

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : Huguier - Jersild
(syndrome de)**

**HUGUIER, Pierre Charles. - Mémoire
sur l'esthiomène ou dartre rongeante
de la région vulve-anaie**

*In : Mémoires de l'Académie de médecine (Paris),
1849, Vol. 14, pp. 501-96*

MÉMOIRE
SUR
L'ESTHIOMÈNE,
OU
DARTRE RONGEANTE DE LA RÉGION VULVO-ANALE,

LU DANS LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE LE 8 FÉVRIER 1848.

PAR P.-C. RUGUIER,

Professeur-Agrégé, Chirurgien de l'hôpital Beaujon, Membre de l'Académie nationale de médecine.

INTRODUCTION.

A voir le silence que les dermatologistes, tels que S. Hafenreffer, Lorry, Willan, Bateman, Alibert, Bielt, MM. Rayet, Cazenave, Schédel, Gibert, etc., gardent sur cette affection, lorsqu'elle occupe la vulve et le périnée, il semblerait que ces parties ne dussent jamais en être frappées.

Les belles recherches de M. Lugol, sur les maladies scrofuleuses sont tout aussi muettes à cet égard, bien que, l'auteur, dermatologiste distingué et profond pathologiste, soit à la tête d'un service considérable, dans l'un de nos établissements hospitaliers des plus importants (1); c'est également en vain que l'on cherche dans nos syphiliographes les plus habiles des notions sur ce sujet.

L'habitude d'envoyer, dans des hôpitaux spéciaux, les femmes atteintes d'affections des organes génitaux, surtout lorsque ces affections sont graves, anciennes, et ont quelque ressemblance avec la syphilis, fait que les praticiens qui s'occupent le plus des maladies de la peau ont rarement eu occasion d'étudier celle qui nous occupe; d'un autre côté, et il faut bien l'avouer, les syphi-

(1) Voyez l'ouvrage tout récemment publié par M. H. Lebert, *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses*, Paris, 1849, p. 270 et suiv.

liographes et les chirurgiens, jusque dans ces derniers temps, étaient si peu versés dans l'étude des maladies de la peau qu'on ne saurait douter, un seul instant, que celle-ci n'ait trompé leur vigilance, et ne soit passée inaperçue au milieu des faits soumis à leur observation. Cependant les nombreuses et profondes analogies qui existent entre l'organisation de la région vulvo-périnéale et celle du visage où cette affreuse maladie est si fréquente, ainsi que les caractères symptomatiques de celle-ci, eussent dû éveiller l'attention des pathologistes ; en effet, dans ces régions qui forment les deux pôles de l'axe organique, où se produisent les plus vives sensations, et où viennent se refléter les émotions, les besoins les plus secrets, nous trouvons une peau mince, fine, délicate, pourvue d'un épiderme pelliculaire, d'un très grand nombre de vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques, d'une quantité innombrable de follicules sébacés, de follicules pilifères, de glandes sudoripares, de conduits sudorifères, ainsi qu'un réseau nerveux qui enlace dans ses mailles multipliées les plus petits reliefs, les moindres enfoncements du tégument de ces régions ; réseaux desquels partent des filets nerveux qui, dans ces points de l'économie, peuvent être suivis à l'œil nu jusque dans les papilles cutanées, dans les follicules sébacés et les bulbes des poils.

L'analogie de structure la plus frappante entre la peau de ces deux régions n'est pas la seule que la nature nous révèle ; elle nous apprend encore que la configuration générale de ces parties du tégument est la même : ainsi, les plis de l'anus, le raphé périnéal (1), les grandes et les petites lèvres, l'hymen, le prépuce du clitoris répondent aux plicatures que forment les lèvres buccales, les paupières, les oreilles, les ailes du nez. Dans ces

(1) Chez la femme, afin de fournir à l'ampliation de la fourchette et du périnée pendant l'accouchement, il est en général plus développé que chez l'homme ; il l'est plus particulièrement encore sur celles qui ont eu plusieurs enfants ; je l'ai vu dans ce cas former un repli cutané qui avait huit à dix millimètres de hauteur.

deux régions ces plis sont formés par la peau seulement, par la peau et la membrane muqueuse, ou bien, par ces membranes et du tissu musculaire.

Sur l'une et sur l'autre, le tégument externe présente des ouvertures naturelles, sur les bords desquelles il se continue, il se confond avec le tégument interne. Ces ouvertures ont cela de commun qu'elles jouissent toutes d'une vive sensibilité, qu'elles sont pourvues d'un anneau musculaire très contractile et d'une couronne vasculaire et nerveuse très développée.

Cette similitude se rencontre jusque dans les tissus sous-jacents, d'un côté, comme de l'autre on trouve :

1° Un tissu cellulaire sous-tégumentaire, souple, doux, composé de cellules adipeuses et séreuses extrêmement lâches, et qui s'infiltré avec la plus grande facilité; à la face existe le peloton cellulo-adipeux sous-malaire, comme à la région vulvo-anale le peloton adipeux ischio-périnéal, masses graisseuses qui sont situées sur les parties latérales de ces régions, en dehors des cavités naso-buccale et vagino-rectale, et qui modifient considérablement la configuration de ces parties, suivant leur développement.

2° Des muscles cutanés qui, venant se fixer par leurs deux extrémités, ou par l'une d'elles, sur le tégument, lui impriment des mouvements propres destinés aux besoins physiques et à l'expression de ces régions;

3° Des filets nerveux qui naissent des extrémités du grand sympathique s'enlacent autour des vaisseaux principaux de ces parties pour y porter le principe des mouvements organiques instinctifs, établir entre ceux-ci et ceux de la vie animale, une corrélation, et faire en même temps retentir au loin sur les divers appareils de la vie organique les sensations dont elles sont le siège;

4° Enfin, des appareils folliculaires et glanduleux situés autour des cavités et des ouvertures de ces deux régions.

De cette ressemblance anatomique devait naturellement découler celle des fonctions ; de part et d'autre nous trouvons une sensibilité tactile des plus vives, sensibilité concentrée principalement au pourtour des ouvertures naturelles et dans certains appareils particuliers. Le privilège dont semble jouir la face à l'égard des sens est en quelque sorte compensé par la présence, à la vulve, du sens le plus vif et le plus impérieux de l'économie, le sens sexuel, qui, bien que principalement concentré dans un organe, irradie au loin, et embrasse dans sa sphère d'activité toute la région vulvo-anales. Là, aussi on observe une circulation toujours très active, d'où une température, en général, plus élevée que sur les autres régions ; des sécrétions folliculeuses et perspiratoires plus abondantes, une teinte rouge plus prononcée et susceptible d'éprouver instantanément les plus grandes variétés. De même qu'au visage, la quiétude, les émotions de l'âme se trahissent par le calme des traits, leur épanouissement, ou bien, leur concentration, leur agitation, leur teinte plus ou moins colorée, de même le calme, les besoins ou les orages des organes sexuels, les désirs lascifs, se reflètent sur la région vulvo-périnéale, et sont dévoilés par l'état d'immobilité, de flaccidité, de pâleur de cette partie, ou par sa turgescence, son injection, l'élévation de sa température, les contractions instinctives ou volontaires de ses muscles qui l'agitent de divers mouvements, froncent ses téguments, les plissent, les concentrent vers l'axe de l'ouverture vulvaire, en même temps qu'elles attirent et abaissent vers cette ouverture l'extrémité inférieure du vagin.

Les contractions des muscles abdominaux, pelviens et pévicruraux viennent compléter l'expression du tableau, comme celles des muscles de la poitrine, des épaules et du col complètent l'expression du visage dans les grandes commotions de l'âme.

La quantité variable de poils qui à l'époque de la puberté viennent poindre sur ces parties complète leur ressemblance.

Il n'est pas jusqu'aux changements de teinte qu'éprouvent les organes génitaux externes, pendant la grossesse, qui n'aient en quelque sorte leur analogue dans la teinte terreuse et blafarde du visage des femmes enceintes, et que l'on désigne vulgairement sous le nom de masque.

Si je ne craignais de fatiguer l'Académie par de trop longs détails, je montrerais que ce n'est pas seulement sous le rapport de leur structure, de leur sensibilité, de leur contractilité, que les ouvertures naturelles de ces deux régions se ressemblent, mais qu'elles ont une destination et des usages communs. Si, en effet, les ouvertures faciales sont destinées à l'expulsion des produits excrémentitiels de la moitié supérieure du tronc et à l'introduction des matières propres à l'entretien de l'individu, les ouvertures vulvo-périnéales sont appelées à donner passage aux produits excrémentitiels de la moitié inférieure du torse et à l'intromission de la substance destinée à l'entretien de l'espèce. Aux ouvertures de la face aboutissent les muqueuses nasale, pulmonaire et digestive, comme à celles de la vulve et du périnée se rendent les muqueuses intestinale, urinaire et génitale. Je montrerais, enfin, qu'au voisinage des unes et des autres se trouvent des appareils glanduleux dont le produit est destiné à entretenir leur souplesse, leur sensibilité, et à faciliter le passage des substances qui doivent les traverser, soit pour sortir de l'économie, soit pour y pénétrer. Mais je m'arrête dans la crainte que l'accessoire n'emporte le principal. Déjà même je craindrais de m'être étendu trop longuement sur cette ressemblance, si d'elle ne ressortait ce grand principe jusqu'à ce jour inaperçu par les praticiens, *la similitude des maladies de la région vulvo-anale avec celles du visage*. Ainsi, on y rencontre très souvent le pityriasis, les éphélides hépatiques, l'érythème, l'érysipèle, l'eczéma, l'herpès, l'acné, l'ecthyma, la couperose, les tannes, l'exdermoptosis folliculaire (1), les tubercules muqueux syphilitiques, les nævi,

(1) Dans un autre mémoire lu il y a un an et demi à l'Académie, j'ai fait voir que ces

les furoncles, les inflammations phlegmoneuses, l'œdème, l'angioloécite, des kystes muqueux, des tumeurs sanguines, des cancers, des névralgies, et, autour d'elles, des ganglions lymphatiques qui reçoivent le contre-coup de ces diverses affections.

Cette sympathie, cette analogie pathologique est si grande pour les tubercules muqueux, que quand il en existe au visage on peut hardiment, dix-neuf fois sur vingt, assurer, sans crainte de se tromper, qu'il s'en trouve sur la région vulvo-anale. Vous avez encore, Messieurs, la contre-preuve de cette ressemblance anatomique, physiologique et pathologique dans cette remarque qu'aucun dermatologiste ne viendra nous contester, c'est que les affections cutanées qui sont rares à la face le sont également à la région vulvo-périnéale, l'un et l'autre terrain n'étant pas propre à leur développement. On ne voit donc pas pourquoi l'esthiomène, qui est une affection de la peau et des tissus sous-cutanés, eût échappé à cette analogie qui donne rendez-vous dans ces régions à une foule de dermatoses. Il y a plus, c'est qu'on devrait s'étonner s'il en était autrement. Mais nous allons démontrer que non seulement l'exception n'existe pas, mais encore que toutes les variétés et les complications de cette horrible maladie se montrent ici comme au visage. L'activité de ces deux régions, leurs fréquentes et énergiques stimulations sont probablement aussi des causes pour lesquelles les mêmes affections s'y rencontrent.

dernières affections ne sont pas rares à la vulve, bien que les auteurs les aient passées sous silence, lorsqu'elles occupent cette partie.

DE L'ESTHIOMÈNE DE LA VULVE ET DU PÉRINÉE.

Nous préférons désigner cette maladie sous le nom d'*esthiomène*, d'*herpes exedens*, de *dartre rongante*, celui de *lupus* ayant été d'abord employé par Paracelse et les anciens pathologistes pour désigner les ulcères atoniques et variqueux des extrémités inférieures qui n'ont aucun rapport avec l'affection qui nous occupe.

