operative Gynecology* ». Vol. I.

12. RECHENBACH. — « *Ein Fall von sogen. Lupus vulvæ* ». *Inaug. Diss.*, Halle, 1901.

13. BENDER et NANDROT. — *Tuberculose ulcéreuse de la région vulvo-périnéale*. *Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1901, Février, p. 129.

La malade de Renaud<sup>1</sup> (obs. XXIX, 1904) présentait une tuméfaction rouge bleuâtre de la grande lèvre gauche; à la partie supérieure de la grande lèvre et empiétant sur sa face interne existait une ulcération d'apparence torpide, grosse comme un haricot, creusée en forme de cupule et mettant à nu le canal de Nüch et le ligament rond. La malade de Chiarabba<sup>2</sup> (obs. XXX, 1904), atteinte de tuberculose ulcéreuse du col de l'utérus, présentait au niveau des grandes lèvres, rétractées et atrophiées, trois nodosités lenticulaires indurées.

Enfin, dans le cas de Hamburger<sup>3</sup> (obs. XXXI, 1906), il existait une ulcération sur le côté interne de la commissure des petites lèvres, ulcération accompagnée d'une adénite inguinale double.

On voit, d'après ce compte rendu rapide des différentes observations publiées, que la tuberculose ulcéreuse de la vulve, comme d'ailleurs toutes les tuberculoses, peut se présenter sous des aspects très variés. Les ulcérations sont presque toujours les lésions prédominantes; elles existent même parfois à l'exclusion de toute autre modification des tissus. Ces ulcérations présentent les caractères classiques de la tuberculose: bords déchiquetés, surélevés, fond rougeâtre recouvert de granulations jaunes ou grisâtres. Mais le plus souvent les lésions ulcéreuses se compliquent, tantôt d'un œdème des régions avoisinantes, tantôt d'une véritable hypertrophie des grandes et des petites lèvres, hypertrophie qui peut atteindre parfois des dimensions considérables, comme dans le cas de Martin. Parfois, les régions ulcérées sont entourées de bourgeons fongueux, rougeâtres, très friables, saignant au moindre contact. Dans quelques cas, et en particulier dans mon observation, il existait des trajets fistuleux multiples, plus ou moins profonds, rappelant absolument l'aspect des fistules anales.

L'examen histologique révèle, au niveau des régions ulcérées, les lésions caractéristiques de la tuberculose. L'épithélium est détruit sur une plus ou moins grande étendue; le fond de l'ulcération est constitué par un tissu conjonctif jeune, richement vascularisé, abondamment infiltré de leucocytes et où l'on trouve habituellement des granulations

1. A. RENAUD. — « Tuberculose ulcéreuse primitive de la grande lèvre ». *Revue médicale de la Suisse romande*, 1904, Avril.

2. CHIARABBA. — « Un caso di tubercolosi vulvare da tubercolosi uterina ». *Giornale di Gin. e di Ped.*, 1904, n° 22, p. 341. Je n'ai pu me procurer le travail de Chiarabba, et je cite son observation d'après une analyse publiée en 1905 dans les *Annali di Ost. e Gin.*

3. HAMBURGER. — *Wiener med. Wochenschr.*, 1906, 3 Février.



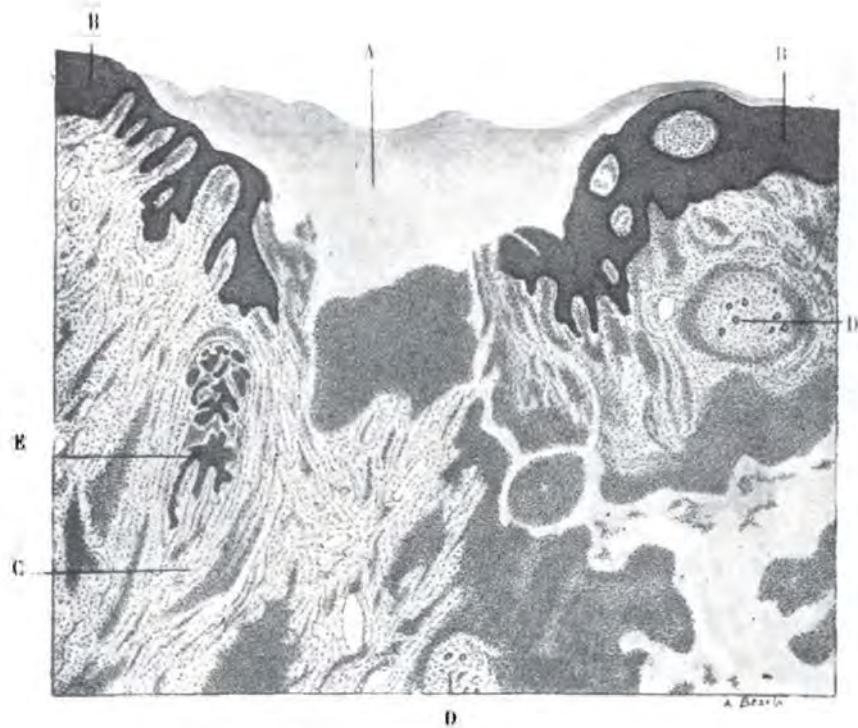


Fig. 1. — Tuberculose ulcéreuse vulvo-périnéale.  
(Observation XXVIII)

*Coupe pratiquée au niveau d'une ulcération de la grande lèvre droite.*

La surface de l'ulcération (A) est recouverte par de la fibrine. Le fond de cette ulcération est constitué par du tissu conjonctif jeune, criblé de leucocytes et contenant de nombreux vaisseaux. L'épithélium (B) est épaissi aux alentours de l'ulcération. Le derme et le tissu cellulaire sous-jacent (C) sont œdématisés, infiltrés de leucocytes disposés soit sous forme de traînées autour des vaisseaux, soit sous forme d'amas arrondis. On voit en (D) et (D') deux granulations tuberculeuses absolument caractéristiques présentant en leur centre plusieurs cellules géantes. La coupe a intéressé obliquement en (E) des bourgeons épithéliaux interpapillaires hypertrophiés.

tuberculeuses typiques, avec des bacilles de Koch en plus ou moins grand nombre.

Voici d'ailleurs, à titre d'exemple, la description histologique de mon observation personnelle (obs. XXVIII fig. 1).

L'examen histologique a porté sur une série de fragments prélevés en différents points, au niveau des régions ulcérées et des orifices fistuleux. Fixation par le sublimé acétique et le liquide de Van Gehuchten. Inclusion à la paraffine. Coloration par l'hématéine-éosine, l'hématoxyline-van Gieson, le bleu polychrome de Unna. (Voir fig. 1).

On constate sur les coupes que l'épithélium présente, au voisinage des parties ulcérées, un épaissement manifeste. Les bourgeons épithéliaux interpapillaires sont hypertrophiés, tantôt volumineux, arrondis à leur extrémité en forme de massue, tantôt au contraire amincis et effilés, souvent sinueux. Les couches superficielles sont kératinisées et recouvertes d'un exsudat fibrineux. Le derme est épaissi, infiltré d'œdème et parsemé de nombreux amas de leucocytes disposés soit sous forme de trainées sous la couche basale de l'épithélium, soit autour des vaisseaux. Au niveau de l'ulcération, la couche épithéliale est brusquement interrompue et l'on se trouve en présence d'une dépression en forme de cupule, comblée en partie par une couche épaisse de fibrine tenant en suspension de nombreux leucocytes.

Le fond de cette ulcération est constitué par un tissu de granulation, formé d'un stroma conjonctif lâche, infiltré de sérosité, criblé de leucocytes et contenant un très grand nombre de vaisseaux à paroi mince et dont la cavité, distendue, apparaît remplie de sang. On trouve à ce niveau, tranchant nettement sur les régions avoisinantes, un certain nombre de granulations tuberculeuses absolument caractéristiques dont le centre, partiellement nécrosé, contient une ou plusieurs cellules géantes.

Au niveau de l'ulcération, le derme est très épaissi et l'infiltration leucocytaire se prolonge très loin dans la profondeur, particulièrement abondante autour des vaisseaux dont les surfaces de section apparaissent entourées d'une sorte de couronne de leucocytes. Sur des coupes colorées par le bleu polychrome de Unna, on constate que les leucocytes sont en majorité des polynucléaires, avec quelques *plasmazellen* et d'assez nombreuses *mastzellen*.

On trouve dans la profondeur et aussi latéralement, à distance de l'ulcération, au-dessous de la couche épithéliale demeurée intacte, un certain nombre de granulations tuberculeuses disséminées.

La coloration des coupes par la méthode de Ziehl a permis de mettre en évidence un assez grand nombre de bacilles de Koch.

2° TUBERCULOSE HYPERTROPHIQUE, NON ULCÉREUSE, DE LA VULVE.— Il n'existe à ma connaissance que trois observations répondant à cette forme. Ce

sont, par ordre chronologique, le cas de Pöeverlein<sup>1</sup>, l'observation que j'ai publiée avec M. P. Petit<sup>2</sup>, et un cas nouveau, qui m'a été obligeamment communiqué par mon excellent collègue et ami, M. Latteux, et dont j'ai pu faire récemment une étude histologique complète.

Dans le cas de Pöeverlein, les lésions offraient l'aspect suivant : la grande lèvre droite était fortement saillante et formait une tumeur rougeâtre; la face interne de la petite lèvre droite était occupée par une tumeur présentant environ la largeur d'une pièce de cinq francs, hérissée de verrucosités rougeâtres ou noirâtres. Le revêtement cutané-muqueux était absolument intact. La tumeur semblait avoir infiltré profondément le stroma de la petite et de la grande lèvre droites; sa surface était recouverte d'une sécrétion brunâtre, visqueuse, fétide (Voir obs. XXVI).

Dans l'observation que j'ai publiée avec M. Petit, et qui était vraiment typique, les grandes lèvres, surtout la droite, étaient le siège d'une sorte d'œdème dur. Les petites lèvres sur toute leur étendue, le capuchon du clitoris, le pourtour du méat urinaire, étaient transformés en un tissu végétant, de coloration rouge sombre, de consistance ferme. Les caroncules myrtiliformes étaient remplacées par des bourgeons lardacés qui masquaient l'entrée du vagin. En aucun point, et malgré l'examen le plus minutieux, on ne trouvait d'ulcérations (fig. 2).

Enfin, dans le dernier cas, encore inédit, que je rapporte aujourd'hui les lésions présentaient la disposition suivante :

Les grandes lèvres étaient saines, sauf au niveau de leur partie inférieure où elles étaient œdématiées et indurées. Les petites lèvres, en revanche, étaient considérablement hypertrophiées, la gauche plus que la droite. Elles formaient deux volumineux bourrelets dont la surface était rugueuse, irrégulière, sillonnée de plis. Il existait, au niveau de leur face interne, de petites verrucosités se prolongeant jusqu'à l'entrée du vagin.

Au niveau de la partie supérieure de la petite lèvre droite existait une masse nodulaire, saillante, du volume d'une petite noix. A gauche existait une tumeur du même genre, mais plus volumineuse, irrégulière et bosselée, s'implantant sur la moitié supérieure de la petite lèvre correspondante.

Toutes ces masses néoformées présentaient une coloration rouge

---

1. POEVERLEIN. — « Ein Fall von Tuberkulose der vulva ». *Iaugg. Diss.*, Munich, 1902.

2. P. PETIT et X. BENDER. — *Loc. cit.*

sombre, violacée. Le capuchon du clitoris était, lui aussi épais et induré, il n'existait pas d'ulcérations.

*Au point de vue histologique*, les lésions présentaient, dans ces trois cas, des caractères tout à fait comparables.

Voici tout d'abord la description de Poeverlein (obs. XXVI, 1902) :

L'examen histologique porta sur des coupes en séries de divers fragments comprenant toute l'épaisseur des deux lèvres. Coloration : hémaléine-éosine et Van Gieson.

Cet examen montra que l'épithélium de revêtement était conservé dans son intégrité en tous les points de la tumeur. Les assises épithéliales superficielles sont kératinisées ; les bourgeons épithéliaux interpapillaires sont plus allongés que normalement ; en quelques points, on trouve un léger degré de prolifération épithéliale ; pas d'augmentation du nombre des papilles.

Les glandes sudoripares et sébacées ne présentent aucun caractère anormal. Dans l'épaisseur de l'épithélium, on ne note aucune modification ; il recouvre partout, d'une manière régulière, le tissu conjonctif sous-jacent, même au niveau des points où les verrucosités sont le plus volumineuses.

Le tissu conjonctif est tuméfié et œdémateux. Le nombre des vaisseaux, artères et veines, paraît augmenté ; les veines sont légèrement dilatées. Autour des vaisseaux, particulièrement autour des lymphatiques, on trouve une infiltration abondante de cellules rondes.

Indépendamment de ces amas, on trouve également, disséminés au milieu du tissu conjonctif, de nombreux foyers d'infiltration embryonnaire, qui contiennent fréquemment, en leur centre, des cellules géantes typiques, avec une couronne nucléaire très nette. En certains points, on en observe jusqu'à dix. Ces amas siègent, pour la plupart, au voisinage de grands espaces lymphatiques ; certains présentent au complet la disposition classique du tubercule avec, de dehors en dedans, une zone de cellules lymphoïdes, une zone de cellules épithéloïdes contenant quelques cellules géantes, le centre du tubercule en état de dégénérescence hyaline. Ces tubercules étaient développés à une distance variable du revêtement épithélial ; ils en étaient distants pour le moins de 1 à 2 millimètres.