Hippocrate, Galien, Celse, et plus tard Guy de Chauliac, s'étaient déjà servi des noms de *επιπρω*, *εσθιομενος*, qui donnent une idée parfaite du principal caractère de l'affection ; aussi conserverons-nous cette dénomination qui a pour elle l'antériorité et nous paraît plus scientifique.

Cette maladie chronique, qui tient le milieu entre l'éléphantiasis des Arabes, la syphilis, le cancer et la scrofule, quand elle n'est pas essentiellement de cette dernière nature, est caractérisée par la teinte plombée ou violacée des parties, leur déformation, leur induration et épaissement, leur ulcération, destruction, hypertrophie et infiltration simultanées, de telle sorte que les orifices et les canaux qu'offre la région vulvo-anale peuvent être en même temps ulcérés, agrandis et rétrécis, ses sillons, ses replis cutanés et muqueux plus développés, épaissis, et le siège d'ulcérations et de cicatrices plus ou moins étendues et profondes, sans douleurs ni élancements, sans menacer directement la vie ni même porter de longtemps une atteinte profonde à la constitution.

Elle s'observe ordinairement chez la femme adulte, depuis vingt jusqu'à cinquante ans. Une seule fois j'ai eu occasion de la rencontrer chez une jeune fille de douze ans qui était atteinte d'une syphilide serpigineuse héréditaire et d'esthiomène scrofuleux sur plusieurs points de l'économie ; celui de la vulve ne s'y était pas développé primitivement, mais s'y était étendu de la

partie supérieure et interne de la cuisse qui en était atteinte. Il serait à désirer que les médecins chargés de soigner les maladies des enfants, et surtout ceux attachés au service des scrofuleux, voulussent bien fixer leur attention sur ce point de la science. J'ai eu occasion de l'observer sur deux femmes âgées, l'une de cinquante ans et l'autre de cinquante-deux. Longtemps auparavant elles avaient été atteintes d'esthiomène et en portaient encore des stigmates. La plupart de nos malades étaient lymphatiques ou offraient des traces d'affection scrofuleuse ; deux étaient d'une organisation délicate et nerveuse ; deux autres présentaient les apparences d'une bonne constitution et les attributs d'un tempérament sanguin. Ces deux dernières étaient domestiques, peu soigneuses de leur personne, et avaient plusieurs années auparavant contracté, dans des rapports sexuels, une affection vénérienne qui disparut spontanément.

Une autre malade, qui était d'un tempérament lymphatique, qui avait une petite fille scrofuleuse, attribuait sa maladie à une chute dans laquelle la vulve vint frapper sur l'angle d'un tabouret. Enfin l'une d'elles attribuait le développement de sa maladie à des frottements réitérés causés eux-mêmes par des démangeaisons irrésistibles.

La misère et la malpropreté, l'habitation dans des lieux insalubres, entrent probablement pour beaucoup dans le développement de cette maladie, puisque jusqu'à ce jour nous ne l'avons observée que sur des malheureuses qui étaient obligées d'avoir recours à nos établissements hospitaliers. C'est encore là un rapprochement avec l'esthiomène de la face. Ici, comme pour cette dernière région, l'esthiomène semble reconnaître pour cause essentielle une altération des humeurs déterminée par le vice scrofuleux, ou par celui-ci et le virus syphilitique dégénéré, mitigé ; aussi est-il quelquefois difficile de porter un diagnostic très précis, l'esthiomène offrant dans quelques circonstances des caractères de l'une et de l'autre affection, tant au visage

qu'à la région vulvo-anale. Lorsque la maladie a paru être le résultat d'une circonstance accidentelle, comme chez deux de nos malades, on trouve dans la constitution ou dans les habitudes du sujet le secret de son développement.

L'organisation spéciale du tégument de ces deux régions et l'activité de leurs fonctions ne peuvent évidemment être considérées que comme des causes prédisposantes.

Non seulement cette maladie n'est pas très rare sur les organes génitaux externes, mais on peut y rencontrer les trois espèces principales, soit isolées, soit réunies, qui ont été admises par Bielt sous les noms de :

1° *Lupus* qui détruit en surface; 2° *lupus* qui détruit en profondeur; 3° *lupus* avec hypertrophie. C'est cette division adoptée par Alibert sous des noms divers, mais basée sur les progrès, les ravages et les complications que produit l'affection, que nous prendrons pour base de notre description.

PREMIÈRE ESPÈCE. — *Esthiomène superficiel, ambulante ou serpiginieux.*

Il s'observe principalement sur le mont de Vénus, la face externe des grandes lèvres, dans les plis génito-cruraux, les parties latérale et antérieure du périnée, vers les extrémités postérieures des grandes lèvres. Il peut n'occuper que quelques unes de ces parties ou les atteindre toutes à la fois. Il offre lui-même deux variétés.

Première variété, que je désignerai volontiers sous le nom d'*esthiomène érythémateux*. La peau, sans présenter de tubercules ni d'élevures ou indurations circonscrites, devient d'un rouge obscur uniforme, ou d'un rouge violacé très prononcé, ou même d'un rouge bleuâtre. Il semblerait que la totalité de son système capillaire, mais surtout de son système capillaire veineux, ait éprouvé de l'affaiblissement, une sorte de dilatation dans laquelle le sang séjourne, se désoxygène et se *cyanose*. En effet, une pression sur ces parties suffit, en chassant le sang qu'elles

renferment, pour faire disparaître cette teinte morbide et rendre au tégument sa couleur naturelle. La peau reste ordinairement sèche, n'est le siège d'aucune éruption soit vésiculeuse, bulleuse ou pustuleuse; elle est légèrement tendue et luisante; ses mille petits sillons et plicatures sont effacés; sa sensibilité à la pression est un peu plus grande qu'à l'état normal; sa surface est quelquefois couverte, non de croûtes, mais de petites écailles épidermiques grisâtres, blanchâtres, variables dans leurs dimensions et plus ou moins détachées. On ne rencontre ces écailles ou lamelles que sur les points de la peau exposés au contact de l'air, au haut du pubis, sur le bord libre et externe des grandes lèvres. L'épaisseur du tégument semble être augmentée, excepté sur certaines parties: ce sont celles où la maladie commence à décroître; car c'est une chose assez remarquable que, bien que cette affection n'ait pas déterminé d'ulcération de la peau, elle la laisse, après la guérison, plus mince qu'avant son développement. Ça et là, au milieu de la rougeur brune ou bleuâtre générale, on observe quelquefois des points plus rouges, lenticulaires, comme papuleux, souvent couverts à leur centre d'une légère lamelle épidermique; le tissu cellulaire sous-cutané est légèrement tuméfié et infiltré, ce qui altère un peu la forme de la vulve. La malade n'éprouve habituellement aucune cuisson, aucune chaleur anormale dans ces parties. Le moment des règles, les rapports sexuels, la fatigue, causent une exaspération passagère qui amène des cuissons, mais jamais une douleur véritable. Cette variété coexiste le plus ordinairement avec les autres espèces d'esthiomène; elle les entoure.

Deuxième variété: Esthiomène superficiel et tuberculeux. C'est surtout à celui-ci que convient la dénomination de serpigneux. Dans les deux circonstances où j'ai eu l'occasion de l'observer seul, séparé des autres espèces de la maladie, il avait commencé à la partie interne de la grande lèvre par trois ou quatre tubercules; dans un cas, ces tubercules étaient isolés, séparés les uns

des autres par un intervalle de 7 ou 8 millimètres; dans l'autre cas, ils étaient confluents, se confondaient presque par leur base.

Ces points tuberculeux sont larges, peu élevés, d'un rouge sombre ou mieux d'un rouge violacé, ovalaires ou arrondis. Quelques uns, moins bien circonscrits, se perdent graduellement sur les parties voisines; ils sont mous, non douloureux au toucher; par instants seulement, mais surtout lorsque les malades ont commis des écarts de régime, ont fatigué, ne se sont pas entretenus dans un état de propreté convenable, elles y éprouvent un sentiment de malaise, de prurit, quelquefois une véritable démangeaison qui les porte à se gratter avec leurs ongles, à y exercer des frottements plus ou moins rudes avec leur linge. La peau qui les sépare est saine, ou bien elle est légèrement élevée, comme épaissie, boursoufflée, injectée; elle offre même parfois les caractères de l'esthiomène érythémateux.

Les tubercules restent dans cet état pendant un temps très long, diminuant ou s'étendant, suivant les circonstances et les conditions dans lesquelles se trouvent les malades. A la longue, ils s'élargissent, leurs bases se rapprochent; ils se confondent ou ne sont plus séparés que par de faibles intervalles; ils finissent par se ramollir, suppurer à leur centre, puis s'ulcérer spontanément ou sous l'influence de coups d'ongles et des frottements réitérés des malades. Ils forment alors autant de petites ulcérations distinctes, plus ou moins circulaires, ou une seule plus étendue, peu profonde, de forme très variable, à bords irréguliers, déchiquetés, ansiformes, qui envoient vers la surface ulcérée des éperons, des prolongements qui quelquefois se portent d'un point de la circonférence de l'ulcère à l'autre; aussi cette surface suppurante est elle-même inégale. Ici l'ulcération a détruit toute l'épaisseur de la peau, et son fond, plus déprimé, est formé par le tissu cellulaire sous-cutané; là les couches superficielles du tégument sont seules atteintes, et le fond formé par les couches

cellulo-fibreuses du derme pénètre moins profondément. La teinte de cette ulcération est blafarde, d'un rouge sombre ou violet. Si elle offre quelques points d'un rouge plus vif, quelquefois d'un rouge franc, ce sont les plus saillants, ceux qui semblent bourgeonner ou végéter de la surface de l'ulcère et qui se trouvent plus directement en contact avec l'air. Cette surface est rarement fongueuse et putrilagineuse ; elle est mamelonnée, granulée ou villeuse à la manière de ce velours grossier généralement connu sous le nom de *velours d'Utrecht*. Elle est recouverte d'une légère pellicule organique qui semble être une sorte d'épithélium ; rarement elle est baignée par un véritable pus ; souvent cette sanie est produite en si faible quantité que l'ulcération paraît sèche, et l'est en effet, si elle siège sur une partie exposée au contact de l'air. Il faut également cette condition pour qu'elle se couvre d'une croûte qui, lorsqu'elle existe, est en général peu épaisse ; les bords luisants, d'une teinte violacée, sont peu élevés et à peine indurés ; ils se confondent insensiblement avec la peau des parties voisines. En dedans, du côté de l'ulcère, loin d'être épais, grisâtres, taillés à pic, décollés en dessous, ils sont minces, affaissés, offrent la teinte de l'ulcère avec la surface duquel ils se perdent graduellement ; quelquefois même ils sont au-dessous du niveau de sa surface. Ils ne sont jamais décollés ; ils offrent souvent quelques lamelles blanchâtres qui sont le produit de sanie desséchée ou d'un épiderme imparfait qui tend à s'y former ; ces derniers caractères des bords s'observent surtout lorsque les ulcérations sont petites, isolées.

Lorsque la maladie a duré dans cet état pendant huit ou dix mois, un an et quelquefois plus, elle envahit les parties voisines, et surtout la partie inférieure et externe de la vulve. Ce progrès se fait d'une manière lente, insensible, je dirais presque insidieuse. Elle détruit le tissu molécule à molécule ; ou bien d'autres tubercules se développent dans son voisinage et finissent par suivre la marche de ceux que nous venons de décrire, c'est-à-

dire par produire une ulcération qui bientôt se confond avec l'ulcère primitif qui prendrait des dimensions effrayantes, si, à mesure qu'il s'étend d'un côté, il ne se détergeait et ne se cicatrisait sur les parties qu'il a primitivement atteintes. Une cicatrice mince, luisante, lisse, polie ou inégale, bridée, mamelonnée et épaisse, pâle, blanchâtre, rouge, lui succède. Ces différents aspects de la cicatrice, qui peuvent s'observer sur la même personne, s'expliquent parfaitement d'après la durée, la marche de la maladie, la profondeur variable à laquelle elle a pénétré, et le moment auquel on l'examine. C'est cette tendance, cette faculté de la maladie à s'étendre d'un côté, pendant qu'elle se cicatrise de l'autre, qui justifie sa dénomination d'esthiomène serpigineux.

Un fait remarquable et qui montre encore toute la similitude qui existe entre l'esthiomène de la vulve et celui de la face, c'est qu'après avoir duré pendant un temps plus ou moins long, six mois, un ou deux ans, sur les parties qu'il a atteintes en dernier lieu, il les abandonne pour se montrer de nouveau à son siège primitif et détruire entièrement les points du tégument qu'il n'avait d'abord fait qu'effleurer; puis, parcourant rapidement cette voie qui lui est connue, cette surface sillonnée et cicatricielle, il en atteint les dernières limites qu'il recule ensuite péniblement, soit par une destruction lente et graduelle, soit par l'apparition de nouveaux tubercules qu'il projette sur la partie supérieure et interne de la cuisse, sur le périnée ou la partie antérieure et interne de la fesse, en dedans de la tubérosité de l'ischion; de telle sorte qu'il oscille dans le périmètre vulvo-périnéal qu'il n'abandonne qu'à la longue ou peut-être jamais. Le retour sur des parties déjà frappées explique comment une ulcération esthioménales est quelquefois entourée de cicatrices, bien qu'elle soit en voie de progrès, et lorsqu'il existe plusieurs ulcérations, comment elles sont rattachées les unes aux autres par une surface ou des traînées cicatricielles, les unes anciennes,

affaissées, blanches, pâles et faibles, les autres épaisses, saillantes, dures, violettes ou bleuâtres et plus ou moins récentes. De là résulte cette figure, cet aspect particulier et en général repoussant de la maladie.

Les cicatrices n'offrent les derniers caractères que nous venons d'indiquer que lorsqu'elles sont récentes, lorsque l'affection, tout en restant longtemps sur un même point, n'a atteint que les couches superficielles du derme : les couches profondes, ainsi que les lames sous-cutanées du tissu cellulaire, se sont pendant ce temps épaissies et indurées.

DEUXIÈME ESPÈCE. — *Esthiomène perforant.*

Il peut exister avec les deux autres espèces ou seul, sans que nous puissions préciser le genre de lésions dont il a été précédé, les malades ayant réclamé nos soins lorsque déjà la maladie était avancée : toutes nous ont assuré l'existence préalable d'un écoulement vulvo-vaginal, mais peut-être celui-ci n'était-il que le résultat de l'affection déjà développée et qui avait échappé à l'observation de la malade. Cette supposition est d'autant plus admissible que jusqu'à ce jour nous n'avons observé cette espèce d'esthiomène que sur les parties cachées des organes génitaux externes : nous sommes encore à en voir un exemple sur le mont de Vénus, le bord libre et la face externe des grandes lèvres.
 x Son siège de prédilection paraît être le vestibule, les environs du méat urinaire, la fourchette, les parties latérales de l'entrée vulvaire, l'extrémité inférieure du vagin, l'anus et l'extrémité inférieure du rectum.

Il débute en attaquant une seule de ces parties d'où il se porte sur les autres, ou en se manifestant sur plusieurs d'entre elles à la fois.

Lorsque la maladie siège au vestibule, j'ai vu l'ulcération pénétrer jusque vers la face antérieure du ligament sous-pubien, après avoir détruit toutes les parties molles qui séparent le cli-

toris de l'urètre. Quelquefois l'ulcération tournait autour de ce canal pour arriver jusqu'à l'extrémité inférieure de la paroi antérieure du vagin. L'urètre ainsi ménagé faisait une saillie flottante au milieu de l'ulcère, et ce n'était qu'avec peine et après des tâtonnements que je pouvais rencontrer son ouverture placée au centre d'une masse fongueuse, sanguinolente et comme pédiculée. Une autre fois il faisait au centre de l'ulcération une saillie creuse analogue au pavillon d'une trompe. Dans un troisième cas, l'ulcère embrassait en fer à cheval les parties latérales et inférieure du méat urinaire.

L'urètre lui-même, ainsi que les parties environnantes, est quelquefois détruit jusqu'au point où le canal traverse l'aponévrose moyenne du périnée. L'ulcère représente alors un infundibulum irrégulier, arrêté dans sa marche progressive par l'aponévrose et le ligament sous-pubien; la partie la plus profonde de cet ulcère infundibuliforme se continue avec le tiers supérieur du canal, seule portion de ce conduit qui ait échappé à la destruction. (Pl. 2, fig. 2, F.)

Lorsque l'affection débute derrière le méat urinaire par le tubercule de la colonne antérieure du vagin, elle détruit une plus ou moins grande partie de la paroi correspondante de ce conduit, rampe le long de la paroi inférieure de l'urètre, de la base de la vessie, tend à s'introduire, à se prolonger entre ce réservoir et la paroi vaginale, et donne ainsi naissance à une cavité accidentelle à fond ulcéré, qui est séparée de la cavité du vagin par une sorte de soupape irrégulière formée par la paroi antérieure qui, détachée, tombe en arrière et masque ainsi la cavité du canal, au point que, lorsqu'on écarte les lèvres vulvaires pour examiner les parties, l'œil n'aperçoit que la cavité accidentelle, et que le doigt, porté au milieu d'elles pour les explorer, tombe infailliblement dans ce sinus anfractueux d'où il ne peut sortir qu'en se dirigeant en arrière et en bas, de manière à passer au-dessous de l'éperon irrégulier et frangé que forme la paroi vaginale an-

térieure détachée : un spéculum porté dans ces parties se fourvoie de la même façon. Si la maladie siège sur les côtés de l'entrée vulvaire, elle détruit, perfore, détache les nymphes, s'ape de dedans en dehors les grandes lèvres, détruit les caroncules, les parties latérales de l'extrémité vulvaire du vagin, finit par atteindre les glandes vulvo-vaginales et le tissu cellulaire sous-muqueux, et forme un sinus irrégulier qui s'étend le long de la partie latérale du vagin. (Pl. 2, fig. 2, HH, pl. 3, fig. 2, FF.) En arrière, elle détruit la fourchette, la fosse naviculaire, toute l'épaisseur du conduit, arrive dans le tissu cellulo-musculaire du périnée, puis remonte le long de la cloison recto-vaginale, en formant entre l'extrémité inférieure du rectum et celle du vagin un cul-de-sac à parois ulcérées, inégales et en tout semblable à celui que nous avons décrit en avant, entre la paroi vaginale antérieure et le fond de la vessie. Ce cul-de-sac, que l'on pourrait appeler recto-vaginal, est limité en avant par la paroi postérieure du vagin coupée en bas, décollée en arrière et ramenée vers le centre de la cavité par l'élasticité et la contractilité des tissus. Lorsqu'on touche ces malades, le doigt ne manque pas de tomber dans la cavité de l'ulcère, d'où il ne peut sortir pour pénétrer dans la véritable cavité vaginale qu'en se portant en avant, au-dessous, puis au-dessus de l'éperon formé par la paroi postérieure du canal. (Pl. 2, fig. 1 et 2, pl. 2, fig. 2.) Quelquefois l'esthiomène perforant produit de tels dégâts, que l'extrémité inférieure du vagin, dans toute sa circonférence, est détachée de l'entrée de la vulve et décollée à une hauteur plus ou moins considérable sur son pourtour, de telle sorte qu'elle devient libre et forme une saillie au milieu des parties ulcérées. Le centre même de cette saillie présente une ouverture irrégulière et étroite qui conduit dans la cavité vaginale; le rétrécissement n'a guère que 6 ou 7 millimètres de hauteur. Une fois franchi, le doigt reconnaît que la cavité du vagin et ses parois ont leurs dimensions et leur consistance normales. (Pl. 2, fig. 1, 2, J.) C'est surtout dans ce

cas que l'introduction du doigt ou du spéculum devient difficile.

Les mêmes ravages peuvent se produire autour de l'anus, vers l'extrémité inférieure du rectum. Très souvent même la maladie atteint ces deux parties à la fois (pl. 2, fig. 3), et une communication fistuleuse s'établit entre les deux conduits : j'ai même vu une fistule se former ainsi entre le vagin et le périnée. Ces perforations établissent encore une analogie avec l'esthiomène de la face, qui quelquefois perfore les ailes du nez, le pavillon de l'oreille et même la joue. J'en ai vu dernièrement un exemple sur une ancienne infirmière de la Salpêtrière. Ces ulcérations, faisant des progrès plutôt en profondeur qu'en surface, sortent rarement des limites profondes de la vulve et du périnée ; aussi ne sont-elles habituellement visibles qu'en écartant les parties. Par suite de la tendance qu'elles ont à creuser, leurs bords sont le plus ordinairement épais, taillés à pic, dentelés, quelquefois légèrement décollés en dessous ; ils ne sont pas élevés au-dessus du niveau des parties voisines ; ils ont même une teinte semblable, c'est-à-dire qu'ils sont violets ou blafards, plombés, comme infiltrés et transparents ; la surface ulcérée est grisâtre, unie ou granulée. Au bout de quelques jours de soins, ou sous l'influence de simples lotions, elle devient luisante, lisse, d'un rouge violacé, et se tapisse d'une sorte de pellicule ; elle ne laisse suinter qu'une sérosité purulente, aqueuse, peu épaisse, mais jamais de pus ; jamais non plus ces ulcères ne se couvrent, comme au visage, de croûtes plus ou moins épaisses, ce qui tient à ce qu'ils ne sont pas exposés, comme ceux de ce dernier, à des courants d'air et qu'ils sont souvent baignés par le produit des sécrétions génito-urinaires.

Les tissus qui environnent l'ulcère et souvent ceux qui supportent son fond sont épaissis, infiltrés, légèrement indurés ; leur sensibilité est obtuse, quelquefois même ils sont hypertrophiés et transparents dans une certaine étendue. Il résulte de cet état que les plis, les saillies normales de l'anus et de la vulve

sont déformés, plus développés, et qu'ils contribuent ainsi, par cette disposition, à masquer la destruction qui est au-dessus. Une autre conséquence toute naturelle de cet épaissement des parties qui avoisinent immédiatement l'ulcération, c'est le rétrécissement de la cavité du vagin ou de celle du rectum, au-dessus du point malade, d'où la difficulté de la rencontrer et d'y pénétrer d'emblée. Il n'est pas rare de trouver ces deux cavités rétrécies simultanément. Chez une malade (obs. 8), le tissu cellulaire qui entoure immédiatement le rectum était épaissi, induré, devenu presque fibreux, dans une étendue de plus de 6 centimètres, au-dessus de la partie malade de l'intestin ; de sorte que cette portion du rectum était rétrécie, plissée, revenue sur elle-même, bien qu'elle fût saine, comprimée qu'elle était, de dehors en dedans, par le tissu cellulaire induré, mais non cancéreux (1).

× Les malades ne souffrent pas ou très peu ; la fatigue, le coït ne sont pas même douloureux, à moins qu'ils ne soient poussés à l'excès ; la pression exercée avec le doigt ou le spéculum ne cause pas davantage de douleur.