La recherche des bacilles est restée négative ; mais cela n'a rien qui doive nous surprendre, la pièce ayant été conservée dans l'alcool pendant sept ans avant d'être soumise à l'examen histologique.

Dans ma première observation (Petit et Bender, 1903, voir obs. XXVII), les constatations ont été les suivantes (fig. 3, 4 et 5) :

L'examen histologique a porté sur une série de fragments des parties enlevées. Ces fragments ont été fixés par l'alcool absolu ou le liquide de Van Gehuchten et coupés après inclusion à la paraffine.

1° *Coupes comprenant toute l'épaisseur des petites lèvres.* — Sur des coupes colorées par l'hématéine-éosine, et à un faible grossissement, on constate que l'épithélium ne présente rien de bien particulier; cependant l'épaisseur de la couche de cellules pavimenteuses paraît diminuée. En revanche, il existe en certains points un léger degré de prolifération épithéliale, un allongement des bourgeons interpapillaires qui forment des arborisations irrégulières. Les glandes sébacées sont presque totalement absentes; c'est à peine si l'on en rencontre une de place en place, à de larges intervalles.

La charpente conjonctive sous-jacente est œdématiée, abondamment infiltrée de sérosité. Les fentes lymphatiques sont très dilatées. Les capillaires sanguins sont distendus, congestionnés, entourés d'une gaine épaisse de cellules rondes; ces cellules embryonnaires forment une large couronne autour de ceux des vaisseaux qui ont été coupés perpendiculairement à leur direction. On trouve enfin, de place en place, irrégulièrement disséminés au milieu du stroma conjonctif, de nombreux amas d'infiltration leucocytaire présentant des dimensions très inégales. On trouve d'ailleurs, un peu partout, un semis de cellules rondes.

En examinant les coupes à un grossissement plus fort, on peut se rendre compte plus exactement de la structure de ces amas leucocytaires. Les uns apparaissent constitués exclusivement par des cellules rondes. D'autres présentent, au niveau de leur centre, des modifications importantes. Le noyau des cellules s'entoure d'une couche de protoplasma granuleux et les éléments prennent un aspect épithélioïde. Ces formations rappelaient tout à fait la structure des granulations tuberculeuses et, en multipliant les coupes, nous parvîmes à mettre en évidence des tubercules absolument nets avec, au centre, une ou deux cellules géantes environnées d'une double couronne de cellules épithélioïdes et lymphoïdes.

Pour étudier plus complètement l'infiltration leucocytaire, nous avons coloré un certain nombre de coupes par le bleu polychrome de Unna. Les éléments cellulaires étaient composés en majorité de lymphocytes; on y rencontre également un petit nombre de *plasmazellen*, reconnaissables à leur corps protoplasmique plus abondant, à leur noyau habituellement rejeté vers la périphérie; on y trouve enfin une assez grande proportion de *mastzellen* caractérisées par leurs dimensions plus grandes et leur coloration élective rouge pourpre.

Sur toutes ces coupes, les tubercules apparaissent irrégulièrement disséminés dans toute l'épaisseur de la petite lèvre. Ils sont situés, en général, assez profondément. Nous n'en avons trouvé qu'un petit nombre au voisinage du revêtement épithélial, et un seul qui fût immédiatement en contact avec la couche basale de l'épithélium dont quelques éléments avaient été détruits.

2° *Coupes pratiquées au niveau des grandes lèvres.* — Ces lésions sont,

dans leur ensemble, tout à fait comparables à celles que nous avons rencontrées au niveau des petites lèvres. L'infiltration œdémateuse du stroma est peut-être plus abondante encore; les capillaires sont dilatés et enveloppés des mêmes gaines d'infiltration embryonnaire. Mais les granulations tuberculeuses y sont disséminées de façon beaucoup plus discrète, et nous avons dû pratiquer un assez grand nombre de coupes pour pouvoir en rencontrer d'absolument typiques.

Les coupes colorées par le bleu polychrome de Unna révèlent également la présence d'un assez grand nombre de *mastzellen*.

3° *Coupes pratiquées au niveau du capuchon clitoridien*. — Les lésions sont, ici encore, absolument identiques, et nous n'en donnerons pas le détail pour ne pas nous exposer à des redites. La congestion est plus considérable en ce point que partout ailleurs, en raison sans doute de la grande vascularisation de la région.

4° *Coupes pratiquées au niveau des verrucosités qui entouraient le méat urétral*. — Nous retrouvons toujours la même intégrité de l'épithélium, mais l'infiltration embryonnaire est ici plus abondante encore et, en certains points, presque confluyente. On trouve, surtout dans les couches profondes, des follicules tuberculeux très nets.

Le diagnostic de tuberculose nous paraissant évident à la suite de l'examen histologique, nous avons cherché à le confirmer par la recherche du bacille. Nous avons traité, dans ce but, un certain nombre de coupes par la méthode de Ziehl. Nous avons pu ainsi mettre en évidence d'une façon certaine le bacille de Koch. Les bacilles étaient, à la vérité, fort peu nombreux; on n'en rencontrait qu'un très petit nombre, trois ou quatre, rarement plus sur une coupe, mais ils étaient absolument caractéristiques.

Voici enfin, pour terminer, l'examen histologique de ma dernière observation, encore inédite (voir obs. XXXII et pl. XIX, fig. 8).

L'examen a porté sur plusieurs fragments, conservés dans l'alcool, qui m'ont été obligeamment remis par M. Latteux. Inclusion à la paraffine. Coloration à l'hématéine-éosine, à l'hématoxyline — Van Gieson et au bleu polychrome de Unna.

En examinant à un faible grossissement des coupes étendues, embrassant une large surface, on constate que l'épithélium forme une couche continue et qu'il n'existe en aucun point ni érosion, ni ulcération. Cet épithélium ne présente pas une épaisseur uniforme. Par places, il est nettement aminci et forme une bande régulière où le relief papillaire est à peine perceptible. En d'autres points, au contraire, on note un certain épaissement. Les bourgeons épithéliaux interpapillaires, hypertrophiés, sont généralement volumineux et courts, arrondis au niveau de leur extrémité, parfois pourtant grêles et allongés.

En examinant cet épithélium à un plus fort grossissement on constate qu'il ne présente pas d'altérations bien manifestes. La couche génératrice est assez régulière, formée d'une rangée de cellules cylindro-cubiques, avec un noyau fortement coloré. Le stratum filamentosum est formé de trois ou quatre épaisseurs de cellules dont les prolongements protoplasmiques sont parfaitement nets. Il n'est pas rare de trouver, au milieu des cellules filamenteuses, des groupes de cinq ou six éléments en voie de kératinisation et dont le noyau, incurvé en forme de croissant, est rejeté vers le bord de la cellule. Les couches cellulaires sus-jacentes au stratum granulosum sont kératinisées; il n'existe pas de couche cornée régulière, on n'en trouve une ébauche qu'en certains points limités. En revanche, il existe sur presque toute la surface des fragments examinés une couche granuleuse, formée de deux ou trois assises de cellules, infiltrées de grains d'éléidine fortement colorés par l'hématéine.

Par places, la couche basale de l'épithélium ne forme plus une ligne aussi nette. Les éléments qui la constituent ont perdu leur forme cylindro-cubique; ils sont irréguliers, polyédriques, chevauchant les uns sur les autres et dissociés par des leucocytes qui s'enfoncent jusque vers la partie moyenne de la couche épithéliale.

Mais les lésions les plus intéressantes siègent au niveau du derme et des plans conjonctifs sous-jacents. En examinant à un grossissement moyen des coupes colorées par l'hématéine-éosine, on constate que le stroma est constitué par du tissu cellulaire lâche, infiltré de sérosité et contenant de nombreux vaisseaux ainsi que de larges fentes lymphatiques dont la bordure endothéliale est nettement visible. Ce tissu cellulaire est abondamment infiltré de leucocytes. On trouve tout d'abord superficiellement, sous l'épithélium, une nappe leucocytaire à peu près continue, formée d'éléments irrégulièrement disséminés. Plus profondément les leucocytes se groupent sous forme de trainées, entourant les vaisseaux dont elles accusent le trajet et dirigées perpendiculairement ou obliquement à la surface. Sur des sections transversales, les leucocytes dessinent autour des vaisseaux une bordure annulaire plus ou moins épaisse. A un fort grossissement et sur des coupes colorées par le bleu polychrome de Unna, on peut reconnaître que ces leucocytes sont en majorité des polynucléaires auxquels sont mélangées des *plasmazellen* en notable proportion et aussi quelques *mastzellen*.

Enfin, tranchant sur le fond des préparations par leur coloration plus vive, on trouve un certain nombre d'amas leucocytaires arrondis, de dimensions variables, et dont les éléments sont étroitement tassés les uns contre les autres. Ce sont des granulations tuberculeuses, certaines absolument caractéristiques avec à leur centre deux ou trois cellules géantes entourées d'un double cercle concentrique de cellules épithélioïdes et lymphoïdes. J'ajouterai d'ailleurs que la coloration des coupes par la méthode de Ziehl a permis de

mettre en évidence des bacilles tuberculeux, en très petit nombre, il est vrai, mais absolument caractéristiques.

Ces granulations tuberculeuses étaient assez discrètement disséminées, les unes vers la superficie, d'autres, au contraire, tout à fait dans la profondeur. Quelques-unes avaient subi, en leur centre, un commencement de caséification.

J'ai coloré un certain nombre de coupes par l'orcéine afin de mettre en évidence les fibres élastiques. On reconnaît alors que la couche élastique qui double normalement l'épithélium a été absolument dissociée par l'hyperplasie et l'infiltration œdémateuse du tissu conjonctif. Par places on trouve un fin lacis de fibres élastiques grêles. Ailleurs les fibres élastiques sont totalement absentes ou bien l'on n'en trouve que quelques-unes, isolées, souvent fragmentées.

Voici, en somme, trois observations qui offraient de grandes analogies à l'examen clinique et qui, anatomiquement, sont à peu près superposables. Il existait bien des différences individuelles portant sur le degré plus ou moins accentué de l'hypertrophie des téguments de la vulve, sur leur coloration. On pourra facilement s'en rendre compte en se rapportant aux observations détaillées (obs. XXVI, XXVII et XXXII), et aux figures qui illustrent ce travail. Néanmoins ces faits présentent entre eux une ressemblance telle, ils diffèrent tant des autres cas connus de tuberculose vulvaire qu'il me paraît légitime de les réunir dans un groupe spécial.

**II. Étiologie. Pathogénie.** — La question de l'étiologie et de la pathogénie est, dans l'étude de la tuberculose de la vulve, le point le plus obscur. Les observations sont encore trop peu nombreuses et présentent entre elles trop de diversité pour qu'on soit autorisé à formuler des conclusions absolues concernant la genèse de cette affection. Les travaux récents entrepris sur la tuberculose en général et la tuberculose génitale en particulier, n'ont guère élargi le champ de nos connaissances au point de vue spécial qui nous concerne, et je n'ajouterai pas grand'chose ici aux considérations que j'ai exposées dans mes publications antérieures et qui se trouvent résumées dans la thèse de M<sup>lle</sup> Bonnin.

Lorsqu'on se reporte aux documents cliniques, on ne peut s'empêcher d'être frappé de la fréquence relative de la tuberculose vulvaire chez les petites filles. C'est un point intéressant à signaler, par opposition avec la tuberculose de l'utérus et des annexes qui s'observe plus

fréquemment à l'âge adulte. C'est ainsi que sur les 32 observations qui servent de base à ce travail, 8 concernent des enfants; Demme rapporte 3 cas de tuberculose des organes génitaux externes chez des petites filles âgées respectivement de sept mois, de treize mois et de quinze mois. Dans le cas de Karajan, il s'agissait d'une enfant de deux ans; dans celui de Schenk, d'une enfant de quatre ans; dans celui de Küttner, d'une petite fille de six ans; d'une enfant de quatre ans dans le cas de Renaud; d'une fillette de trois ans dans le cas de Hamburger. Dans tous les autres cas il s'agissait de femmes âgées de trente à quarante ans, à l'exception du cas de Kelly où la malade avait cinquante-cinq ans.

On trouve signalés, dans un certain nombre de cas, des antécédents héréditaires tuberculeux absolument nets.

La multiparité, les infections génitales antérieures paraissent bien pouvoir jouer le rôle de causes prédisposantes. Dans le cas de Montgomery, la maladie avait débuté à l'occasion d'une fausse couche; dans le cas de Petit et Bender, les premiers symptômes étaient apparus au cours d'une grossesse.

La tuberculose vulvaire, comme toutes les tuberculoses localisées, peut être *primitive* ou *secondaire*.

1° TUBERCULOSE SECONDAIRE DE LA VULVE. — La tuberculose vulvaire peut venir se greffer sur une tuberculose génitale préexistante, utérine ou vaginale, l'infection se faisant directement par contiguïté (Zweibaum, Chiarabba).

Dans d'autres cas, la tuberculose vulvaire peut survenir comme un épiphénomène à la période ultime d'une tuberculose généralisée. Il en était ainsi particulièrement dans le cas de Davidsohn, où la malade mourut de granulie.

Mais, le plus souvent, le foyer initial est représenté par une tuberculose viscérale, tuberculose pulmonaire ou intestinale le plus souvent.