Les progrès de cet ulcère sont extrêmement lents. Pour qu'il acquière une profondeur de 1 ou 2 centimètres, sur une largeur proportionnelle, il faut un an, un an et demi, deux ans et quelquefois plus ; il ne s'étend jamais par bonds, mais use peu à peu, parcelle par parcelle, les tissus qui forment ses bords et son fond. Lorsque le principe morbide s'est en quelque sorte épuisé dans un point, ou lorsqu'il n'y rencontre plus que des éléments inattaquables, ou bien lorsqu'à force de soins l'ulcère vient à se déterger et à se cicatriser, la cicatrice est excessivement mince, pelliculaire, rouge et luisante. L'entrée de la vulve, celle de l'anus ou de l'urètre sont alors rétrécies, bridées comme

(1) Comme au visage, on voit quelquefois de petits abcès se former dans les parties qui avoisinent l'ulcère, abcès qui viennent s'ouvrir sur la surface ulcérée ou dans son voisinage et se convertissent fréquemment en fistules : la malade que nous venons de citer nous en offrait aussi un exemple.

celles de la bouche, des fosses nasales ou des paupières qui ont été le siège de la même altération.

TROISIÈME ESPÈCE. — *Esthiomène hypertrophique.*

Dans les deux précédentes, nous avons vu qu'au phénomène principal de la maladie, la destruction des parties, se joignait assez souvent un certain degré d'épaississement, d'induration et de développement des tissus environnants. Ici, au contraire, l'exubérance des parties malades, leur développement hypertrophique, loin d'être un phénomène accessoire, forment le caractère éminent de l'affection, et les mots *esthiomène* et *hypertrophie*, bien qu'ayant un sens étymologique tout à fait différent, ne sont pas étonnés de se rencontrer pour désigner une affection qui, en même temps qu'elle détruit, ramollit, laboure, sillonne les tissus dans un point, les développe, les fait bourgeonner et s'indurer dans un autre. Ils donnent parfaitement une idée du génie particulier de la maladie. Nous serons obligé, pour présenter un tableau fidèle de cette espèce, de la diviser aussi en deux variétés.

Première variété : Esthiomène hypertrophique végétant. — Dans ce cas, au bout d'un temps plus ou moins long de la durée d'un esthiomène superficiel, érythémateux ou tuberculeux, on voit naître sur un ou plusieurs points de la peau violette et épaissie une foule de petites tumeurs végétantes, pisiformes, mamillaires, lisses, polies, luisantes, rouges ou violacées; quelques unes sont quelquefois grisâtres, plombées; elles ne dépassent que rarement le volume d'un pois; les plus considérables égalent assez bien, tant pour l'aspect que pour la dimension, les fruits du cormier. (Pl. 4, fig. 1, EEE.) Elles sont sessiles ou tout au plus supportées par une partie très légèrement rétrécie; mais, dans aucun cas, nous ne leur avons vu présenter un véritable pédicule; jamais non plus elles ne se ramifient à la manière des végétations syphilitiques; elles sont résistantes, élastiques, recouvertes

ou, pour mieux dire, enveloppées d'un prolongement de la peau qui, là, est plus mince que sur les parties voisines. On dirait, et c'est ce qui semble en effet avoir lieu, que la peau est poussée de dedans en dehors par ces productions cellulo-vasculaires qui peuvent être simplement placées les unes à côté des autres, ou tellement pressées les unes sur les autres qu'elles forment dans leur ensemble une tumeur framboisée ou mamelonnée. Ces tumeurs incisées, on reconnaît qu'elles sont formées, au-dessous de leur enveloppe cutanée, d'un tissu cellulaire dense, serré et très vasculaire; elles sont loin d'être fongueuses et mobiles sur leur base, comme les fongosités qui s'élèvent des anciens ulcères ou des cautères; elles ne saignent pas non plus aussi facilement que ces derniers, qui n'offrent pas leur régularité et ne sont pas comme elles enveloppées d'un véritable tégument; elles ressemblent beaucoup aux petites tumeurs tuberculeuses et pisiformes que l'on voit s'élever des vieux vésicatoires. D'autres fois, c'est de la surface de la peau ulcérée, par exemple dans le cas d'esthiomène superficiel et tuberculeux, que l'on voit naître une masse végétante. Les tubercules qui, dès le principe, étaient groupés les uns à côté des autres, s'enflamment, prennent un accroissement considérable, forment une tumeur plus ou moins élevée et irrégulière, se ramollissent, suppurent, s'ouvrent, s'ulcèrent; les couches superficielles du derme sont détruites, les profondes, ainsi que les lames cellulo-fibreuses qui séparent ces couches du tissu cellulo-adipeux sous-cutané, s'épaississent, s'indurent, s'hypertrophient et produisent une foule de végétations qui forment des petites tumeurs arrondies, sphériques, conoïdes, cylindriques ou capitées, composées elles-mêmes d'autres petites masses dont l'aspect chagriné, granulé et comme villosité annonce encore un degré de subdivision. Ces petites tumeurs ne se dichotomisent et ne se ramifient pas comme les végétations syphilitiques; elles ne sont pas lisses, tendues, comme les précédentes, luisantes, résistantes et enveloppées par le tégu-

ment, mais elles sont seulement recouvertes de la plus mince pellicule; aussi lorsqu'elles sont débarrassées de la sanie grisâtre qu'elles produisent et du sang qu'elles laissent exhaler avec la plus grande facilité, loin de présenter une masse d'un rouge sombre, çà et là grisâtre ou brunâtre, elles offrent une surface anfractueuse, sillonnée et finement granulée, d'un rouge vif ou d'un rouge violacé. Les points granulés et d'un rouge vif, qui ont au plus 1 millimètre d'étendue, sont formés par le sommet des petites granulations ou des villosités. (Pl. 3, fig. 1.) Autour de cette surface exubérante la peau est épaissie et villeuse; le fond qui la supporte et la sépare du tissu adipeux sous-cutané est fibreux et offre à l'affection une barrière presque infranchissable. L'esthiomène végétant présente donc deux sous-variétés: dans la première, il y a végétation mamillaire de la peau et du tissu cellulaire sans ulcération; dans la seconde, une foule de petites végétations granuleuses et villeuses de la peau préalablement ulcérée.

Deuxième variété: Esthiomène hypertrophique œdémateux ou éléphantiasique. — Dans cette variété, la maladie emprunte son principal caractère d'une complication particulière, de l'induration et de l'infiltration chroniques des tissus, lésions qui dépendent le plus souvent, comme l'a démontré M. Alard, d'une inflammation chronique des vaisseaux lymphatiques (1), et qui peuvent être aussi produites par les obstacles à la circulation veineuse, comme le prouvent les expériences de Lower et les recherches de Haller (2), Rayer, Gaide (3), Bouillaud (4) et Cruveilhier (5).

(1) Voyez les belles et savantes recherches de M. Alard sur le siège et les causes de l'éléphantiasis des Arabes, de l'œdème dur, de la hernie charnue, du péricol, de la maladie glandulaire des Barbodes, 2^e édition. Paris, 1824. 1 vol. in-8 avec fig.

(2) *Elementa physiologiae.*

(3) *Archives générales de médecine*, année 1828, t. XVIII.

(4) *Archives générales de médecine*, t. VI.

(5) Ce dernier place le siège de l'érysipèle, qui, à la face et aux organes génitaux, est presque constamment accompagné d'œdème, dans le réseau veineux cutané.

Il ne faut pas perdre de vue que l'espèce d'esthiomène que Bielt appelle *lupus avec hypertrophie* n'est que l'esthiomène superficiel compliqué d'infiltration, d'œdème chronique, et que, de son aveu même, il n'a jamais observé cette affection qu'au visage qui, dans les inflammations aiguës ou chroniques qui l'envahissent, est très fréquemment frappé d'œdème. Nous avons été souvent à même de nous convaincre que les individus atteints d'esthiomène sont très sujets à l'érysipèle, et que ce n'est ordinairement qu'après la manifestation plus ou moins réitérée de cette maladie, que se montrent l'œdème chronique, l'induration et l'espèce d'hypertrophie que nous signalons. Ces dernières affections sont elles-mêmes la conséquence d'un obstacle à la circulation veineuse, d'une phlébite ou d'une angioloécite, de telle sorte que la filière des accidents que présente le malade est celle-ci : esthiomène, érysipèle, quelquefois sans érysipèle, phlébite ou angioloécite, ou les deux en même temps ; puis œdème, induration et hypertrophie (1).

J'ai, dans ce moment, salle Saint-Ferdinand, n° 5, une jeune fille âgée de dix-neuf ans, qui confirme parfaitement ce que j'avance ; depuis longtemps elle a une carie à la deuxième phalange du gros orteil gauche, une carie des deux métatarsiens du même pied, un abcès froid tuberculeux à la jambe gauche, un esthiomène superficiel tuberculeux de la jambe et de la cuisse gauches, et de plus un éléphantiasis des Arabes au pied, à toute la jambe et au bas de la cuisse correspondante. Cet éléphantiasis ne s'est manifesté qu'après deux érysipèles qui se sont successivement développés au pied et à la jambe, en prenant leur point de départ autour des fistules du pied. Ce qu'il y a de curieux et de très important, pour notre opinion, c'est qu'elle est en même temps atteinte d'esthiomènes superficiels à la joue

(1) Je voudrais, pour ce dernier état, trouver un autre mot, car ce n'est pas là une hypertrophie pure et simple qui détermine seulement l'exubérance des parties, mais bien un développement pathologique.

gauche, à la cuisse droite, esthiomènes qui n'ont pas encore été compliqués d'érysipèle ou d'inflammation des vaisseaux et des ganglions lymphatiques; aussi ne se montrent-ils pas sous la forme d'esthiomènes hypertrophiques. Nous avons fréquemment observé avec Alibert, Bielt, MM. Gibert et Cazenave, que la plupart des malades atteints d'esthiomène avec hypertrophie sont des individus à fibres molles, lymphatiques et éminemment scrofuleux, chez lesquels les affections du système absorbant sont, comme on le sait, très fréquentes et très variées.

Tout ce qui arrive au visage arrive encore plus facilement à la vulve, où les tissus sont en général plus mous, plus souples, le tissu cellulaire, en particulier, encore plus lâche, plus séreux, les lymphatiques plus abondants, les veines plus nombreuses et souvent variqueuses.

Aussi, lorsque l'une des espèces d'esthiomène que nous avons décrites plus haut existe, il arrive souvent que la région vulvo-périnéale devient le siège d'une inflammation érysipélateuse, que le réseau vasculaire lymphatique et les ganglions inguinaux auxquels il se rend s'enflamment et s'engorgent, que les veines honteuses externes qui traversent la masse ganglionnaire enflammée pour se rendre au golfe de la veine crurale sont comprimées; d'où la gêne des circulations veineuse et lymphatique, le trouble de l'absorption, l'engorgement et l'infiltration qui sont encore accrus par la surabondance des liquides séreux et nutriciaux qu'y appelle l'irritation; il y a ici tout à la fois une sorte d'hydropisie active et passive.

Alors, les deux grandes lèvres, ou l'une d'entre elles seulement, doublent, triplent, quintuplent de volume; masquent, dérobent l'entrée vulvaire; forment des tumeurs ovalaires, fermes, élastiques, d'une consistance égale dans toute leur étendue, non douloureuses, même à la pression qui y marque difficilement une empreinte, sensibles à l'extérieur sous l'influence des piqûres ou des scarifications, insensibles à l'intérieur; c'est-à-dire,

une fois que l'instrument a traversé la peau, on peut le faire jouer dans l'épaisseur de la tumeur, sans causer de souffrance à la malade. Ces tumeurs sont d'un rouge sombre, bleuâtre ou violacé, quelquefois marbré, glabres, tendues, polies, surtout vers leur face interne; leur face externe est plus dure, plus pâle, d'une teinte fauve, et offre quelquefois des lamelles grisâtres et des indurations tuberculeuses; il n'est pas rare de leur voir présenter, principalement vers leur base, des flexuosités veineuses qui varient en nombre et en étendue. Les nymphes s'épaississent, s'infiltrent, s'allongent au point de dépasser de 6 ou 7 centimètres et plus le bord libre des grandes lèvres et de former une ou deux tumeurs qui peuvent avoir le volume d'un gros œuf de dinde, et qui présentent les mêmes caractères que celles formées par les grandes lèvres; seulement elles sont plus douces, plus unies, et n'offrent pas d'écaillés, de lamelles blanches ou grises. Le prépuce du clitoris peut offrir les mêmes altérations. Les caroncules qui n'ont pas été détruites par la maladie prennent des dimensions plus considérables, et obturent l'entrée du vagin; le raphé est souvent développé et saillant, au point de former une crête inégale, dentée, ayant 1 ou 2 centimètres de hauteur, ou une tumeur ovaire, rouge, luisante, et étendue de la fourchette à l'anus, dont les plis épaissis, saillants et indurés, forment des tumeurs qui ont une grande analogie avec les condylômes syphilitiques, pour lesquels elles sont prises par un grand nombre de praticiens. La réunion de plusieurs de ces plis forme une masse anfractueuse, sillonnée et tuberculeuse, au milieu ou sur les côtés de laquelle on trouve l'ouverture anale. (Pl. 1, fig. 1, 2, pl. 3, fig. 2.)

Lorsqu'une ou plusieurs de ces diverses tumeurs existent depuis longtemps, très souvent il se développe, sur leurs parties les plus saillantes, non des végétations à proprement parler, mais des exubérances, des excroissances pisiformes, lisses, tendues, recouvertes par la peau et la membrane muqueuse, et en tout semblables à celles que nous avons décrites. (Pl. 4, fig. 1, EEE.)

La dissection montre que toutes ces masses qui ont rendu les plis de la région vulvo-anale presque méconnaissables sont formées extérieurement par la peau ou la membrane muqueuse, épaissies et indurées intérieurement par du tissu cellulaire séreux, jamais gras, dont les lames devenues serrées, épaisses, semi-fibreuses, opaques, d'un gris jaunâtre ou blanchâtre, renferment une sérosité roussâtre ou une sérosité louche, analogue au petit-lait; quelquefois ce liquide est limpide, plus épais, plus glutineux qu'à l'état normal: aussi il ne suffit pas d'inciser la tumeur pour le voir s'épancher, il faut encore exercer sur elle une pression. On trouve çà et là quelques lames, quelques faisceaux fibreux qui, partis des couches profondes du derme, vont se perdre, et en quelque sorte se ramifier dans la masse. On y rencontre quelquefois des veines assez volumineuses placées sous la peau, jamais d'artères autres que quelques petites artérioles cutanées; il en est de même des nerfs.

Lorsqu'on examine ces parties au microscope, ainsi qu'une portion de l'esthiomène perforant, on les trouve composées de trois couches. La première est formée de cellules épithéliales pavimenteuses, offrant un noyau central circulaire ou ovale ayant tous les caractères des cellules de l'épiderme.

La deuxième est formée de fibres fusiformes à noyau mêlées à des amas de cellules épithéliales et à quelques faisceaux de tissu cellulaire.

La troisième, centrale, est formée par un tissu plus mou, plus vasculaire, plus filamenteux; elle est surtout composée de tissu cellulaire proprement dit, de vaisseaux et de quelques fibres à noyau, avec quelques lamelles épidermiques. (Observation huitième.)

Cette infiltration hypertrophique que nous avons décrite plus haut a été une ou plusieurs fois précédée ou accompagnée de l'inflammation et de l'engorgement d'abord aigu, ou ensuite chronique, des ganglions inguinaux, qui à cette période de la maladie

forment des tumeurs plus ou moins volumineuses, inégales, bosselées et indolentes. Si toute la vulve est prise d'infiltration dure, on rencontre constamment ces engorgements ganglionnaires dans les deux aines; s'il n'y a qu'un seul côté malade, c'est dans l'aine correspondante; si enfin l'infiltration hypertrophique existant des deux côtés, elle est plus forte et plus ancienne d'un côté que de l'autre, c'est dans l'aine qui correspond à la partie la plus malade que l'on trouve l'engorgement ganglionnaire le plus ancien et le plus volumineux; celui-ci vient-il à diminuer ou à disparaître, l'on voit l'infiltration et l'œdème des lèvres subir consécutivement la même amélioration. Ce sont là, pour le rappeler en passant, autant de preuves qui prouvent que cette principale complication de l'esthiomène tient surtout à une lésion du système lymphatique. A cette période de l'affection, ce ne sont pas seulement les replis extérieurs de la région vulvo-anale qui s'indurent, s'infiltrant et s'hypertrophient, mais encore les parois du vagin et du rectum, ainsi que leurs replis muqueux, de telle sorte que la lumière de la partie inférieure de ce conduit est considérablement rétrécie; le doigt y pénètre avec difficulté, et sent, dans le rectum surtout, des crêtes, des saillies, des tubérosités fermes, résistantes, élastiques qui simulent la dégénérescence cancéreuse. Fréquemment aussi, à cette époque, à part l'hypérémie passive, l'inflammation tuberculeuse des téguments, leur excoriation ou ulcération esthioménale, il se manifeste dans les plis génito-cruraux, les nympho-lobiaux, entre les plis de l'anus, vers la base des tumeurs, des crevasses, des fissures à bords taillés à pic, à fond grisâtre ayant 2 ou 3 millimètres de profondeur, et qui laissent écouler un liquide séro-purulent qui, se mêlant aux liquides utéro-vagineux, tache de la manière la plus répugnante le linge des malades, sans parler de l'odeur désagréable qu'elles exhalent.

En voilà, certes, plus qu'il n'en faut pour masquer les caractères de l'affection, et faire que parmi les praticiens les uns la

prennent pour une maladie vénérienne, les autres pour une dégénérescence cancéreuse ou un éléphantiasis des Arabes, suivant que l'ulcération, le gonflement hypertrophique ou le rétrécissement avec induration des parties sont plus ou moins prononcés et différemment combinés. Il peut arriver, et nous en rapporterons plus bas des exemples, qu'à la vulve, comme à la face, les trois espèces d'esthiomène se rencontrent simultanément, sur le même individu. C'est alors que les organes sexuels offrent un aspect repoussant, et que le médecin se sent pris de découragement en présence d'un mal qui n'a plus rien laissé de normal ni de sain dans la configuration et la structure des parties, dont la déformation rappelle les monstrueuses destructions, les hideuses tuméfactions et les horribles cicatrices du nez, des joues, des lèvres, des paupières et des oreilles des personnes affectées d'esthiomène de la face.

Nous n'avons vu que très rarement cette maladie, quelque ancienne et quelque grave qu'elle fût, déterminer des troubles fonctionnels généraux sérieux; la plupart de nos malades avaient même conservé de l'embonpoint, et quelques unes de la fraîcheur.

Il y a plus, c'est que cette affection détermine très peu de troubles fonctionnels locaux. Ainsi, les malades n'éprouvent ordinairement aux organes génitaux ni élancement, ni douleur, ni chaleur insupportables; les menstrues continuent à être régulières; les rapports sexuels, la miction, les évacuations alvines, la marche s'accomplissent facilement. Seulement lorsque autour de l'urètre ou à la face interne des nymphes, il existe des ulcérations, des crevasses, des fissures; lorsqu'une ou deux tumeurs volumineuses pendent entre les cuisses; lorsque enfin le vagin et le rectum sont très rétrécis et indurés, l'émission des urines, par leur contact et leur séjour sur les ulcérations, est suivie de cuissons et de douleurs, la marche devient pénible, les rapports sexuels et les évacuations alvines deviennent difficiles, douloureux ou impossibles: c'est alors que

nous avons vu les malades maigrir et se décourager, les fonctions digestives et respiratoires se déranger, la diarrhée colliquative survenir, et la mort arriver dans le marasme le plus complet. Sur les deux malades que nous avons vus succomber nous avons trouvé le canal intestinal criblé d'ulcérations, et le péritoine enflammé. Dans les esthiomènes érythémateux tuberculeux et dans l'hypertrophique végétant, les ganglions inguinaux peuvent être sains, et la malade n'y éprouver aucune sensation anormale. Cependant, dans la majorité des cas, ces glandes lymphatiques sont légèrement engorgées, tuméfiées d'un seul ou des deux côtés, suivant l'étendue de la maladie, et elles sont le siège d'un sentiment pénible ou de quelques douleurs vagues.

Les femmes atteintes d'esthiomène vulvaire ne communiquent aucune affection aux personnes avec lesquelles elles ont des rapports, et les liquides purulents secrétés par les parties irritées ou ulcérées, inoculés avec la lancette ou déposés sur des parties saines et excoriées, ne donnent naissance à aucun fâcheux résultat ; la piqûre, l'excoriation guérissent tout aussi promptement que celles qui n'ont point été souillées : tout récemment encore, j'ai pu me convaincre de ce fait sur une de mes malades de l'hôpital Beaujon.

Diagnostic. — Cette affection, dont la marche est essentiellement chronique et la durée fort longue, puisque je n'en ai rencontré que deux cas qui n'eussent pas plusieurs années d'existence (1), est souvent confondue, ai-je dit, avec la maladie vénérienne, le cancer, l'éléphantiasis des Arabes, la simple hypertrophie de la vulve, etc. Etablissons les différences qui existent entre les diverses espèces d'esthiomène et ces quatre affections.

Nous commencerons par mettre de côté l'esthiomène érythémateux, qui n'a pas la moindre analogie avec aucune d'elles.

1° *Maladie vénérienne.* Les quatre symptômes de cette maladie qui ressemblent le plus à l'affection qui nous occupe, et qui ré-

(1) La plus récente que j'aie observée durait depuis six mois.

pendent à trois de ses variétés, sont les tubercules, les végétations, les condylômes et les ulcérations syphilitiques.

A. L'*esthiomène superficiel tuberculeux* ressemble, sous plusieurs rapports, à la syphilis tuberculeuse, mais plus particulièrement à la syphilide à tubercules muqueux, à la syphilide tuberculeuse en groupes irréguliers et à la syphilide serpigineuse.

Les tubercules muqueux diffèrent des tubercules de l'esthiomène en ce que, dès le principe, ils se montrent aussi souvent et peut-être plus souvent sur la portion de la vulve recouverte par la membrane muqueuse que sur celle recouverte par la peau. Ils sont, en général, plus nombreux; ils se manifestent d'emblée, sans injection, ni inflammation, ni épaissement préalable des parties qui les entourent; tandis que les tubercules esthioméniaux sont habituellement entourés et séparés par des portions de tégument qui sont injectées, épaissies, érythémateuses. Les tubercules muqueux, sauf les premiers jours de leur apparition où ils sont quelquefois rouges, convexes, luisants, sont plats, grisâtres, ramollis et chagrinés à leur surface; ils exhalent une sanie grisâtre ou d'un gris jaunâtre abondante et d'une odeur nauséabonde *sui generis*. Ils se développent et se multiplient en peu de temps; leur marche est en quelque sorte aiguë, relativement à celle des tubercules de l'esthiomène.

Les tubercules muqueux viennent-ils à s'ulcérer, c'est plutôt une exulcération du centre ou d'un des points de la circonférence de leur surface, qu'une véritable ulcération; il en résulte de petites excoriations qui ne dépassent jamais les limites des tubercules ni de la peau, et ne peuvent, à cause de leur peu d'étendue et de profondeur, être prises pour les véritables ulcérations qui succèdent aux tubercules esthioméniaux. De plus, les tubercules muqueux, lorsqu'ils durent depuis longtemps à la vulve, se groupent, se tassent non seulement sur toute la région vulvo-anale, mais font irruption sur les parties environnantes sous forme de *syphilide tuberculeuse disséminée*.