Dans un certain nombre de cas, la tuberculose vulvaire secondaire est une *tuberculose métastatique*, selon l'expression de Cohnheim. Le microbe a évolué par l'intermédiaire du milieu sanguin ou lymphatique du foyer primitif vers le foyer secondaire.

Mais, en d'autres circonstances, la contamination semble pouvoir se faire par un mécanisme tout différent. Chez une malade atteinte de tuberculose pulmonaire ou de tuberculose intestinale, les germes pathogènes peuvent être transportés à la vulve par l'intermédiaire de linges

souillés par les crachats, par les selles diarrhéiques. C'est ce que M. Pozzi <sup>1</sup> appelle la *tuberculose primitive secondaire*. Pour ce qui concerne la tuberculose vulvaire, ce mode d'infection paraît, *a priori*, devoir être beaucoup plus fréquent que l'infection par voie sanguine.

2° TUBERCULOSE PRIMITIVE DE LA VULVE. — Il semble bien avéré, actuellement, qu'il existe une tuberculose vulvaire primitive. Certaines observations sont, à cet égard, parfaitement démonstratives.

Quel peut être, dans les cas de ce genre, le mécanisme de l'infection?

Dans le cas de Schenk, la petite malade avait joué pendant assez longtemps avec deux enfants tuberculeux, et il est probable que l'infection s'est faite par les doigts. Il est bien possible que, parfois, la contagion d'individu à individu se fasse ainsi, soit par les mains, soit par des linges souillés de liquides tenant en suspension des bacilles. Mais il semble aussi qu'il faille admettre, au moins dans un certain nombre de cas, l'inoculation directe par les rapports sexuels. L'infection par le mari paraît nette dans le cas de Ricck, elle semble probable dans le cas de Montgomery.

La possibilité de la transmission de la tuberculose par le coït est d'ailleurs établie par toute une série de travaux d'ordre clinique et expérimental.

Dès 1882, Cohnheim s'était demandé si le sperme des tuberculeux à l'appareil génital indemne ne contenait pas de bacilles, d'où la possibilité de la transmission de l'infection tuberculeuse. L'année suivante, Verneuil <sup>2</sup> reprenait cette idée et soutenait qu'un phtisique dont l'appareil génital était demeuré sain pouvait contagionner directement par le coït.

Peu après, Verchère <sup>3</sup>, puis Fernet <sup>4</sup> publièrent des observations vraiment probantes. Deux malades de Fernet, ayant eu des rapports avec des hommes phtisiques, devinrent tuberculeuses et la localisation initiale de la maladie se fit sur l'appareil génital.

Derville <sup>5</sup> rapporte quelques faits analogues. D'autre part, ayant examiné le sperme de trois malades morts de tuberculose pulmonaire,

1. S. POZZI. — *Loc. cit.*

2. VERNEUIL. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1883.

3. VERCHÈRE. — « Les portes d'entrée de la tuberculose ». *Thèse*, Paris, 1883.

4. FERNET. — *Soc. méd. des hôp.*, 1885, 26 Décembre.

5. DERVILLE. — « De l'infection tuberculeuse par la voie génitale chez la femme ». *Thèse*, Paris, 1888.

sans lésions de l'appareil génital, il y trouva des bacilles de Koch. Foa<sup>1</sup> publiait, en 1892, une observation tout à fait comparable.

Curt Jani<sup>2</sup>, n'ayant pas trouvé le bacille dans le sperme de tuberculeux, le découvrit cependant dans les testicules et la prostate qui paraissaient sains, six fois sur huit pour le testicule et quatre fois sur six pour la prostate.

Walther<sup>3</sup>, à la suite de recherches analogues, obtint, il est vrai, des résultats négatifs.

De nombreux auteurs ont entrepris des recherches expérimentales pour arriver à fixer la valeur de ces faits d'observation clinique. Landouzy et Martin<sup>4</sup>, prenant le sperme d'un phthisique dont le testicule paraissait sain, l'injectèrent dans la cavité péritonéale de cobayes; ceux-ci furent tuberculisés.

Sirena et Pernice<sup>5</sup> recueillirent le sperme dans les vésicules séminales d'un homme mort de tuberculose pulmonaire et dont les testicules paraissaient sains; ils l'injectèrent, après dilution dans l'eau bouillie, dans la cavité péritonéale d'un chien; il en résulta une tuberculose diffuse des plus nettes.

Je passe sur les expériences de Solles<sup>6</sup>, de Maffucci<sup>7</sup>, de Jaeckh<sup>8</sup>, etc., pour en arriver aux travaux de Spano<sup>9</sup> et de Gaertner<sup>10</sup>, qui sont de beaucoup les plus importants.

Gaertner, après avoir inoculé dans les testicules d'un certain nombre de lapins et de cobayes des produits tuberculeux, constata que, parmi les femelles fécondées par ces mâles, un certain nombre devinrent tuberculeuses et présentèrent des lésions très étendues du côté du vagin et de l'utérus.

Spano étudia au microscope et au moyen de cultures le sperme de malades morts de tuberculose pulmonaire, et ne put constater la pré-

1. FOA. — *Acad. di med. di Torino*, 1892.

2. CURT JANI. — « Ueber das Vorkommen von Tuberkelbacillen im gesunden Genitalapparat bei Lungenschwindsucht ». *Virchow's Archiv*, 1886, Bd CIII, p. 522.

3. WALTHER. — *Beiträge zur path. Anat. und allgem. Pathol.*, 1894, Bd XVI.

4. LANDOUZY et MARTIN. — « Faits cliniques et expérimentaux pour servir à l'histoire de l'hérédité de la tuberculose ». *Revue de médecine*, 1883, p. 1014.

5. SIRENA et PERNICE. — *Gazzetta degli Ospedali*, 1887.

6. SOLLES. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1892, p. 52.

7. MAFFUCCI. — *Centr. f. path. Anat. und allg. Pathol.*, 1894.

8. JAECKH. — *Virchow's Archiv*, Bd CXLII.

9. SPANO. — « Recherches bactériologiques sur le sperme d'individus affectés de tuberculose d'autres organes que les organes génito-urinaires ». *Revue de la tuberculose*, 1893, p. 322.

10. GAERTNER. — *Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten*, Bd XIII, p. 101.

sence du bacille; néanmoins les inoculations dans la cavité péritonéale et dans le vagin, préalablement lavé, furent positives deux fois sur trois cobayes.

Tous ces faits établissent d'une manière très certaine la possibilité de la transmission de la tuberculose de l'homme à la femme par le coït. Mais il existe, en ce qui concerne spécialement la tuberculose vulvaire ou vaginale, un facteur étiologique qui semble présenter une importance de premier ordre, je veux parler du *traumatisme* qu'on trouve signalé dans un certain nombre d'observations.

*Le traumatisme, petit ou grand, évident ou méconnu, paraît, en effet, nécessaire, pour que des lésions tuberculeuses puissent se développer, primitivement, au niveau de la région vulvaire.* Il est certain que les téguments de la région vulvaire, tapissés par un épithélium pavimenteux et stratifié, se prêtent mal à l'inoculation tuberculeuse; celle-ci se produira au contraire très facilement, lorsqu'une perte de substance, si minime soit-elle, une simple excoriation même, ouvre une porte d'entrée au bacille. Cela ressort très nettement des expériences de Popoff<sup>1</sup>. Il est impossible, d'après cet auteur, d'infecter les voies génitales sans traumatisme préalable. En revanche, lorsqu'on injecte des cultures tuberculeuses après avoir déterminé, à l'aide d'une aiguille, un traumatisme léger, on obtient des lésions qui restent localisées à l'appareil génital et aux ganglions correspondants. M<sup>lle</sup> Gorovitz<sup>2</sup> a repris ces expériences et ses résultats concordent absolument avec ceux qu'a obtenu Popoff. Il lui a été impossible de reproduire la tuberculose vulvo-vaginale, sans traumatisme préalable, chez le cobaye ou le lapin.

*Le traumatisme peut également jouer un rôle important dans la genèse de la tuberculose vulvaire secondaire.* Lorsqu'une malade présente une tuberculose en évolution, une tuberculose pulmonaire par exemple, un traumatisme plus ou moins violent, exercé au niveau de la région vulvaire, peut créer un point d'appel pour une infection secondaire. C'est ainsi que chez la malade de Deschamps, atteinte de phtisie pulmonaire, l'éclosion de la tuberculose vulvaire succéda très nettement à un traumatisme ayant porté à ce niveau.

*Le traumatisme peut enfin réveiller une infection tuberculeuse latente et déterminer la localisation du processus tuberculeux au*

---

1. POPOFF. — « De la tuberculose des voies génitales de la femme ». Thèse, Saint-Petersbourg, 1898.

2. M<sup>lle</sup> GOROVITZ. — « De la tuberculose génitale chez la femme ». Thèse, Paris, 1900.

*niveau de la vulve, en créant, en ce point, un lieu de moindre résistance.* C'est ainsi que, dans mon observation XXVIII, la malade avait eu, antérieurement, une adénite cervicale très certainement bacillaire; elle paraissait guérie depuis nombre d'années, mais un traumatisme violent de la région vulvo-périnéale y détermina l'apparition de lésions tuberculeuses ulcératives. L'infection par le coït paraît pouvoir être exclue dans ce cas, le mari étant en parfaite santé. Le traumatisme semble avoir joué, ici, un rôle tout à fait comparable à celui qu'on lui a attribué dans la pathologie des ostéo-arthrites tuberculeuses, rôle dont l'importance a été mise en lumière par les célèbres expériences de Max Schüller<sup>1</sup>.

**III. Symptômes.** — Je ne m'attarderai pas longtemps à décrire les symptômes de la tuberculose vulvaire. C'est qu'à la vérité les signes fonctionnels sont, d'habitude, très peu marqués.

On n'observe généralement pas de douleur spontanée; celle-ci n'est guère signalée que dans quelques cas de tuberculose ulcéreuse et sous forme d'une sensation de cuisson au moment des mictions. Il existe parfois un prurit intense (Deschamps, Renaud, Martin).

Toute la maladie se résume, d'ordinaire, dans l'existence d'une ulcération ou d'une hypertrophie des téguments de la vulve. J'ai donné, plus haut, à propos de l'anatomie pathologique, une description suffisamment détaillée des caractères macroscopiques des lésions pour n'avoir plus besoin d'y revenir ici. L'adénopathie est inconstante.

**IV. Pronostic.** — Pour ce qui concerne l'évolution, le pronostic de la tuberculose vulvaire, il est nécessaire de faire abstraction de tous les cas de tuberculose secondaire, dans lesquels il existait une lésion viscérale préexistante. Dans ces conditions la tuberculose vulvaire n'est qu'un phénomène surajouté, tout à fait accessoire.

Quant à la tuberculose primitive, elle évolue parfois assez vite, se généralisant rapidement et entraînant parfois la mort à brève échéance. Il semble, à ce point de vue, que la tuberculose vulvaire offre une plus grande gravité chez les enfants (Demme).

Dans d'autres cas, au contraire, les lésions évoluent avec une extrême lenteur. Le début de la maladie remontait à *sept ans* dans le cas de Viatte, à *cinq ans* dans le cas de Montgomery, à *sept ans* dans

---

1. Voir pour cette question: VILLEMEN. — « Traumatisme et tuberculose ». *Congrès international de la tuberculose*, Paris, 1905.

un de mes cas (Petit et Bender), à *dix-sept ans* dans le cas de Poverlein. Malgré tout, le pronostic de la tuberculose vulvaire demeure sérieux. Il est certain que quelques malades paraissent avoir été définitivement guéries par l'intervention. Mais bien souvent les ulcérations récidivent avec une ténacité désespérante, et cela en dépit de la thérapeutique la plus énergique.

**V. Diagnostic.** — La question du diagnostic de la tuberculose vulvaire doit être envisagée séparément suivant qu'il s'agit de la forme ulcéreuse ou de la forme hypertrophique.

1° *Dans la forme ulcéreuse ou ulcéro-hypertrophique*, il est des cas où le diagnostic est assez facile. Ce sont ceux dans lesquels la tuberculose vulvaire est nettement *secondaire* et où il existe des lésions bacillaires manifestes, pulmonaires, génitales, urinaires ou anales.

Mais lorsqu'il s'agit d'une tuberculose *primitive*, lorsqu'un examen méthodiquement pratiqué n'a révélé aucune tuberculose viscérale, le diagnostic pourra présenter de grandes difficultés. Ces difficultés tiennent, d'une part, à ce que les ulcérations tuberculeuses n'offrent pas toujours l'aspect caractéristique que j'ai décrit plus haut; elles tiennent d'autre part à ce que des affections ulcératives diverses peuvent, dans certains cas, simuler à s'y méprendre la tuberculose vulvaire. Je ne tenterai pas d'exposer ici les caractères différentiels de toutes ces affections. Cela m'entraînerait à décrire l'ensemble des lésions inflammatoires ou néoplasiques susceptibles de prendre naissance au niveau de la vulve<sup>1</sup>. J'insisterai seulement sur certaines circonstances dans lesquelles la confusion est particulièrement facile.