Enfin, quelques soins de propreté, des lotions astringentes, des onctions avec l'onguent mercuriel, et surtout quelques légères cautérisations avec le nitrate d'argent, les font disparaître, au moins momentanément, en très peu de jours, ce qui n'arrive pas pour ceux de l'affection que je décris.

Lorsque les tubercules muqueux ont été nombreux, volumineux, élevés; qu'ils ont appartenu à l'ordre de ceux que j'appelle tubercules muqueux végétants, ils laissent sur les organes génitaux, lorsqu'ils commencent à guérir et à se dessécher, des taches irrégulières continues plus ou moins étendues et d'un rouge bleuâtre ou violacé, parsemées d'élevures formées par la base des tubercules en voie de guérison. Entre ces élevures tuberculeuses, la peau est non seulement d'une teinte violette, mais elle est • devenue plus épaisse et plus ferme. L'aspect général des organes génitaux, et surtout de la portion de ces organes recouverte par la peau, est alors tout à fait celui de l'esthiomène érythémateux et tuberculeux. On évitera l'erreur en prenant des renseignements sur les accidents concomitants, sur la durée de la maladie, sur l'état des organes qui a précédé celui qu'on observe, sur les moyens thérapeutiques qui ont été employés depuis quelque temps, et en se rappelant que les tubercules de l'esthiomène sont habituellement recouverts de pellicules ou d'écailles épidermiques blanches, grises ou brunâtres qu'on ne retrouve jamais sur les élevures des tubercules muqueux en voie de guérison.

Tubercules syphilitiques en groupes irréguliers et syphilide serpiginieuse. — Je n'ai jamais vu ces symptômes de la syphilis exister seuls sur les organes génitaux ou débiter sur eux. Dans le peu de cas où je les y ai observés, ils s'y étaient en quelque façon traînés, après avoir duré pendant un temps plus ou moins long, sur les parties environnantes. Sur une seule malade j'ai vu la syphilide serpiginieuse commencer dans le pli génito-crural droit, s'étendre de là à la partie supérieure et interne de la cuisse vers la tubérosité de l'ischion; mais il existait en même temps chez

elle deux autres plaques de syphilide serpiginieuse, une au milieu de la fesse droite, l'autre au flanc gauche, et des végétations à la vulve. Les tubercules syphilitiques à l'état tuberculeux sans ulcération sont plus saillants, plus arrondis, plus durs, plus unis à leur surface, souvent même d'une teinte cuivrée, terreuse ou café au lait. La peau qui les entoure offre la même coloration, est fréquemment le siège d'une tuméfaction douloureuse et inflammatoire. Nous avons vu, au contraire, que les tubercules de l'esthiomène sont supportés par une peau bleuâtre, violette ou blafarde, soulevée par une sorte de tuméfaction œdémateuse du tissu cellulaire.

A la période d'ulcération, les deux affections sont plus faciles à distinguer. Les tubercules syphilitiques, une fois qu'ils se mettent à se ramollir, donnent assez promptement naissance à des ulcères étendus qui dépassent l'épaisseur de la peau dont la surface sanieuse est grisâtre, jaunâtre, pultacée. Cette surface sécrète abondamment un pus épais, jaunâtre ou une matière sanieuse et verte; elle est le plus ordinairement recouverte d'une croûte épaisse, brune ou noire, très adhérente par ses bords qui, du côté de l'ulcération, sont taillés à pic, souvent décollés du côté de la peau, sont tuméfiés, élevés, renversés en dehors et entourés d'une auréole d'un rouge cuivré.

Les ulcérations de la syphilide serpiginieuse, moins la profondeur, offrent les mêmes caractères; elles abandonnent leur siège primitif et s'étendent beaucoup plus promptement sur les parties voisines que l'esthiomène tuberculeux, qui ne quitte que très rarement, pour ne pas dire jamais, le périmètre vulvo-anal.

B. *Esthiomène hypertrophique végétant*. — La première sous-variété, celle qui consiste en de petites tumeurs polies, luisantes, mamillaires, formées par la peau non ulcérée et le tissu cellulaire sous-cutané, offre de grandes analogies, tant sous les rapports de son siège, de son aspect, de sa consistance, que sous celui de son organisation avec les condylômes syphilitiques. Elle diffère

de ceux-ci en ce que la peau qui supporte ces tumeurs est depuis plus ou moins longtemps atteinte d'esthiomène érythémateux ou tuberculeux ; quelquefois des deux, au même moment que ces tumeurs esthioménales sont beaucoup plus petites, plus arrondies, non ulcérées, et surtout plus nombreuses que les condylômes syphilitiques qui, habituellement situés autour de l'anus au nombre d'un, deux ou trois, forment chacun une tumeur ovalaire, d'un volume variable, présentant presque constamment une ulcération fissurale sur son extrémité anale. Ce dernier caractère est de la plus grande valeur, bien qu'il ait échappé à l'attention des auteurs. De plus, les condylômes ont une direction qui répond à celle des plis de l'anus ou de la vulve dont ils sont une simple hypertrophie, et qu'on ne retrouve pas ordinairement dans les autres tumeurs. Quelquefois il arrive, avons-nous dit, que ces dernières se tassent, se groupent les unes sur les autres autour de l'anus, et forment par leur réunion, leur ensemble, une ou deux tumeurs qui peuvent avoir le volume et la disposition générale d'un condylôme ; mais chacune d'elles diffère de celui-ci en ce qu'elle est formée d'une multitude de petites tumeurs pisiformes, séparées les unes des autres par des scissures profondes.

La deuxième sous-variété de l'esthiomène végétant, celle qui consiste dans la manifestation sur la surface ulcérée de la peau d'une foule de petites végétations granuleuses et villeuses, diffère des végétations vénériennes en ce qu'elle ne donne pas naissance, comme ces dernières, à des masses sphériques, saillantes, volumineuses, pédiculées et allant en se dichotomisant et se ramifiant à la manière de la tête du chou-fleur ; elle forme seulement une plaque, une surface végétante. Enfin, si l'on écarte et renverse les végétations vénériennes pour en reconnaître l'implantation, on voit qu'elles sont supportées par une peau saine ou presque saine qui se prolonge, en s'amincissant, sur la tumeur, et se ramifie comme elle en formant autant de petits tubes ou pédi-

cules qui renferment une artère, une veine et du tissu cellulaire. La peau d'où part la végétation n'est ni indurée, ni épaissie, ni ulcérée; au contraire, la masse des végétations esthioménales non seulement est supportée par une surface ordinairement ulcérée, mais elle est entourée par un cercle ulcéré et induré.

Le sommet de la tête des végétations syphilitiques, examiné à la loupe et au microscope, se montre formé, de l'extérieur à l'intérieur, de trois couches: épiderme, derme et tissu cellulaire vasculaire. Quelquefois même, à l'œil nu, on distingue parfaitement les deux premières couches qui ne se rencontrent pas dans les végétations esthioménales; ces dernières sont, au reste, beaucoup plus souples et plus finement granulées à leur sommet.

C. *Esthiomène perforant*. — Il ne peut être confondu qu'avec des chancres déjà bien développés ou des ulcérations vénériennes constitutionnelles.

Les chancres diffèrent de l'ulcération esthioménale par leur antécédent, qui est un coït suspect et en général récent, par leur marche et leur extension rapides, par leur physionomie, leur transmissibilité, leur inoculation facile, l'état sain ou simplement inflammatoire des parties qui les entourent et les supportent, ainsi que par la présence très fréquente de bubons aigus qui le plus souvent suppurent et donnent naissance à un pus inoculable. A la vérité, le chancre induré n'offre pas la plupart de ces caractères, et se rapproche davantage de l'ulcération de l'esthiomène dont il diffère cependant par son peu d'étendue, sa circonscription bien franche, sa situation élevée, le peu d'espace qu'occupent l'infiltration et l'induration des parties qui le supportent et l'entourent. Cette induration est si bien limitée qu'elle forme une espèce de noyau ou de *nodus* au milieu des parties saines; au contraire, dans l'esthiomène, l'induration et l'infiltration qui entourent l'ulcère sont diffuses et répandues au loin. On se gardera de confondre des chancres phagédéniques avec l'esthiomène, comme je l'ai vu faire par

quelques personnes, peu de temps après que j'eus découvert cette maladie. Il nous semble qu'il suffit d'être prévenu de la possibilité de cette erreur pour l'éviter.

Les ulcérations vénériennes constitutionnelles sont extrêmement rares sur les parties des organes génitaux qu'occupe l'esthiomène perforant. Sous ce rapport, la membrane muqueuse vulvo-vaginale diffère de celle de l'isthme du gosier et du pharynx, qui en est fréquemment atteinte.

Ces ulcérations font des progrès rapides, comparés à ceux de l'esthiomène; leur fond est fongueux, très inégal, sa teinte grise persiste jusqu'au moment où elles commencent à se cicatrifier; leurs bords sont rouges, opaques, enflammés, élevés et renversés en dehors, sans être boursoufflés. Elles produisent un pus d'un jaune grisâtre ou verdâtre; au bout de quelques jours de soins, un pus d'un blanc jaunâtre, épais et bien lié; tandis que les ulcérations de l'esthiomène ne produisent jamais qu'une sérosité sanieuse. Elles sont accompagnées d'une induration et d'une infiltration des parties molles voisines, d'un rétrécissement des canaux, lésions qu'on n'observe pas habituellement dans les ulcérations vénériennes. Les cicatrices de ces dernières forment des brides blanches et souvent saillantes; celles de l'esthiomène sont plates, rouges ou violettes. Enfin la facilité et la rapidité avec lesquelles guérissent les incisions et même les plaies avec perte de substance, faites sur les parties qui sont le siège de l'esthiomène et sur celles qui les entourent, bien qu'elles soient infiltrées et indurées, établissent une grande différence non seulement entre cette affection et la maladie vénérienne, mais encore entre elle et le cancer.

En dehors de ces caractères différentiels locaux qui, pour être saisis, demandent une attention soutenue et un examen minutieux, sans s'en laisser imposer par l'état repoussant des parties, il en est d'autres que je désignerai sous le nom de *caractères diagnostiques généraux*, et qui sont composés des commémoratifs,

des concomitants et de l'action thérapeutique des moyens qui ont été employés.

Ainsi, les personnes qui sont atteintes de maladie vénérienne avouent, en général, lorsqu'on a su les convaincre du désir que l'on a de leur être utile, qu'elles ont contracté cette maladie ou qu'elles ont eu des rapports avec des personnes malades. Les individus atteints d'esthiomène sont ordinairement d'une constitution faible, lymphatique ou même scrofuleuse, offrent quelquefois sur divers points de l'économie des stigmates de l'affection strumeuse; celles qui sont atteintes d'accidents vénériens appartiennent indistinctement à toutes les constitutions. Il est très rare qu'un individu qui est atteint de l'un des symptômes de la maladie vénérienne qui simule l'esthiomène ne soit pas en même temps atteint d'autres symptômes syphilitiques bien prononcés, tels que syphilides, angines syphilitiques, tubercules muqueux aux lèvres, aux commissures buccales, aux ailes du nez, iritis, douleurs ostéocopes, exostoses, périostoses, etc. Enfin les accidents vénériens, et principalement les tubercules muqueux, les syphilides tuberculeuses, serpigineuses, les ulcérations vénériennes, etc., s'amendent et guérissent promptement sous l'influence des sudorifiques, des mercuriaux, des préparations arsenicales, tandis que ces agents thérapeutiques échouent ou même aggravent les accidents esthioménaux. L'iodure de potassium, qui est utile dans les deux affections, a une efficacité bien plus prompte, beaucoup plus prononcée contre la syphilis que contre l'esthiomène.