Chez les enfants, la *diphthérie ano-vulvaire* peut simuler la tuberculose, mais on reconnaîtra cependant ses fausses membranes, d'un gris sale, reposant sur une muqueuse tuméfiée, saignante, violacée, recouverte d'un suintement abondant. Il y a d'ailleurs presque toujours en même temps une angine diphthérique. La *gangrène ou noma de la vulve*, qui complique parfois la rougeole grave, chez des enfants débilités, se reconnaîtra à son escarre livide entourée d'une bordure tuméfiée, luisante, d'un rouge sombre.

Chez la femme, on aura souvent quelque peine à distinguer la tuberculose vulvaire du *chancre mou*; c'est également une ulcération

---

1. Je renvoie, pour cette question, au travail si complet et si intéressant de DELAUNAY et DARRÉ. — « Diagnostic clinique des ulcérations vulvaires ». *Gazette des hôpitaux*, 1904, n° 66, p. 657 et n° 69, p. 685.

irrégulière, à fond anfractueux, à bords décollés, recouverte de pus abondant. Mais les bords sont plus rosés et moins déchiquetés que ceux des ulcérations tuberculeuses ; le chancre mou, creuse surtout en profondeur, tandis que la tuberculose s'étale en surface. La marche, d'ailleurs, éclairera le diagnostic, le chancre simple guérissant assez vite. Dans les cas de doute, on aura recours à la recherche du bacille de Ducrey et à l'auto-inoculation.

Certains *chancres syphilitiques*, les *syphilides ulcéreuses secondaires tardives* et aussi le *phagédénisme syphilitique tertiaire*, peuvent prêter à confusion. Le *cancer épithélial*, enfin, revêt parfois au niveau de la vulve une allure insidieuse et torpide. C'est une ulcération relativement superficielle, recouverte d'un enduit sanieux, saignant facilement, et qui gagne lentement en surface ; l'adénopathie n'apparaît que tardivement.

Si j'insiste sur ces cas de diagnostic difficile, c'est pour arriver à cette conclusion que, chaque fois qu'on se trouve en présence d'une ulcération vulvaire dont on ne peut affirmer immédiatement la nature, la seule conduite à tenir est de pratiquer immédiatement une biopsie. L'examen bactériologique des sécrétions est une méthode infidèle<sup>1</sup>. La biopsie, au contraire, donnera des renseignements positifs et permettra d'appliquer d'emblée un traitement en rapport avec la nature du mal. C'est une méthode sûre, facile à appliquer sous anesthésie locale au chlorure d'éthyle ou à l'adrénaline-cocaïne, et qui n'offre aucun danger.

2° Dans la forme hypertrophique, non ulcéreuse, le diagnostic est, pour ainsi dire, impossible. Les lésions n'ont vraiment rien de pathognomonique et la tuberculose peut revêtir le masque de toutes les néoplasies vulvaires. Dans l'observation que j'ai publiée avec M. Petit (obs. XXVII) on avait pensé qu'il s'agissait d'un *éléphantiasis* de la vulve. Dans le cas de Poverlein on avait fait le diagnostic de *sarcome*. La biopsie ne peut nous fournir ici qu'un secours très aléatoire ; les granulations tuberculeuses sont si discrètement disséminées et souvent aussi si profondément situées qu'il faudrait beaucoup de chance pour

---

1. Je n'en veux citer qu'un exemple personnel. J'ai eu l'occasion d'observer, il y a quelque temps, une malade qui portait une large ulcération de la région clitoridienne. L'examen bactériologique ayant révélé la présence de bacilles de Ducrey, l'ulcération avait été considérée comme un chancre mou et traitée comme telle. Elle ne tarda pas à s'accroître, je pratiquai une biopsie et reconnus qu'il s'agissait d'un épithélioma. (Voir BENDER et DANIEL. *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, 1904, p. 56.)

en rencontrer dans le fragment excisé. Le plus souvent le diagnostic restera en suspens; la tuberculose ne pourra être reconnue qu'après l'opération, à la suite d'un examen histologique très complet des parties excisées.

**VI. Traitement.** — Il ne peut être question d'intervenir chirurgicalement dans la tuberculose vulvaire lorsqu'elle vient compliquer, à leur période ultime, une tuberculose viscérale ou génitale. Dans les cas de ce genre on devra se borner à lui opposer un traitement palliatif, des pansements, tout au plus des cautérisations.

Dans tous les autres cas, il faut opérer largement et le plus tôt possible. Dans la forme hypertrophique, ou lorsqu'il existe une ulcération limitée, on peut tenter l'extirpation totale et suturer immédiatement la large brèche ainsi créée. Mais il sera parfois impossible d'extirper complètement les parties envahies en raison de l'extension du processus. Lorsqu'il existe des fistules multiples, des trajets sous-cutanés plus ou moins étendus, il faudra fendre les téguments sur la sonde cannelée, curetter les masses fongueuses ainsi mises à découvert, et faire une cautérisation énergique au thermocautère. Dans ce cas il serait imprudent de tenter la suture immédiate; on se bornera à tamponner les plaies béantes avec de la gaze, et on laissera la cicatrisation se faire lentement.

#### OBSERVATIONS

OBSERVATION I. (WINCKEL, *Die Pathologie der weiblichen Sexualorgane*; Leipzig, 1881).

Il s'agissait, dans ce cas, d'une femme de vingt-huit ans, sans antécédents ni hérédité bacillaires. Localement on trouvait les lésions suivantes : la petite lèvre gauche présentait, au niveau de sa partie moyenne, une tuméfaction qui atteignait la dimension d'un œuf de pigeon. Cette tumeur était lisse, de couleur rosée, de consistance dure et presque cartilagineuse. A sa partie interne existait une surface de 1 centimètre de diamètre environ, superficiellement ulcérée, faiblement granuleuse. Il existait, en outre, divers noyaux indurés : l'un plus volumineux, au niveau de la grande lèvre gauche; d'autres, plus petits, au niveau du capuchon clitoridien et de la petite lèvre droite. L'examen histologique montra des lésions typiques d'infiltration tuberculeuse, mais pas de tubercules vrais, caractéristiques.

OBSERVATION II. (WINCKEL, *Ibid.*, 1881).

Femme de vingt-six ans, sans antécédents héréditaires. La région vulvaire

était tuméfiée dans son ensemble, comme œdémateuse, avec ça et là au niveau des grandes et des petites lèvres des parties plus indurées. Au niveau de la base du clitoris, dans l'intervalle compris entre les petites lèvres et la grande lèvre droite, existaient plusieurs longues fissures, donnant lieu à un léger suintement purulent. Les petites lèvres débordaient les grandes de 2 à 3 centimètres et formaient une masse de consistance ferme, englobant le clitoris. L'examen histologique, pratiqué par Birch-Hirschfeld, fut tout à fait positif et donna les résultats suivants : « L'épithélium présente une prolifération moyenne; le tissu conjonctif est le siège d'une infiltration abondante de cellules rondes. Cette infiltration est étendue de façon diffuse à tout le stroma, mais elle forme, par intervalles, des amas arrondis dans lesquels on trouve, en plusieurs points, des cellules géantes caractéristiques. »

OBSERVATION III. (CAYLA, *Progrès médical*, 1881, n° 33, p. 648).

Malade atteinte de tuberculose pulmonaire et morte le lendemain de son entrée à l'hôpital. — *Autopsie*; la vulve présente une tuméfaction considérable accusée surtout sur les grandes lèvres. A côté des tubercules indurés on trouve des surfaces ulcérées, principalement à la face interne de la grande lèvre gauche.

L'anus et le vagin forment un cloaque dans lequel on aperçoit, à côté de végétations violacées, des dépressions donnant à toutes ces surfaces un aspect impossible à décrire. Une bride, qui présente à la vue et au toucher les caractères du tissu malade environnant, est étendue transversalement entre les deux régions fessières et sépare le rectum du vagin. La lésion a envahi les petites lèvres et le vagin sur une petite étendue; l'utérus est sain.

A l'examen microscopique, les tubercules présentent tous les caractères du lupus : infiltration du tissu conjonctif par les éléments embryonnaires.

OBSERVATION IV. (DESCHAMPS, *Archives de tocologie*, 1885, p. 19).

Femme de trente-cinq ans, atteinte de tuberculose pulmonaire et qui, quatre mois avant de venir consulter, avait subi un traumatisme au niveau de la région vulvaire; un écoulement leucorrhéique apparut aussitôt en même temps qu'un prurit intense. A l'examen, on constate une ulcération étendue ayant envahi la grande lèvre gauche et la fourchette. L'examen microscopique des tissus montra des lésions tuberculeuses et l'inoculation au cobaye fut positive. La malade mourut après trois mois et, à l'autopsie, on constata une tuberculose localisée des poumons et des organes génitaux externes.

OBSERVATION V. (CHIARI, *Vierteljahrschrift für Dermatologie und Syphilis*, Wien, 1886).

Il s'agit d'une malade de trente ans, atteinte de tuberculose pulmonaire chronique à laquelle elle succomba. A l'autopsie, on trouva des lésions de tuberculose généralisée. La trompe, les ovaires et l'utérus étaient sains. Au niveau de la vulve existaient les lésions suivantes : les grandes

lèvres étaient atteintes d'un œdème de moyenne intensité, œdème qui était étendu, d'ailleurs, à l'ensemble de la région vulvaire. Au niveau de la face interne de la grande lèvre droite, à l'emplacement de la petite lèvre correspondante, existait une large surface ulcérée qui se prolongeait en haut sur le côté droit du vagin, sur une étendue de 1 cent. 1/2 environ; l'ulcération avait atteint la fosse naviculaire, le clitoris, le méat urétral. Les surfaces ulcérées présentaient, en tous points, des caractères identiques : elles avaient une surface irrégulière et granuleuse avec de petits points caséux; les bords étaient saillants et indurés. Le périnée était intact. Au niveau de l'anus existait une ulcération mesurant 2 centimètres carrés environ. L'examen histologique montra la nature tuberculeuse des lésions; il fut possible de colorer des bacilles de Koch.

OBSERVATION VI. (DEMME, *Ueber tuberkulöse Erkrankung der weiblichen Genitalien im ersten Kindesalter*, *Wiener medizinische Blätter*, 1887, n° 50, p. 1378).

Petite fille de treize mois, issue d'une mère tuberculeuse pulmonaire; accouchement normal. L'enfant fut nourrie au sein pendant trois mois, puis ensuite avec du lait de vache et des bouillies. A partir du sixième mois, la mère remarqua une tuméfaction légère de la région vulvaire, s'accompagnant d'un écoulement vaginal jaune-verdâtre, d'aspect purulent. La petite malade fut amenée à cette époque à la polyclinique, où l'on pensa qu'il s'agissait d'une vulvite; on prescrivit des bains quotidiens, des pansements à l'eau blanche et plus tard, devant l'inefficacité de cette médication, des injections d'une solution à 2 pour 100 de sulfate de zinc. L'examen ne révéla rien d'anormal du côté des organes thoraciques et abdominaux; l'état général était médiocre.

La maladie présenta des alternatives d'amélioration et d'aggravation; on pratiqua, le 7 Mai 1886, un nouvel examen plus complet. On constata de la rougeur et une tuméfaction légère au niveau de l'entrée du vagin. D'autre part, il existait au niveau de la face interne de la petite lèvre gauche, une ulcération grosse comme un pois. Cette ulcération présentait une forme ovale; les bords en étaient irrégulièrement dentelés, anfractueux et indurés. Le fond de l'ulcération présentait une coloration jaune-verdâtre, il était irrégulier, parsemé de petites granulations du volume d'un grain de mil; les bords de l'ulcération saignaient au moindre contact; ce contact semblait d'ailleurs, provoquer de vives douleurs. Les ganglions inguinaux étaient tuméfiés et douloureux à la pression.

Afin de déterminer la nature de cette ulcération, on enleva, par grattage, quelques unes des granulations qui en tapissaient le fond et on les soumit à l'examen histologique. On constata l'existence d'un grand nombre de granulations tuberculeuses contenant des bacilles.

L'ulcération fut énergiquement curettée, cautérisée à la teinture d'iode et pansée à l'iodoforme, jusqu'à cicatrisation.

Pendant les cinq ou six semaines qui suivirent, l'écoulement vaginal s'était complètement tari; la guérison semblait parfaite. Mais, vers le début du seizième mois, l'écoulement apparut de nouveau et l'enfant succomba, en l'espace de six jours, à une méningite tuberculeuse suraiguë.

À l'autopsie on trouva des lésions de méningite tuberculeuse localisées à la base de l'encéphale; les organes thoraciques et abdominaux étaient sains. L'examen des organes génitaux révéla les lésions suivantes: l'ulcération primitivement existante au niveau de la face interne de la petite lèvre gauche était cicatrisée; il existait, en revanche, au niveau de la partie moyenne du vagin, du côté gauche, une ulcération allongée, de la dimension d'un noyau de datte et dont les caractères étaient en tous points comparables à ceux que présentait l'ulcération vulvaire. Il n'existait pas d'autres ulcérations; l'utérus et les annexes ne présentaient rien d'anormal. L'examen microscopique de l'ulcération permit d'y colorer des bacilles; on en trouva également, mais en petit nombre dans les ganglions inguinaux hypertrophiés.

Il est vraisemblable que l'infection tuberculeuse a été transmise, dans ce cas, de la mère à l'enfant, par l'intermédiaire des crachats.

OBSERVATION VII. (DEMME, *Ibid.*, 1887).

Il s'agissait dans ce cas d'une petite fille de sept mois dont le père était tuberculeux. L'enfant avait présenté, depuis le cinquième mois, des poussées récidivantes de vulvite, s'accompagnant d'un écoulement muco-purulent. L'examen montra qu'il existait, au niveau de l'entrée du vagin, du côté gauche, une ulcération tuberculeuse grosse comme une lentille. Il n'existait pas de signes d'une tuberculose viscérale quelconque. L'ulcération résista à un curettage suivi d'une cautérisation au nitrate d'argent; elle guérit cependant à la suite d'une cautérisation énergique par l'acide nitrique fumant. Cette observation remonte à 1883; depuis lors, soit depuis deux ans, l'ulcération ne s'est pas reproduite.

OBSERVATION VIII. (DEMME, *Ibid.*, 1887).

Il s'agissait dans ce cas d'une petite fille de quinze mois, sans antécédents tuberculeux qui, à la suite d'une rougeole compliquée de bronchopneumonie, présenta un écoulement vaginal muco-purulent s'accompagnant de rougeur et de gonflement de la région vulvaire. Il y avait de la dysurie.

L'enfant était très affaiblie; on trouvait, au niveau de la base du poulmon gauche, un foyer assez étendu de pneumonie chronique (tuberculeuse); les ganglions du cou et les ganglions inguinaux du côté gauche étaient tuméfiés et douloureux; il existait du météorisme abdominal avec de la tendance aux vomissements. On trouva, au niveau de l'entrée du vagin, trois ulcérations grosses comme des lentilles, de couleur gris jaunâtre, à bords irréguliers et

déchiquetés; il existait en outre quelques petites ulcérations punctiformes. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'ulcérations tuberculeuses contenant un grand nombre de bacilles.

L'enfant mourut quelques semaines plus tard de pneumonie caséeuse; l'examen histologique d'un ganglion de l'aîne permit d'y constater également la présence de bacilles de Koch.

OBSERVATION IX. (ZWEIGBAUM, *Berliner klinische Wochenschrift*, 1888, n° 22, p. 443).

La malade était âgée de trente-deux ans et phtisique. Elle succomba à une tuberculose pulmonaire et intestinale. L'auteur croit cependant que la tuberculose génitale était primitive. Elle se serait développée primitivement au niveau du col de l'utérus et aurait envahi secondairement le vagin, puis la petite lèvre gauche, au niveau de laquelle existait une assez large ulcération. On trouva des bacilles en abondance dans un petit lambeau excisé, pendant la vie, au niveau de l'ulcération vulvaire.

OBSERVATION X. (VIATTE, *Inaug. Dissert.*, 1891).

Femme de trente-deux ans, atteinte depuis sept ans d'un écoulement jaunâtre au niveau de la vulve. Il y a trois ans, elle a commencé à ressentir une sensation de cuisson au niveau de la vulve; en même temps, elle a constaté la formation, à ce niveau, de petits « bourgeons » qui se détachaient spontanément, puis se reproduisaient. A l'examen, on constata l'existence, au niveau du méat urinaire, de trois bourgeons polypoïdes assez volumineux et de consistance molle. Ces bourgeons recouvraient une ulcération de la vulve, empiétant sur le vagin, ulcération rouge, à fond dur, et recouverte par places d'un enduit jaunâtre.

Des fragments de ces masses polypoïdes, examinés au microscope, ne présentaient pas de lésions tuberculeuses caractéristiques. En revanche, dans les produits de râclage des surfaces ulcérées, il fut possible de mettre en évidence le bacille de Koch. D'autre part, l'épreuve de la tuberculine fut positive, bien que la malade ne présentât aucun signe cliniquement appréciable de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION XI. (EMANUEL, *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1894, Bd XXIX).

D'après l'auteur, il s'agit d'une tuberculose de la vulve secondaire à une tuberculose du col de l'utérus; ce dernier était, en effet, transformé en une tumeur bosselée du volume d'une pomme. Il existait, au niveau de la vulve une large ulcération, séparant l'anus de l'entrée du vagin et occupant toute la largeur du plancher périnéal. Le fond de l'ulcération était rouge foncé, recouvert d'un enduit purulent, parsemé de granulations grisâtres et transparentes; les bords étaient irréguliers et déchiquetés. L'examen histologique d'un fragment prélevé montra des lésions tuberculeuses caractéristiques, des

follicules tuberculeux typiques, avec des cellules géantes et des bacilles de Koch.

OBSERVATION XII. (A. MARTIN, *La Normandie médicale*, 1893, 13 Janvier, n°2).

Femme de vingt-trois ans, sans antécédents héréditaires intéressants. Si ce n'est la rougeole, dans sa première enfance, et quelques troubles à l'âge de treize ans, au moment de l'apparition de ses règles, P... n'a jamais été malade avant quatorze ans. Elle était réglée depuis un an, d'une façon irrégulière et avec quelques petites douleurs dans le ventre, lorsqu'elle contracta une vaginite intense qui la fit entrer une première fois à l'hôpital. Elle y est soignée à l'office 12 de l'Hospice Général; son traitement consiste en injections et en application de tampons vaginaux qui diminuent l'écoulement mais non l'œdème de la petite lèvre gauche déjà appréciable à ce moment-là. La malade sort de l'hôpital à peine améliorée et rentre chez sa mère, où elle cesse presque complètement tous soins, même ceux les plus élémentaires de propreté et d'hygiène. Elle s'aperçoit bientôt que la petite lèvre gauche devient de plus en plus volumineuse, rouge et dure à la pression. Mais cette hypertrophie ne causant aucune douleur, la malade n'y prend pas garde, se contente d'applications de teinture d'iode conseillées par un médecin, et ne prend de repos, pour faire diminuer ce gonflement, que lorsqu'il devient considérable.

Vers la même époque et depuis sa sortie de l'hôpital, elle est sujette à une constipation extrême qui provoque du ballonnement et des douleurs de ventre. La défécation, très pénible, ne se fait qu'au prix d'efforts considérables, durant des heures entières; la malade demeure quelquefois huit jours sans aller à la garde-robe. Elle rend chaque fois, avec quelques gouttes de sang, une série de scybales très dures et comme pierreuses. Elle commence il y a trois ans à rejeter à chaque selle un peu de pus par le rectum, puis cet écoulement devient de plus en plus considérable. Un certain soulagement se manifeste et la défécation est moins pénible après les débâcles, un peu plus abondantes que de coutume.

La malade prend le lit et ne se lève pour marcher que de temps en temps à cause de la gêne considérable qu'elle en éprouve.

Malgré une fièvre muqueuse intermittente, son état général reste stationnaire et l'hypertrophie vulvaire n'augmenta pas jusqu'à il y a un an. Mais, depuis, cette tumeur s'est développée peu à peu et des démangeaisons insupportables sont survenues du côté de la vulve. Enfin, il y a quatre mois, la constipation a cessé brusquement pour être remplacée par de la diarrhée, et depuis deux mois un flux diarrhéique, mélangé de pus fétide, s'écoule en partie par l'anus, en partie par le vagin. La miction, un peu difficile à cette époque, se fait maintenant plus aisément.

Il n'y a guère que cinq ou six mois que la malade a commencé à maigrir beaucoup, mais elle a conservé tout son appétit jusqu'à son entrée à l'hôpital. Jamais elle n'a craché de sang; elle ne tousse que depuis six semaines et de

moins en moins. Elle a, par contre, d'abondantes sueurs nocturnes, mais jamais de fièvre hectique, si ce n'est une légère augmentation de température (38 à 38°2) au moment de la poussée de tuberculose dont ses poumons ont été dernièrement le siège. Du reste, si on l'ausculte, on constate des signes très nets de tuberculose au sommet gauche du poumon.

A l'examen de la région vulvo-anale, on constate que la petite lèvre gauche, très hypertrophiée, forme une tumeur aplatie latéralement, longue dans le sens vertical d'environ 5 centimètres, dure et de consistance un peu élastique. La face interne en est lisse, régulière, de couleur rouge violacée; la face externe est légèrement ridée et d'un rose pâle. Le bord antérieur, épaissi, présente de nombreuses rides ou replis et une coloration d'un blanc mat. Dans le sillon qui sépare la petite de la grande lèvre gauche, on trouve une ulcération allongée verticalement, étroite et recouverte de petits bourgeons qui saignent facilement. La petite lèvre droite présente des dimensions bien moindres, sa moitié supérieure seule est triplée de volume sous forme d'une languette qui lui conserve presque sa configuration normale.

A son extrémité supérieure elle est soudée par une bande de tissu cicatriciel à celle du côté opposé. Le clitoris est masqué par un capuchon très hypertrophié couvert de rides épaisses et d'aspect cireux.

Dans le sillon qui sépare la petite de la grande lèvre droite existe également une ulcération verticale, sous forme de crevasse à peine large de 2 à 3 millimètres mais longue de 3 à 4 centimètres; ses bords sont taillés à pic, son ond granuleux et saignant. De chaque côté, les grandes lèvres ne présentent que de l'œdème chronique et sont peu tuméfiées.

En écartant les bords de l'orifice vulvaire on aperçoit le méat urinaire intact bordé seulement, à droite et à gauche, d'une petite ulcération d'un demi-centimètre, couverte d'un suintement séro-purulent. Le raphé périnéal est remplacé par une tumeur mamelonnée principale, du volume d'une noix et par quatre autres plus petites sous forme de saillies verruqueuses, également arrondies plus ou moins régulièrement. De petites tumeurs analogues, de dimensions variant du volume d'une bille à celui d'un œuf de pigeon, forment une couronne qui entoure complètement l'anus, un peu à la façon d'un bourrelet hémorroïdaire irrégulier. Une de celles qui siègent à la partie postérieure de cet orifice est aplatie irrégulièrement en galet. Elle est percée en son centre d'une boutonnière à bords épaissis qui représente vraisemblablement une ancienne ulcération cicatrisée. Toutes ces tumeurs sont d'un rouge violacé, dures et élastiques à la pression, peu douloureuses. Des cicatrices fibreuses se trouvent à la base de quelques-unes d'entre elles, ainsi qu'à la partie inférieure des grandes lèvres.

Le toucher vaginal fait constater, à un centimètre à peine de l'orifice vulvaire, l'existence d'une fistule à bords calleux résistants, d'une dureté ligneuse. Elle fait communiquer le vagin et le rectum, et c'est par là que passe

une partie des matières fécales et des sécrétions rectales. La cloison recto-vaginale est résistante au toucher; elle donne ainsi que les culs-de-sac vaginaux, la sensation dite de « vagin de carton »; l'utérus paraît immobile et adhérent; le vagin est libre.

Le petit doigt pénètre difficilement dans le rectum et au prix de douleurs assez vives, qui arrachent des plaintes à la malade; on ne peut d'ailleurs l'enfoncer à plus de 3 centimètres, à cause des souffrances qui en résultent et d'un rétrécissement cicatriciel très résistant qui entoure toute la partie inférieure du rectum. A ce niveau, en effet, les parois rectales enserrant le doigt comme un étau; elles sont excessivement dures, inextensibles sur une hauteur de 3 à 4 centimètres environ; au delà de ce point rétréci, l'extrémité du petit doigt (car il est impossible d'introduire l'index) perçoit des fongosités mollasses dont il est impossible de deviner le volume et la forme. Dans tous les cas le rectum paraît malade dans presque tout son tiers inférieur, l'exploration provoque l'issue encore plus grande que de coutume d'un mélange fétide de flux diarrhéique et de sérosité jaunâtre purulente, striée de quelques filets de sang. Dans l'aîne droite, on peut faire rouler sous le doigt deux ou trois petits ganglions, à peine du volume d'un gros pois; du côté gauche nous ne trouvons aucun engorgement ganglionnaire.

Outre les signes de tuberculose pulmonaire et les quelques malaises généraux que nous avons relatés tout à l'heure, il n'y a rien d'autre à signaler quant à l'état général de la malade, ni aucun trouble particulier de l'appareil urinaire.

En présence de lésions aussi graves et aussi étendues, on ne pouvait songer à intervenir d'une façon radicale. En dehors de soins de propreté extrêmes, on ne fit rien localement et on se contenta de toniques comme traitement général. La malade mourut au mois de Septembre.

L'autopsie fut faite le 28 Septembre.

L'utérus et les annexes, que nous avions cru malades parce que leur exploration, très difficile, ne nous avait pas permis de bien les palper, étaient absolument sains. A droite, le cæcum était très adhérent dans la fosse iliaque et, à gauche, il en était de même de l'S iliaque. Le tissu cellulaire périrectal et, en particulier, celui des fosses ischio-rectales était excessivement induré et scléreux; il formait une sorte de gangue très épaisse et fibreuse autour des deux dernières portions du rectum et adhérait, d'autre part, à la face antérieure du rectum.

Il nous fut très difficile de détacher le rectum de cette masse scléreuse, inflammatoire, au centre de laquelle il était pour ainsi dire plongé. La muqueuse du rectum était saine dans presque toute son étendue, sauf dans la dernière portion, où elle était légèrement et irrégulièrement ulcérée. Ce qu'au toucher nous avions pris au-dessus du rétrécissement pour des fongosités n'était autre chose que la muqueuse froncée et ridée. L'urètre, la vessie, les

reins étaient sains. Le sommet et le bord antérieur du poumon gauche étaient infiltrés de tubercules.