Cependant, malgré tous ces caractères différentiels locaux et généraux, il y aura toujours des cas dans lesquels un praticien consciencieux et même très éclairé se trouvera fort embarrassé pour se prononcer tout de suite sur la nature de l'affection, et qui nécessiteront une étude attentive et prolongée, avant de porter sur eux un diagnostic certain, si tant est qu'il puisse jamais y arriver.

En effet, les caractères locaux de l'une et de l'autre maladie ne sont pas toujours si nets, si tranchés, qu'ils ne puissent se rapprocher et en quelque sorte se confondre.

Quant à l'inoculation, elle n'est pas toujours un moyen certain. Nous savons parfaitement aujourd'hui qu'il n'y a parmi les accidents vénériens que les chancres et quelquefois les tubercules muqueux qui soient naturellement inoculables; les chancres ne le sont même que dans leurs deux premières périodes. Un individu peut donc cohabiter avec une femme atteinte d'accidents vénériens primitifs et constitutionnels à la vulve, sans être infecté et sans qu'on soit en droit d'en conclure que cette femme n'a pas la syphilis. L'inoculation artificielle est encore moins probante.

Pour les caractères diagnostiques généraux, nous dirons que les maladies peuvent être assez légères, assez dépourvues d'intelligence, pour ne pouvoir donner des renseignements précis sur ce qui leur est arrivé, sur la manière dont leur maladie s'est développée, sur les changements qu'elle a subis, sur les remèdes qui ont été employés et sur les effets que ceux-ci ont produits; que souvent les femmes sont atteintes, à leur insu, d'accidents vénériens primitifs, sans parler de celles qui déguisent la vérité; que, cet antécédent existât-il (les accidents vénériens primitifs), ce ne serait pas une raison suffisante pour en conclure que la maladie qu'on observe est nécessairement syphilitique: c'est ce qui avait eu lieu chez plusieurs de nos malades qui n'en avaient pas moins une affection différente de la maladie vénérienne; qu'il n'est pas rare de voir des femmes fortes, vigoureuses, être atteintes d'esthiomène; que, par contre, la syphilis constitutionnelle, au lieu d'être plus rare chez les femmes faibles, lymphatiques ou scrofuleuses, est, au contraire, toutes choses égales d'ailleurs, plus fréquente et plus tenace que chez celles d'une constitution opposée; qu'il peut arriver, et cela se voit de temps en temps, qu'une malade porte des accidents syphilitiques constitu-

tionnels sur un seul point de l'économie, qu'il faut se garder de juger trop promptement à *juvantibus et curantibus*, l'expérience nous démontrant tous les jours que les mercuriaux et les remèdes dits *antisyphilitiques* échouent ou amendent à peine des accidents vénériens bien caractérisés et sur la nature desquels on ne peut conserver aucun doute; qu'enfin, et nous en avons un grand nombre d'exemples dans notre hôpital, les maladies vénériennes et scrofuleuses sont souvent entées sur le même individu: c'est ce que nous avons déjà observé deux fois dans l'espèce. A ces difficultés nous ajouterons les nombreuses analogies qui existent entre les deux affections, lesquelles leur servent de lien commun et les font prendre l'une pour l'autre. Ainsi toutes deux sont des maladies essentiellement chroniques, héréditaires ou accidentelles, susceptibles de disparition spontanée sous l'influence du régime et des soins hygiéniques; toutes deux sujettes à récidiver sans cause évidente, souvent très rebelles à l'action du médicament, déterminant la destruction ou le développement hypertrophique des tissus sur lesquels elles siègent, offrant l'une et l'autre des variétés qui se correspondent, telles que tubercules, végétations, tumeurs hypertrophiques, ulcérations, engorgements chroniques des ganglions inguinaux, avec ou sans infiltration, etc. C'est donc sur l'ensemble des faits, sur la physionomie de la maladie qu'il faut baser son opinion.

2° *Cancer*. Les esthiomènes érythémateux et tuberculeux diffèrent assez du cancer pour ne pas être confondus avec lui. Il n'en est pas de même des esthiomènes perforant, végétant et hypertrophique œdémateux, qui jusqu'à ce jour, lorsqu'ils n'ont pas été pris pour une maladie vénérienne, ont été regardés comme des cancers squirreux de la vulve et de l'extrémité inférieure du vagin. L'erreur n'est jamais plus facile que quand ces trois espèces sont réunies sur la même personne.

Dans le cancer, la destruction ulcéralive envahit aussi bien les grandes, les petites lèvres, le clitoris, le mont de Vénus, le

périnée, que l'entrée de la vulve et l'extrémité inférieure du vagin. Ce sont, au contraire, ces deux dernières parties qui sont principalement détruites dans l'esthiomène, tandis que les autres sont ménagées. Très souvent et en peu de temps le cancer perforé les cloisons recto-vaginale, vagino-vésicale, et produit des fistules stercorales ou urinaires; nous n'avons pas encore rencontré de fistule urinaire chez les femmes atteintes d'esthiomène, bien que quelques unes fussent malades depuis cinq, six et sept ans. L'ulcération cancéreuse fait des progrès beaucoup plus rapides que l'ulcération esthioménaie : son fond est plus fongueux, irrégulier, présente çà et là des parties saillantes et comme disposées à s'en détacher; elle exhale une odeur infecte et presque *sui generis*, produit une bien plus grande quantité de liquide sanieux, grisâtre, sanguinolent, laisse même écouler, soit spontanément, soit sous l'influence de la plus légère pression, du plus faible effort, une plus ou moins grande quantité de sang. Les petites tumeurs mamillaires et pisiformes de l'esthiomène végétant, qui ont quelque analogie avec les tubercules cancéreux cutanés ou sous-cutanés qui entourent une tumeur cancéreuse, sont plus nombreuses, moins dures, plus saillantes que ces derniers et se développent sur une surface qui est le siège d'un esthiomène érythémateux ou tuberculeux. Si l'on enlève une de ces petites tumeurs, on reconnaît qu'elle est formée uniquement, à l'intérieur, de tissu cellulaire. Dans le cancer, l'induration qui entoure les parties dégénérées est plus dense et plus élastique. Les malades éprouvent en général des douleurs vives et lancinantes, l'esthiomène ne fait pas souffrir.

Les ganglions lymphatiques inguinaux, qui peuvent être altérés dans les deux maladies, ne le sont pas de la même manière : dans le cancer, ils sont beaucoup plus durs; ils ont presque perdu toute leur élasticité et leur compressibilité; ils sont inégaux et tuberculeux à leur surface, ils sont devenus eux-mêmes cancéreux; très souvent les ganglions qui sont dans les canaux crural,

inguinal et au-dessus sous le péritoine, de la fosse iliaque, sont pris, ce que je n'ai jamais observé dans l'esthiomène.

La marche du cancer est plus rapide; il n'est pas susceptible comme l'esthiomène de guérir quelquefois, soit radicalement, soit momentanément sous l'influence des remèdes internes ou de simples topiques; il est entendu que nous exceptons les caustiques. Enfin, au bout d'un certain temps, le cancer produit dans toute l'économie une foule d'altérations désignées sous les noms communs de diathèse et de cachexie cancéreuses qu'on n'observe jamais dans l'esthiomène, même le plus grave. Si, enfin, malgré ces caractères, on éprouvait encore quelque embarras, l'examen microscopique d'une portion enlevée de la partie malade aplanirait aussitôt toute difficulté: le cancer étant formé de tissus anormaux; l'esthiomène, au contraire, de tissus analogues à ceux que l'on trouve dans l'économie. Ces différences diagnostiques prouvent aussi la différence de ces deux affections que quelques praticiens pourraient être portés à considérer comme identiques.

3° *Éléphantiasis des Arabes.* — L'esthiomène hypertrophique œdémateux est le seul qui puisse être confondu avec l'éléphantiasis: comme dans cette dernière affection, il y a, en effet, induration, épaissement des téguments, infiltration, œdème chroniques du tissu cellulaire, épaissement, opacité, transformation albuginée, et même fibreuse des lames du tissu. Mais il faut bien se garder de prendre l'effet pour la cause: dans l'éléphantiasis simple, l'infiltration, l'induration, l'hypertrophie sont essentielles, se sont manifestées avec un érysipèle, une lymphite vulvo-inguinale sur des organes préalablement sains; tandis que dans le cas dont il s'agit ces lésions sont précédées depuis un temps plus ou moins long de tous les symptômes de l'une des espèces d'esthiomène, ou même des trois espèces réunies, et servent à les distinguer de celui-ci. Les parties éléphantiasiques fussent-elles enlevées, il n'en resterait pas moins les altérations esthioménales avec tous leurs caractères et leurs progrès possi-

bles : c'est ce que nous avons vu chez une de nos malades, chez laquelle la maladie avait été dans le principe considérée comme une hypertrophie de la vulve compliquée d'une maladie vénérienne. (Voyez l'observation n° 9 de la nommée Cur... Mar...) Les parties hypertrophiées enlevées, il resta les altérations esthioménales qui furent simplement amendées ; sept mois après la malade rentra à l'hôpital avec un esthiomène hypertrophique des plus manifestes. Dans un cas de dartre rongeanse vulvaire, compliquée de l'infiltration chronique appelée éléphantiasis des Arabes, les commémoratifs et les accidents concomitants lèveront tout de suite les doutes.

4° *Hypertrophie de la vulve.* — Nous pouvons répéter ici ce que nous venons de dire pour l'éléphantiasis, savoir, que l'hypertrophie qui a lieu dans le cas qui nous occupe est consécutive à l'esthiomène, et non essentielle ; qu'elle complique cette affection, mais ne la constitue pas. D'ailleurs, dans une véritable hypertrophie, comme dans le tablier des Hottentotes, dans le clitoris volumineux des tribades, dans le développement anormal des caroncules, ces parties sont saines, elles ne diffèrent que par leur grand développement ; elles ne se couvrent ni de végétations ni d'éminences mamillaires. Les tissus qui les composent n'ont subi aucune altération, aucune modification dans leur structure ; leur couleur, leur consistance sont les mêmes ; elles ne sont ni infiltrées ni ulcérées ; il n'y a pas d'engorgement des ganglions inguinaux correspondants aux parties hypertrophiées. Aussi, Desruelles fils, qui publia l'observation de Cur... Mar... (observation neuvième), lorsqu'elle était dans le service de l'un de mes collègues, ayant méconnu sous le développement énorme des nymphes les caractères de l'esthiomène, donna à cette maladie le nom d'hypertrophie particulière de la vulve, sentant bien que ce n'était pas à une hypertrophie simple qu'il avait affaire (1). Il n'est pas rare de voir les parties qui entourent l'es-

(1) *Archives générales de médecine*, mars 1844, 4^e série, t. IV, p. 314. Depuis cette

thiomène, et celles qui en sont le siège, être atteintes d'érysipèle, d'érythème simple, d'eczéma, d'herpès ou d'ecthyma, qui en modifient l'aspect et augmentent l'embarras du praticien, si surtout c'est pour la première fois que la malade s'offre à son observation. Lorsque l'affection est ancienne, elle se complique d'inflammation des parties contenues dans l'excavation pélvienne, d'entérite, de colite, d'ulcérations intestinales et de péritonite aiguë ou chronique.