Le reste de ce poumon était normal, ainsi que presque tout le poumon droit, qui ne présentait que quelques rares tubercules à son sommet. En somme, ces lésions pulmonaires, relativement peu étendues, nous ont paru être plutôt consécutives à l'esthiomène et secondaires que primitives.

Le foie, énorme, remplissait tout l'hypocondre et une grande partie du flanc droit.

*Examen histologique* (M. CHARLES NICOLLE). — Les coupes qui ont été pratiquées, après inclusion dans la parafine, montrent que la tumeur est presque exclusivement constituée par un tissu d'œdème chronique, absolument identique à celui d'un éléphantiasis.

La peau, épiderme et derme, se montre normale; elle n'est nulle part amincie ou envahie par le processus pathologique. C'est l'hypoderme qui est le siège de la lésion. Les fibres conjonctives normales sont bien plus nombreuses et toutes très augmentées de volume, gonflées par un liquide transparent. Les noyaux conjonctifs n'ont point proliféré. Il existe de très nombreux vaisseaux et de bien plus nombreux espaces lymphatiques.

En certains points, quelques-uns des vaisseaux montrent à la périphérie une esquisse de manchon de cellules embryonnaires. Mais c'est un aspect, en somme, peu fréquent.

Par places, au milieu de ce tissu d'œdème, se montrent, arrondis ou irréguliers, des amas, en général très petits, de cellules embryonnaires.

Les plus jeunes, les moins développés de ces amas, sont formés uniquement de petites cellules rondes, à noyau constituant presque entièrement la cellule et prenant fortement la couleur. Ce sont des cellules lymphatiques jeunes, des lymphocytes.

D'autres amas plus âgés contiennent, au milieu d'une zone de lymphocytes, des cellules lymphatiques d'aspect différent. Ce sont des cellules plus grosses, à gros noyau prenant peu la couleur, par conséquent des leucocytes mononucléaires, des cellules épithélioïdes. Anatomiquement donc, ces amas sont des tubercules.

Nulle part, je n'ai trouvé de cellules géantes, ni de processus de caséification au centre des tubercules. Cela tient certainement à ce que les pièces proviennent de la partie la plus externe, donc la plus jeune de la tumeur. Dans le centre, on aurait trouvé à coup sûr des tubercules plus avancés et déjà caséifiés en leur milieu.

Le procédé de Kühne (méthode d'Ehrlich modifiée par l'emploi du chlorhydrate d'aniline), qui est certainement celui qui donne les résultats les meilleurs pour la recherche du bacille tuberculeux, m'a permis de constater la présence de bacilles extrêmement rares dans les nodules embryonnaires, au centre desquelles existaient des cellules épithélioïdes.

Ce cas est, je crois, le premier où, dans un esthiomène à forme hypertrophique, on ait trouvé le bacille tuberculeux. Il tranche complètement la nature de cette variété d'esthiomène. De même que dans sa forme ulcéreuse, où cela a été prouvé depuis longtemps, l'esthiomène, dans sa forme hypertrophique, est, anatomiquement comme cliniquement, un véritable lupus tuberculeux de la vulve.

OBSERVATION XIII. (MONTGOMERY, *International Clinics*, 1895, vol. III, p. 280).

Il s'agit d'une négresse de trente ans, sans antécédents tuberculeux. Elle avait eu quatre enfants, dont deux morts cachectiques. La lésion vulvaire avait commencé à évoluer cinq ans auparavant, à l'occasion d'une fausse couche. A l'examen, les deux grandes lèvres apparaissent tuméfiées, la droite plus que la gauche. Au niveau de l'orifice vulvaire existe une ulcération excavée, qui fait le tour de cet orifice. Les régions avoisinantes sont indurées et œdématiées. Peu de douleur ; pas d'engorgement ganglionnaire ; pas de signes de tuberculose pulmonaire. Antécédents tuberculeux dans la famille du mari ; le mari lui-même est d'une santé délicate.

OBSERVATION XIV. (WINTER, *Lehrbuch der gynäkologischen Diagnostik*, Leipzig, 1896.)

Il existait, dans ce cas, au niveau de la face interne de la petite lèvre gauche, une ulcération, dont les bords étaient déchiquetés, dont le fond présentait un aspect lardacé ; la muqueuse avoisinante était rouge et infiltrée, parsemée de petites excoriations. Sur le fond de l'ulcération s'ouvrait un trajet fistuleux conduisant dans la direction du rectum. L'examen histologique d'un fragment prélevé montra des lésions tuberculeuses indiscutables avec des cellules géantes et des bacilles.

OBSERVATION XV. (SCHENK *Beiträge zur klin. Chirurgie*, 1896, Bd XVII).

Cette observation concerne une petite fille de quatre ans et demi, sans antécédents héréditaires. Il existait de l'adénopathie inguinale et une large ulcération de l'orifice vaginal ayant envahi latéralement les petites lèvres et, en haut, le clitoris et le méat urinaire. L'examen bactériologique des sécrétions révéla la présence du bacille de Koch. Les ganglions lymphatiques présentaient des lésions tuberculeuses caractéristiques avec des bacilles.

OBSERVATION XVI. (KÜTTNER *Beiträge zur klinischen Chirurgie*, 1896, Bd XVII, p. 533).

La malade de Küttner était une petite fille de quatre ans et demi, qui avait eu quelques mois auparavant la coqueluche et avait conservé depuis ce moment un catarrhe bronchique (*pas de bacilles dans les crachats*). Il existait une infiltration dure de la grande lèvre droite, avec une ulcération siégeant dans les deux tiers supérieurs ; quelques petites ulcérations superficielles au niveau

du mont de Vénus et de la partie supérieure de la grande lèvre gauche. L'examen microscopique d'une parcelle de tissu ulcéré montra des lésions tuberculeuses. L'opération pratiquée consista dans l'excision en tissu sain des régions ulcérées, complétée par l'extirpation bilatérale des ganglions inguinaux qui étaient tuméfiés. Au bout de trois mois, la guérison paraissait complète. L'examen histologique des ganglions enlevés montra qu'ils étaient tuberculeux.

OBSERVATION XVII. (KARAJAN, *Wiener klinische Wochenschrift*, 1897).

Cette observation concerne une enfant de deux ans. A l'âge de un an était apparue, au niveau du clitoris, une tumeur longue de trois centimètres et demi, large de 1 centimètre et demi, d'aspect bosselé, de coloration rouge violacée, recouverte de petites ulcérations de la dimension d'une tête d'épingle. La tumeur fut enlevée et l'examen histologique y montra l'existence de follicules tuberculeux contenant des bacilles.

Dix mois après l'opération, la tumeur avait récidivé et s'était étendue à la grande lèvre droite; il existait deux ulcérations dans le vagin. Un an après l'opération, il existait une large ulcération étendue à toute l'entrée du vagin.

OBSERVATION XVIII. (HAVAS, cité par NEUMANN. *Sammelbericht über die im Jahre 1897, in Ungarn erschienenen Arbeiten geburtshilflichen und gynäkologischen Inhalts. Monatsschrift für Geb. und Gyn.*, 1898, Bd VIII).

Il s'agit, dans cette observation, d'une femme de vingt-sept ans, qui présentait au niveau de l'entrée du vagin, une ulcération dont les bords étaient hérissés de petites granulations qui se détachaient facilement. Les caractères de cette ulcération faisaient penser à la tuberculose et l'examen bactériologique de sécrétions permit de déceler le bacille de Koch. Pendant que la malade était en traitement à l'hôpital, elle eut une hémoptysie. Progressivement l'ulcération se propagea à toute l'entrée du vagin.

OBSERVATION XIX. (DAVIDSOHN, *Berliner klinische Wochenschrift*, 1899, n° 25).

La malade était atteinte de tuberculose miliaire généralisée. Il existait des ulcérations au niveau de la vulve, des lésions tuberculeuses utérines et annexielles.

OBSERVATIONS XX et XXI. (GEBHARD, *Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane*, Leipzig, 1899, p. 579).

Dans un de ces cas, il s'agissait d'un nodule du volume d'un noyau de cerise, dont la surface était ulcérée et qui s'était développé au voisinage du méat urinaire. La petite tumeur présentait une consistance très molle; l'examen histologique montra qu'elle était constituée par un stroma conjonctif, riche en vaisseaux et parsemé de nombreuses granulations tuberculeuses.

Dans le second cas, il s'agissait d'une ulcération tuberculeuse typique, siégeant au niveau de la petite lèvre.

OBSERVATION XXII. (RIECK, *Monatsschrift für Geb. und Gyn.*, 1899, Bd IX).

La malade ne présentait pas d'antécédents morbides, mais son mari était manifestement atteint de tuberculose pulmonaire. Il existait une ulcération de la vulve accompagnée d'une hypertrophie d'une des petites lèvres. On pratiqua l'excision de la région ulcérée et l'examen microscopique montra des lésions caractéristiques de tuberculose.

OBSERVATION XXIII. (H. A. KELLY, *Operative Gynecology*, vol. I).

La malade, âgée de cinquante-cinq ans, se plaignait de douleurs cuisantes pendant la miction, causées par l'écoulement des urines sur les surfaces ulcérées.

Une petite ulcération était apparue un an auparavant, au niveau de la commissure antérieure de la vulve et s'était progressivement accrue. L'ulcération avait une forme triangulaire; les bords en étaient infiltrés et s'élevaient à environ un millimètre au-dessus du niveau des surfaces cruentées; la partie centrale était plane, rosée, mamelonnée; les tissus sous-jacents étaient remarquablement indurés.

Au milieu de cette surface ulcérée se trouvait l'orifice urétral, entouré d'une étroite bande de muqueuse saine. Le clitoris, ainsi que les régions environnantes était rouge et tuméfié.

Histologiquement, la surface de l'ulcération est formée par des granulations tuberculeuses caractéristiques; des tubercules typiques sont disséminés dans les tissus profonds. Quelques-uns sont trouvés immédiatement sous la muqueuse urétrale. On a trouvé sur les coupes un petit nombre de bacilles tuberculeux.

OBSERVATION XXIV. (A. MARTIN, *Revue médicale de Normandie*, 1901, n° 24, 25 Décembre).

Il s'agit d'une femme de trente-deux ans que j'ai opérée il y a bientôt huit semaines pour deux tumeurs, dont l'une du volume des deux poings était constituée par la grande lèvre droite très hypertrophiée, et l'autre plus petite, ayant les dimensions d'une pomme, était formée par la grande lèvre gauche.

La tumeur de droite était très dure à la pression et recouverte d'une peau blanchâtre, épaissie, verruqueuse sur sa face externe, lisse sur sa face interne. Celle de gauche avait les mêmes caractères de dureté, mais elle était plus lisse et de coloration rouge foncé.

La malade n'éprouvait pas de douleurs véritables du fait de cette hypertrophie considérable des grandes lèvres, mais une sensation de gêne et des tiraillements fort pénibles qui lui faisaient demander l'intervention chirurgicale. Il n'y avait rien de particulier du côté du vagin et de l'utérus, sauf un

peu de rougeur et des pertes blanches. Les ganglions inguinaux n'étaient que peu engorgés. En dehors de ces tuméfactions, voici ce que l'examen de la malade révélait encore :

Sur les cuisses et les fesses, principalement à gauche, se trouvent de nombreuses ulcérations, couvrant avec des intervalles de peau saine presque toute la face postérieure de la cuisse gauche, une partie des faces externes des deux cuisses et toute la fesse gauche.

L'aspect de ces lésions impose, à première vue, le diagnostic de lupus ulcéreux, serpigneux. On y constate, en effet, une évolution excentrique avec guérison centrale cicatricielle et formation à la périphérie de petits abcès miliaires d'aspect bleuâtre sur le point de s'ouvrir. Les petites ulcérations fongueuses, à bords rouges et infiltrés, sont disposées, à la périphérie, en lignes courbes figurant des circonvolutions.

Vers la racine des cuisses, la peau, cicatrisée après guérison des ulcérations, est pigmentée par places, brunâtre, marbrée, épaissie et indurée. Un suintement séro-purulent, au niveau des ulcérations, exhale une odeur infecte. Il nous paraît qu'il ne peut s'agir que de lupus, et c'est ce que veut bien venir confirmer M. Charles Nicolle.

L'interrogatoire de la malade ne peut d'ailleurs que nous amener à un tel diagnostic. Elle nous raconte, en effet, que les ulcérations des cuisses ont commencé alors qu'elle n'avait encore que quatre ans, par une sorte de petit clou siégeant à la fesse droite. Depuis lors le mal ne s'est jamais guéri. Les ulcérations se sont en effet succédé sans arrêt, guérissant d'un côté pour se propager d'un autre jusqu'à l'envahissement considérable que nous avons signalé plus haut. La malade pense qu'étant enfant, elle a dû aider à cette propagation par des lésions de grattage.

M. Flaubert, consulté à cette époque, avait simplement déclaré que la guérison de ce mal viendrait au moment de la puberté.

D'autre part, l'état général de M<sup>me</sup> P... n'a pas été très brillant depuis plusieurs années. Elle a eu, il y a sept ans, des accidents de congestion pulmonaire ou de pleurésie; elle a été prise, il y a deux ans, d'une légère hémoptysie; depuis, elle s'enrhume facilement, tousse ensuite pendant des mois, et elle a présenté des signes stéthoscopiques faisant penser à des lésions tuberculeuses au début.

Elle s'est mariée il y a cinq ans et a déjà eu trois grossesses. La première s'est terminée à terme, dans de bonnes conditions. La seconde a donné naissance à un enfant ayant un bec-de-lièvre avec absence totale de la voûte palatine. Cet enfant est mort au bout de huit jours. Son troisième enfant vit, ainsi que le premier. Tous deux, dit-elle, sont bien portants. Le mari est un homme vigoureux et en bonne santé.

L'hypertrophie des grandes lèvres n'est survenue qu'au cours de la deuxième grossesse et a commencé à droite. Elle a augmenté d'une façon continue

jusqu'à la fin de la grossesse, puis s'est arrêtée, mais n'a pas diminué après l'accouchement, comme le médecin et la malade y comptaient et comme il y avait lieu de l'espérer.

Cette hypertrophie, ainsi que nous l'avons dit plus haut, n'a jamais provoqué de vives douleurs et n'a pas été précédée ou suivie de vive inflammation. La malade, au repos et surtout au lit, n'éprouvait aucune gêne; elle souffrait seulement dans la station debout, et surtout pendant la marche.

Le 17 Octobre 1901, avec le concours de M. Tourdot, de Sotteville, qui avait observé et suivi avec soin la malade, je fis l'ablation des deux tumeurs vulvaires. Ce fut une intervention facile, sur laquelle il n'y a pas lieu d'insister.

L'hémorragie fut insignifiante; d'ailleurs, pour mieux assurer l'hémostase, je fis un surjet de catgut sur deux plans superposés. A droite, la plaie mesurait de 10 à 12 centimètres; elle en avait 7 à 8 à gauche. Le derme était considérablement épaissi, et des tissus infiltrés, renfermant de grandes lacunes lymphatiques, s'écoulait, sous le bistouri, un liquide clair et jaunâtre. Sur la lèvre, à gauche, se trouvait un véritable foyer caséeux, sorte de caverne remplie de fongosités, du volume d'une noix au moment de l'ablation de la tumeur, qui fut raclee à la curette tranchante et désinfectée avec une solution de chlorure de zinc à 1 pour 15.

Les suites opératoires furent simples. La réunion se fit par première intention sauf à gauche, en un point correspondant au foyer de ramollissement que je signalais tout à l'heure. Mais la cicatrisation le combla vite secondairement.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (pratiqué par M. Ch. Nicolle).

Sur les coupes examinées par nous, on remarque successivement en allant de la surface de la pièce vers la profondeur :

1° L'épiderme avec ses caractères normaux;

2° Le derme à peu près normal dans sa partie superficielle, infiltré de quelques cellules embryonnaires dans ses parties moyennes et profondes. Ces cellules sont disposées par nodules de dimensions limitées. En certains points, ces nodules présentent vers leur centre des cellules épithélioïdes et des cellules géantes. Les follicules tuberculeux ainsi constitués sont assez rares et groupés généralement par deux ou trois;

3° L'hypoderme normal avec, à son contact avec le derme, des bandes de fibres musculaires lisses nombreuses.

OBSERVATION XXV. (RECHENBACH, *Inaug. Dissert. Halle*, 1901).

E. L..., trente-trois ans, entre à l'hôpital le 28 Avril 1900.

*Antécédents.* — Une sœur morte en bas âge de méningite. Une autre sœur morte de phthisie aiguë. La malade a toujours eu une bonne santé.

Les premières règles sont survenues à vingt ans seulement; elles surve-

naient irrégulièrement, à des intervalles variant de deux à quatre semaines, duraient de cinq à sept jours et ne s'accompagnaient d'aucuns troubles.

La malade a eu quatre grossesses. La première se termina par un avortement au bout du quatrième mois; pour les deux grossesses suivantes elle accoucha à terme d'un enfant mort. La première et la troisième fois les suites de couches se compliquèrent d'hémorragies abondantes. Le dernier accouchement remonte à quatre ans. Depuis cette époque les règles sont devenues particulièrement irrégulières et durent de huit à dix jours; elles sont très abondantes.

Les mictions sont fréquemment douloureuses, s'accompagnant d'une sensation de cuisson et de ténésme vésical. Douleurs pendant les règles et pendant le coït.

*A l'examen.* — Etat général satisfaisant. Rien au cœur ni aux poumons. Les petites lèvres sont très hypertrophiées et présentent un aspect éléphantiasique. Le clitoris est transformé en une petite tumeur œdémateuse. Au pourtour de l'orifice urétral existe une surface ulcérée de la dimension d'une pièce de cinq francs, recouverte de granulations molles, fongueuses, saignant facilement.

L'utérus est petit, en antéflexion légère. Les ligaments larges, le cul-de-sac de Douglas, les trompes et les ovaires ne présentent pas de modifications. Rien au niveau du rectum et de la vessie.

*Traitement.* — Le traitement ne pouvait consister que dans l'extirpation des parties malades. La région ulcérée fut énergiquement détergée à l'aide de la curette tranchante et cautérisée au thermocautère.

Dix jours plus tard l'opération fut complétée. La terminaison de l'urètre fut excisée en tissu sain. Les petites lèvres envahies furent réséquées en totalité et les surfaces cruentées furent réunies par des sutures à la soie.

*Examen histologique.* — Les fragments enlevés furent fixés au formol. Des coupes furent pratiquées au niveau des différents points et colorées par la fuschine et le bleu de méthylène. Sur les coupes, la muqueuse des petites lèvres est conservée en partie; sa surface apparaît recouverte d'une mince couche d'enduit muqueux. L'épithélium pavimenteux stratifié est en état de prolifération active, portant surtout sur les cellules polygonales; la substance intercellulaire est difficilement visible.

Le derme sous-jacent est très épaissi; les papilles présentent les formes et les dimensions les plus diverses; elles sont, d'une manière générale, sensiblement allongées et parfois ramifiées. Au-dessous on trouve la couche celluleuse, puis une couche musculaire formée de faisceaux entrecroisés.

Le derme et le tissu cellulaire sous-cutané sont le siège d'une infiltration leucocytaire très abondante. Cette infiltration se présente sous la forme de trainées qui, partant de la base de l'épithélium, s'enfoncent dans la profondeur. En certains points les leucocytes forment de petits amas folliculaires

dont certains renferment quelques cellules géantes très nettes. Par places, l'infiltration leucocytaire est absolument confluyente et masque tous les éléments du stroma. Les parois des artères et des veines présentent un épaississement notable : les vaisseaux sont environnés d'une gaine de cellules conjonctives jeunes.

La recherche du bacille est demeurée infructueuse.

OBSERVATION XXVI. (POEVERLEIN, *Inaug. Dissert. Munich*, 1902).

Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, sans antécédents héréditaires. La malade a été réglée à seize ans ; règles régulières, durant quatre à cinq jours. Une grossesse normale, avec accouchement normal. A l'âge de vingt-neuf ans, apparut au niveau de la grande lèvre droite une tumeur du volume d'une cerise. La tumeur augmenta de volume, lentement et progressivement, sans déterminer de douleurs. Il y a trois ans, c'est-à-dire dix-sept ans après le début des accidents, l'accroissement devint plus rapide et, au mois de Mai 1903, la malade alla consulter un médecin, qui l'opéra. La récurrence se produisit, au dire de la malade, quatre semaines après l'opération.

Elle entre à la clinique le 23 Juillet 1893. C'est une femme de constitution vigoureuse. Rien d'anormal au cœur ni aux poumons. A l'examen local, on constate que l'orifice vulvaire est presque complètement oblitéré. La grande lèvre droite est fortement saillante et forme une tumeur rougeâtre ; la face interne de la petite lèvre droite est occupée par une tumeur présentant environ la largeur d'une pièce de cinq francs. La surface est irrégulière, hérissée de verrucosités rougeâtres ou noirâtres. La tumeur paraît avoir infiltré profondément le tissu conjonctif de la grande et de la petite lèvre droites ; sa surface est recouverte d'une sécrétion brunâtre, visqueuse, fétide. Pas de troubles de la miction ni de la défécation.

*Diagnostic.* — Sarcome de la grande et de la petite lèvre droites.

*Opération.* — Le 30 Juillet 1893, sous chloroforme. On enlève la tumeur au thermocautère, en incisant autant que possible en tissu sain. La perte de substance cutanéomuqueuse est comblée, dans la mesure du possible, par quelques points de suture à la soie. Tamponnement à la gaze iodoformée. Guérison sans incidents ; la malade quitte l'hôpital le 23 Août.

Les pièces conservées dans l'alcool comprennent la grande lèvre, épaisse de 2 centimètres environ, et la petite lèvre, très épaisse également et mesurant 2 cent. 1/2 au niveau de sa partie la plus saillante. La surface des lèvres est ridée, hérissée de petites verrucosités du volume d'un pois. En aucun point de la tumeur il n'y a trace d'une perte de substance quelconque ; à la coupe, le tissu paraît homogène.

L'accroissement rapide de la tumeur, dans les derniers temps, ainsi que la récurrence rapide après l'opération faisaient penser à une tumeur maligne. L'absence de toute surface ulcéreuse et de toute perte de substance permettait

d'exclure l'hypothèse d'un épithélioma ou d'un lupus; le diagnostic qui s'imposait à l'examen microscopique était celui du sarcome de la vulve.

*Examen histologique.* — (Voir page 873).

OBSERVATION XXVII. (P. PETIT et X. BENDER, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1903, n° 6, p. 947).

M<sup>lle</sup> B..., âgée de trente et un ans, est adressée le 13 Mars 1902 à l'hôpital libre Saint-Michel, service de M. Récamier, avec le diagnostic : végétations vulvaires.

Les règles, établies depuis l'âge de dix ans et demi, sont régulières, d'abondance normale, indolentes, et durent quatre jours. Il y a huit ans, la malade a fait une fausse couche. Un an plus tard, elle accoucha prématurément au septième mois d'un enfant qui mourut au bout de quatre jours. Il y a deux mois à peine, nouvel accouchement, à terme cette fois, qui a nécessité une application de forceps. Pendant toute la durée de sa grossesse, la malade a continué à être réglée comme à l'ordinaire.

Aucun antécédent familial digne d'être noté. Pas de maladie antérieure de quelque importance.

La malade aurait remarqué pour la première fois, il y a sept ans, au cours de sa première grossesse, que sa vulve grossissait uniformément. Cet état s'accroissant peu à peu, par la suite, elle se décida à aller consulter un médecin, qui se contenta de prescrire des lavages. Puis survint la troisième grossesse, au cours de laquelle l'hypertrophie en question subit une nouvelle poussée; en même temps apparaissaient les végétations qui encombrent actuellement le conduit vulvaire.

L'examen local permet de faire les constatations suivantes : les grandes lèvres, surtout la droite, notablement augmentées de volume, sans changement de couleur des téguments, semblent être le siège d'une sorte d'œdème dur. Les petites lèvres sur toute leur étendue, le pourtour du méat urinaire sont transformés en un tissu végétant, de coloration rouge sombre, de consistance ferme. Aux lieu et place des caroncules myrtiformes se voient quatre bourgeons lardacés, accolés les uns aux autres, et qui masquent l'entrée du vagin et de l'urètre. Même hypertrophie polypoïde de la muqueuse urétrale. La partie inférieure de la petite lèvre droite est tapissée de verrucosités grosses comme des grains de mil ou des lentilles. *En aucun point, malgré l'examen le plus minutieux, on ne trouve d'ulcérations.*

Ni suintement, ni douleur, aucun signe fonctionnel, à l'exception de mictions fréquentes et involontaires. Le dessin qui accompagne ce travail reproduit très exactement ces lésions microscopiques. (Voir Pl. xvi, fig. 2.)

L'examen des organes génitaux internes est négatif.

L'état général semble satisfaisant. Quelques troubles digestifs sans gravité. Rien aux poumons.

*Opération.* — On pratique l'excision méthodique au bistouri de toutes les parties malades, en empiétant aussi largement que possible sur les tissus d'apparence saine. Suture. Réunion par première intention. Ablation des fils le septième jour. La malade a été revue deux mois après, alors qu'elle était en partance pour l'Extrême-Orient. La lésion continuait nettement son évolution, en certains points de la cicatrice et à son pourtour, en présentant toujours les mêmes caractères: état scléremateux végétant des tissus, sans aucune ulcération.

*Examen histologique.* — (Voir page 875.)

OBSERVATION XXVIII. (X. BENDER et NANDROT, *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, 1904, Février, p. 129).

B..., ménagère, trente-neuf ans. — La santé de la malade jusqu'à ces derniers temps a été assez bonne; elle dit cependant avoir présenté, dans son enfance, de l'adénopathie cervicale.

La malade a été réglée à treize ans, les règles ont toujours été régulières. Elle a fait deux fausses couches, l'une de deux mois et demi, l'autre de quatre mois. Malgré un interrogatoire sérieux, on ne retrouve aucun stigmate de syphilis.

Le début de la maladie actuelle remonte à plus de deux ans. En Février 1901, la malade a fait une chute à cheval sur un corps dur. Quinze jours après, le périnée et la vulve augmentaient de volume dans une proportion considérable et il se forma peu à peu, à ce niveau, une sorte de poche kystique.

En Janvier 1902, cette poche se rompt spontanément, donnant issue à du sang noir à peu près pur; il n'y avait, au dire de la malade, aucune trace de pus. Progressivement, cet écoulement sanguin fut remplacé par un écoulement séreux roussâtre, lequel devint, au bout de six mois environ, franchement purulent.

En même temps des douleurs étaient apparues dans la région vulvo-périnéale, aiguës, lancinantes, survenant par intervalles. D'autre part, les règles étaient devenues irrégulières, apparaissant tous les deux ou trois mois. Depuis quelque temps, l'état général est atteint, la malade a perdu ses forces et a beaucoup maigri.

A l'examen, on remarque que les grandes lèvres, droite et gauche, sont très hypertrophiées. Au niveau de la partie inférieure de la grande lèvre gauche existe une nodosité du volume d'une noix, de couleur rouge violacé, de consistance dure. Cette nodosité présente à son sommet, un peu en dehors, deux petits orifices fistuleux qui laissent sourdre par pression une petite quantité de pus jaune verdâtre. Un stylet introduit dans ces orifices est arrêté rapidement, bien qu'il semble y avoir de véritables tunnels s'étendant loin de l'orifice d'entrée.

Il existe une formation analogue à la partie tout à fait inférieure de la grande lèvre droite, mais moins saillante et aussi moins indurée. Tous ces orifices infiltrés rappellent assez bien l'aspect des fistules ano-rectales.

Il existe enfin, au pourtour des lésions principales, une série de petites ulcérations superficielles, enduites d'un liquide purulent, jaune verdâtre, mal lié, et quelques saillies papuleuses, non ulcérées, entourées d'une auréole rosée.

L'orifice vulvaire est considérablement rétréci ; c'est à peine si l'index peut être introduit. D'autre part, le pourtour de cet orifice est véritablement cartonné, inextensible et très dur. Dans le vagin, on ne sent nulle part ni irrégularité, ni saillie, ni orifice fistuleux, et cependant, après le toucher, le doigt sort couvert de pus. Le col paraît normal.

L'exploration des diverses régions ganglionnaires ne révèle aucune adénopathie et l'auscultation ne décèle aucune lésion du côté du poumon.

Le diagnostic était difficile. On pouvait penser à l'actinomycose, à la syphilis ou à la tuberculose. Une biopsie fut pratiquée et montra qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses.

*Opération.* — On fait une incision verticale au niveau de la grande lèvre gauche ; on tombe sur des fongosités tuberculeuses et l'on constate que tous les tissus en sont infiltrés ; on fait alors une large périnéotomie transversale et l'on prolonge cette incision sur la grande lèvre droite ; on rencontre partout des fongosités. La sonde cannelée qui explore la région vient sortir dans le vagin, à deux centimètres environ de l'orifice vulvaire ; on sectionne la fourchette sur la sonde pour supprimer ce trajet ; on fait une large cautérisation ignée et l'on tamponne à la gaze iodoformée.

Les résultats de l'opération furent des plus satisfaisants. La cicatrisation se fit assez vite et, au moment où la malade quitta le service, la vulve avait repris sensiblement son aspect normal ; les cicatrices seules restaient très apparentes.

Nous n'avons pu revoir la malade depuis sa sortie de l'hôpital, de sorte qu'il nous est impossible de donner des renseignements sur les suites éloignées de l'intervention.

*Examen histologique.* — (Voir page 873.)

OBSERVATION XXIX. (A. RENAUD, *Revue médicale de la Suisse romande*, 1904, Avril).

Il s'agit d'une enfant de quatre ans qui présentait une tuméfaction rouge bleuâtre de la grande lèvre gauche. La palpation, peu douloureuse, y révélait de la pseudo-fluctuation profonde ; à la partie supérieure de la lèvre et empiétant sur sa face interne, on remarquait une ulcération d'apparence torpide, grosse comme un haricot, creusée en forme de cupule, mettant à nu le canal de Nüch et le ligament rond.

Les bords de l'ulcération, dont le pourtour n'était que modérément infiltré, étaient assez nets, violacés, peu ou pas décollés; le fond en était gris-jaunâtre, recouvert d'une sécrétion sanieuse. La tuméfaction gagnait légèrement la petite lèvre correspondante et, dans le sillon interlabial, on remarquait au-dessous de l'ulcération deux points blanc jaunâtre, lenticulaires, ressemblant à de petits grains de sagou, faisant faiblement saillie au-dessus de la muqueuse. Cette dernière ne présentait pas de réaction périphérique. Les ganglions de l'aîne étaient petits, durs, indolores; leur induration était d'ailleurs due à une cause antérieure.

Le caractère torpide de l'ulcération pouvait faire songer soit à une *nécrose banale*, développée sur un terrain en mauvais état de nutrition, soit à un *ulcère mou à forme atonique*, soit enfin à un *ulcère tuberculeux*, dont la possibilité semblait confirmée par l'existence de deux tubercules interlabiaux.

L'anamnèse n'apportait pas grand secours au diagnostic différentiel. Les parents avaient remarqué un érythème siégeant au pénil, sur la grande lèvre et dans le sillon génito-crural, érythème gênant la marche et forçant l'enfant à se gratter; aucune papule, pustule ou bulle; quelque temps après on constatait une petite perte de substance ayant abouti en trois jours à l'état décrit plus haut.

Devant l'incertitude du diagnostic, l'examen microscopique s'imposait: il révéla la présence d'une grande quantité de *bacilles de Koch*, isolés ou en chatnettes; pas d'autres bacilles, sauf quelques coli communs.

L'état général de l'enfant était excellent et il n'y avait trace de tuberculose nulle part ailleurs; le poumon et l'intestin, notamment, avaient été l'objet d'un examen spécial permettant d'affirmer leur intégrité. Il n'y avait donc pas de doute qu'on eût affaire dans ce cas à une *tuberculose primitive de la vulve*, l'inoculation du bacille ayant fort probablement eu lieu par grattage.

L'ulcération guérit rapidement, en quinze jours, grâce à des attouchements iodés et à des pansements iodoformés.

OBSERVATION XXX. (CHIARABBA, *Giornale di ginecologia e di pediatria*, 1904, n° 22, p. 341).

Il s'agissait dans cette observation d'une malade qui fut réglée régulièrement à quatorze ans, et qui, quatre mois plus tard, vit son ventre augmenter progressivement de volume, de telle manière qu'il atteignit rapidement les dimensions d'une grossesse à terme. Un médecin consulté fit le diagnostic d'ascite et pratiqua la laparotomie. L'ascite ne se reproduisit plus et les règles réapparurent. La malade se maria à vingt ans, et quatre ans plus tard les règles disparurent définitivement.

L'état général était bon. A l'examen on trouva sur les grandes lèvres trois nodosités surélevées, lenticulaires; les petites lèvres, atrophiées et indurées, avaient l'apparence du tissu cicatriciel. Le clitoris était difficilement reconnaissable.

Le col de l'utérus, court et conique, était ulcéré; le corps était volumineux, lisse, peu mobile, douloureux à la pression; la cavité est légèrement dilatée. L'examen microscopique d'un fragment de muqueuse utérine, ramené par curetage, révéla des lésions tuberculeuses caractéristiques. Une des nodosités vulvaires qui fut extirpée, présentait la même structure histologique.

L'auteur pense que, dans ce cas, l'infection tuberculeuse s'est localisée primitivement au péritoine et a envahi secondairement les ovaires, les trompes, puis l'utérus.

OBSERVATION XXXI. (HAMBURGER, *Wiener medizinische Wochenschrift*, 3 Février 1906).

Il s'agissait dans ce cas d'une fillette de trois ans qui fut amenée à l'hôpital pour une adénite inguinale double. Comme cause de la tuméfaction ganglionnaire, on trouva à l'examen une ulcération sur le côté interne de la commissure des petites lèvres. L'ulcération était irrégulière et suppurait peu. On pouvait exclure la blennorragie, le chancre mou et la diphtérie. Sur le conseil de professeur Escherich on rechercha le bacille tuberculeux dans la sécrétion de l'ulcère et on en trouva une grande quantité. Le diagnostic d'une tuberculose génitale primitive se vérifia par la marche ultérieure de l'affection. L'ulcération subsista longtemps sans modification. Les ganglions furent incisés et les plaies sécrétèrent pendant longtemps un pus fluide. L'enfant, qui d'abord paraissait très bien portante, fut bientôt atteinte d'une scrofule grave: conjonctivite phlycténulaire bilatérale, otite suppurative chronique, eczéma humide du pavillon de l'oreille s'étendant ensuite sur la figure, polyadénites et amaigrissement. Les poumons ne présentèrent jamais de symptômes sérieux. L'enfant, envoyée à la campagne, se rétablit merveilleusement. L'ulcération vulvaire guérit, laissant une cicatrice à peine visible; les polyadénites ont disparu.

OBSERVATION XXXII (personnelle et inédite).

Il s'agit, dans cette observation, d'une malade âgée de trente-huit ans, qui fut opérée le 2 Mai 1893, dans le service de mon maître, M. le professeur Pozzi. Il m'a été impossible de retrouver sur cette malade des renseignements cliniques, mais je puis donner une description très exacte des lésions d'après un excellent moulage en cire qui fut fait à cette époque et qui est conservé au musée de la Clinique.

On peut se rendre compte que les lésions portaient exclusivement, dans ce cas, sur les petites lèvres. Les grandes lèvres étaient saines. Les deux petites lèvres étaient transformées en deux volumineux bourrelets, épais de 2 à 3 centimètres. Leur surface était irrégulière, rugueuse, sillonnée de plis et rappelait la peau d'orange; la coloration était rouge sombre, violacée. Au niveau de la partie supérieure de la petite lèvre droite, existait une nodosité saillante, du volume d'une petite noix. A gauche existait une formation analogue,

mais beaucoup plus volumineuse, dont la base s'insérait sur toute la moitié supérieure de la petite lèvre correspondante. La surface était irrégulière et bosselée, parsemée de dépressions et de sillons profonds.

Le capuchon clitoridien était, lui aussi, épaissi et induré; le clitoris en présentait aucune altération (voir Pl. XVIII, fig. 7).

*Examen histologique.* — Cet examen a porté sur des fragments de la tumeur, conservés dans l'alcool par M. Latteux (voir page 877 et Pl. XIX, fig. 8).

## ADDENDUM

Mon travail, destiné à être publié dans le LIVRE D'OR offert à M. le professeur Pozzi, était achevé et composé depuis plusieurs mois déjà, lorsque j'ai eu connaissance de quelques travaux concernant la tuberculose de la vulve, que je voudrais brièvement résumer ici, afin d'être complet.

C'est tout d'abord une observation, déjà ancienne, de K. Bender<sup>1</sup>, qui m'avait échappé dans mes recherches bibliographiques. Cette observation serait un cas typique de *Lupus de la vulve*. En voici d'ailleurs la description : « La grande lèvre gauche, fortement œdématiée, était couverte sur toute son étendue d'ulcérations superficielles masquées elles-mêmes par des croûtes adhérentes, desséchées, d'une coloration brun sale. Au niveau des parties en voie de cicatrisation, on aperçoit de nombreux nodules d'un rouge brun brillant, tantôt ulcérés, tantôt intacts. On reconnaît là les efflorescences primaires caractéristiques du lupus. »

Beaucoup plus important est le travail de Jesionek<sup>2</sup>, dont je n'ai malheureusement pas pu me procurer l'original et que je cite d'après une courte analyse publiée en 1904 dans la *Münchener medicinische Wochenschrift*. Jesionek aurait observé, à la clinique dermatologique de l'Université de Munich, 14 cas de tuberculose de la vulve sur 4.500 malades examinées. La plupart de ces malades avaient présenté ou présentaient encore, au moment de l'examen, une affection tuberculeuse extra-génitale, pulmonaire, osseuse, ganglionnaire ou

1. K. BENDER. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1888, Bd XX).

2. JESIONEK. « Ueber die tuberkulöse Erkrankung der Haut und Schleimhaut im Bereiche der äusseren weiblichen Genitalien, und die Beziehung der Tuberkulose zur Elephantiasis vulvæ. » (*Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*, 1903, Bd II, Heft 1. Analysé in : *Münchener med. Wochenschr.*, 1904, n° 20, p. 885).

autre. D'après l'auteur, la tuberculose primitive de la vulve serait absolument exceptionnelle.

Enfin, tout récemment, Logothetopoulos<sup>1</sup> a publié une observation nouvelle de tuberculose vulvaire dont voici le résumé :

Malade âgée de soixante-quinze ans, entrée à la clinique avec le diagnostic de cancer de la vulve. Régliée à douze ans, elle n'a jamais eu de grossesse; la ménopause s'est établie à trente ans.

A l'examen on trouve, au niveau du méat urinaire, une tumeur saillante du volume d'une amande, de coloration rouge foncée, et dont la surface irrégulière, douloureuse à la pression, saigne au moindre contact. Rien au vagin ni à l'utérus.

La tumeur fut excisée et l'urètre fut réabouché à la peau par quelques points à la soie. L'examen histologique révéla des lésions tuberculeuses typiques. (La planche en couleurs qui accompagne le travail de M. Logothetopoulos est, à cet égard, pleinement démonstrative.) La malade mourut d'épuisement six jours après l'opération; l'autopsie révéla l'existence de tubercules crétacés au niveau du sommet du poumon droit.

M. Logothetopoulos pense qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une tuberculose vulvaire secondaire, dans laquelle l'infection a été transmise, par voie sanguine, du poumon à la vulve.

---

1. LOGOTHETOPOULOS. « Ueber die Tuberkulose der Vulva. » (*Archiv für Gynäkologie*, 1906, Bd LXXIX, p. 316).