Pronostic. — L'esthiomène vulvaire est une affection extrêmement grave, plus grave même que celui de la face. Si, d'un côté, les malades qui sont frappées de cette affection ne sont pas comme celles qui ont le visage atteint un objet involontaire et

époque nous avons revu plusieurs fois les deux malades dont Desruelles a publié les observations, et nous pouvons certifier que ces femmes, qui ne sont pas encore guéries, n'étaient et ne sont pas atteintes de maladies vénériennes. Nous concevons à peine comment l'un des rédacteurs des *Archives* a pu, sans avoir vu les malades, soutenir, contre l'opinion de Desruelles, qu'elles étaient atteintes d'une affection syphilitique, et cela, parce que deux ans auparavant, chez une jeune fille qui avait toute la vulve enflammée, deux chancres indurés, les grandes lèvres et la cuisse droite couvertes de tubercules muqueux, il avait observé que la grande lèvre gauche était un peu augmentée de volume et que celle du côté opposé présentait au moins un volume triple. Comme si la maladie vénérienne était seule susceptible de déterminer une tuméfaction chronique de la vulve. Le gonflement considérable des grandes lèvres qui accompagne très souvent les tubercules muqueux (pustules plates), surtout lorsqu'ils sont nombreux et anciens, tient non seulement à l'inflammation chronique du derme, mais principalement à l'engorgement multiple des ganglions lymphatiques inguinaux. C'est au point que je n'ai presque jamais trouvé un grand nombre de tubercules muqueux sur la région vulvo-périnéale sans engorgement ganglionnaire, et le côté de la vulve le plus volumineux correspondait constamment à l'engorgement inguinal le plus considérable. L'embonpoint dont jouissent en général les femmes masque souvent le gonflement des ganglions, qui est très manifeste au toucher et échappe à l'œil; mais il ne faut pas oublier que toute inflammation ou toute autre lésion de la vulve et des parties circonvoisines peuvent avoir le même résultat. Et ce qui prouve que le gonflement dont parle le rédacteur des *Archives* n'était pas essentiellement et seulement syphilitique, c'est que, de son aveu même, « il n'a commencé à diminuer que vers le deuxième mois du traitement et ne disparut complètement qu'au bout de cinq mois. » Pourquoi cela? Parce que l'engorgement ganglionnaire et l'inflammation chronique du derme dont il était la conséquence ont duré beaucoup plus longtemps que les accidents vénériens, qui avaient complètement disparu avant le deuxième mois du traitement, qui dura trois mois.

continuel de répulsion ; d'un autre côté, elles sont moralement et même physiquement privées des sensations les plus vives, des jouissances, des douces émotions que procurent la vie commune et la maternité. L'esthiomène vulvaire fait des progrès plus rapides, et détermine des dégâts plus considérables que celui de la face; il est beaucoup plus difficile à guérir, les parties étant journellement irritées par le passage, le contact des matières fécales, des urines et des liquides utéro-vaginaux; de plus, le molimen menstruel, sans parler des congestions que déterminent, chez une femme jeune, les besoins sexuels, vient régulièrement à chaque époque irriter, congestionner les parties, hâter les progrès du mal, ou détruire en quelques heures le bénéfice d'un mois de soins. On comprend que le rétrécissement du rectum, qui en est fréquemment le résultat, puisse d'un instant à l'autre causer des accidents mortels. Lorsque l'affection dure depuis longtemps chez quelques sujets, l'intestin s'enflamme, s'ulcère dans une foule de points, et une diarrhée colliquative, suivie d'une péritonite aiguë, termine la vie des malades: c'est ainsi que se terminèrent les deux seuls cas que j'aie vus être suivis de la mort. Peut-être même à cause de l'irritation continuelle des parties, par les causes que nous venons de signaler, la maladie finira-t-elle par dégénérer un jour en cancer, affection avec laquelle l'esthiomène a, au reste, un grand nombre d'affinités, bien que sa structure soit tout à fait différente.

Traitement. — L'esthiomène étant le plus souvent la conséquence d'une altération des humeurs, telle que appauvrissement du sang, vices dartreux, scrofuleux, syphilitique dégénéré, modifié par la constitution particulière de l'individu, ou par son union avec l'un des principes morbides que je viens de citer, nécessite, quel que soit son siège, des moyens généraux qui sont partout les mêmes, et qui ne varient que suivant la cause connue ou présumée du mal; aussi le traitement général de l'esthiomène de la vulve est-il en tout semblable à celui de la face,

et nous éviterons d'entrer dans aucun détail à cet égard. Il est loin d'en être de même des moyens locaux.

Lorsque l'affection occupe la région vulvo-anale, elle oblige à un repos presque absolu; elle exige, pour entretenir cette partie dans un état de propreté convenable, l'emploi journalier de lotions, de bains de siège, d'injections, de lavements, qui varient dans leur nature suivant l'espèce d'esthiomène, suivant qu'il est simple, compliqué d'inflammation ou d'éruption sur les parties voisines.

Il va sans dire que quand les organes sont le siège d'engorgement, d'induration et d'infiltration chroniques, comme dans l'esthiomène hypertrophique mamillaire, dans l'hypertrophique œdémateux, il faut avoir recours aux onctions, aux frictions avec la pommade d'iodure de plomb, d'iodure de soufre, d'hydriodate de potasse, au calomel, et quelquefois même avec l'onguent napolitain. Dans l'esthiomène superficiel quelques légères cautérisations avec le nitrate d'argent sont utiles.

Lorsque tous les moyens généraux et locaux qui peuvent être employés en pareille circonstance ont échoué, bien que leur usage ait été convenablement dirigé, et cela pendant un temps suffisant, il reste le plus souvent pour cette région un moyen qui n'est que très rarement employé à la face, je veux parler de l'extirpation de la partie malade. C'est à ce moyen que nous avons eu recours avec succès chez la nommée Mou... Jea... (observation septième), qui avait été traitée en vain à l'hôpital de la Charité par l'un de nos chirurgiens les plus distingués : plusieurs cautérisations avec le nitrate acide de mercure avaient été faites, et, plus tard, l'excision des parties exubérantes pratiquée à l'aide de forts ciseaux. Avant cette opération, j'avais moi-même traité la malade pendant près de deux mois sans obtenir aucune amélioration.

Si le prépuce du clitoris ou les nymphes forment des tumeurs dures, élastiques, volumineuses et comme pédiculées, qui ré-

sistent à l'action des médicaments, et persistent longtemps après la disparition des anciens symptômes de la maladie, mais surtout après l'engorgement ganglionnaire, il faut les enlever. (Voyez observation neuvième, planche 4, fig. 1.)

Il faut se conduire de la même manière pour les caroncules myrtiformes hypertrophiées et indurées, les plis de l'anus qui ont subi la même altération, ainsi que pour les tumeurs qui se montrent au raphé périnéal. Ce n'est pas que, le plus souvent et à la longue, toutes ces petites tumeurs ne finissent par s'affaiblir, diminuer, par devenir souples et douces; mais c'est que les plis cutanés et muqueux aux dépens desquels elles s'étaient formées restent saillants, plus développés qu'à l'état normal, sont d'un aspect désagréable, gênent l'exercice des fonctions de la région, empêchent de la tenir dans un état de propreté convenable, et facilitent le retour de la maladie. Cette petite opération n'est, au reste, jamais suivie d'accidents, et elle accélère considérablement la guérison en déterminant un dégorgeement et une rétraction salutaires des tissus.

On fera même bien, en raison de son innocuité, de la pratiquer sans en prévenir les malades, qui pourraient s'y opposer ou éprouver une secousse morale et nerveuse dont les suites pourraient être graves.

Lorsque, après la guérison, l'extrémité inférieure de l'urètre, les nymphes, le prépuce du clitoris, les caroncules, l'extrémité inférieure du vagin, ou l'une de ses parois, les plis de l'anus se sont cicatrisés isolément, ne se sont pas recollés aux parties dont ils ont été détachés par l'ulcération, il faut les exciser; autrement ils laissent des culs-de-sac au fond desquels séjournent l'urine, le sang menstruel, les mucus utéro-vaginaux, et même quelquefois des parcelles de matières stercorales qui irritent, enflamment les parties, deviennent cause de cuissons, de démangeaisons insupportables, d'érythème, d'eczéma, d'herpès, etc.; ou bien, ils forment des lambeaux flottants d'un as-

pect toujours désagréable, lorsqu'ils ne gênent pas le jeu des organes, ou ne s'opposent pas à l'accomplissement de leurs fonctions (observations cinquième et huitième); ils peuvent même être, dans ce cas, une cause de récurrence; enfin, dans certaines circonstances, ils doivent être enlevés, ne fût-ce que parce qu'ils déforment les organes, rappellent des idées qui refroidissent ou même décèlent un passé qu'on eût voulu ignorer. Qu'on se figure, en effet, une ou les deux nymphes entièrement détachées de la vulve, ne tenant plus que par l'une de leurs extrémités, et pendantes sur l'ouverture vulvaire ou retombant sur le périnée, à la manière d'un battant de cloche de quelle répulsion une semblable disposition ne peut-elle pas être suivie, sans parler des pénibles soupçons qu'elle peut faire naître?

Un des accidents dont on a le plus à s'occuper, c'est le rétrécissement des ouvertures vulvaire et anale qu'il faut s'attacher à prévenir et à combattre, quand il existe, par des tentes de charpie dont on augmente graduellement le volume, et que l'on couvre de pommades résolatives variées suivant l'indication; on devra même, dans certains cas, avoir recours à des incisions bien ménagées dont on dirigera ensuite avec soin la cicatrisation.

Le rétrécissement de l'urètre n'est jamais porté assez loin pour s'opposer à la miction et nécessiter des soins spéciaux.

Nous terminerons en rapportant quelques observations qui confirment les principes émis dans ce travail.

PREMIÈRE OBSERVATION. — *Esthiomène superficiel érythémateux et tuberculeux.*

La nommée Tro... Mar..., âgée de trente-deux ans, blanchisseuse entrée le 20 janvier 1846, salle Saint-Louis, n° 20, est d'un tempérament lymphatico-sanguin, cheveux châtain clair, d'une constitution en apparence forte, fut réglée à dix-sept ans et toujours régulièrement; elle commença à avoir des rapports

sexuels à cet âge. Elle n'eut jamais le moindre écoulement, ni aucune affection vénérienne. Elle a eu trois enfants : le seul qui lui reste est une petite fille scrofuleuse. Elle assure que son mari n'a jamais eu de maladie syphilitique. Nous avons interrogé et examiné nous-même celui-ci, et nous n'avons rien trouvé qui puisse faire soupçonner son assertion. Il y a sept ans, étant montée sur un tabouret pour allumer un quinquet, elle fit une chute sur un morceau de bois ; ce fut la région vulvo-pubienne qui fut contuse. Depuis cette époque, elle a, dit-elle, toujours souffert de la vulve et des parties environnantes.

Il y a vingt mois environ, des rougeurs et des boutons se sont manifestés sur le côté droit de la vulve et ont continué à s'étendre sur les points environnants. Aujourd'hui 8 janvier, elle porte à la partie antérieure de la fesse droite, à partir du tiers antérieur du sillon inter-fessier, jusqu'au-dessous et à droite de la grande lèvre correspondante, ainsi que sur la partie supérieure interne de la cuisse droite, une douzaine de plaques légèrement élevées, d'un rouge foncé un peu violet, isolées, mais cependant liées les unes aux autres par une teinte érythémateuse. Parmi ces plaques comme tuberculeuses, qui occupent l'épaisseur de la peau, on en trouve sept ou huit d'un rouge blafard violacé, qui sont plus élevées que les autres et pénètrent plus profondément ; leur surface est ridée, fendillée et couverte de petites croûtes sèches, minces, les unes légèrement brunâtres, les autres d'un blanc grisâtre ; leur base présente une coloration moins intense que leur centre ; elles ne sont séparées les unes des autres que par de très faibles intervalles. La peau de toutes les parties que nous avons indiquées et qui supportent toutes ces élevures tuberculeuses, est épaissie, ridée, indurée, luisante, d'une couleur un peu blafarde. Toute la grande lèvre droite présente un épaissement remarquable, une sorte d'engorgement, d'induration des tissus sous-cutanés et sous-muqueux. La membrane muqueuse qui tapisse la face

interne de cette lèvre, la nymphé droite et toute la partie inférieure de la vulve, est épaissie, indurée, ridée et comme convertie en peau; elle a perdu sa coloration normale.

Sur la surface externe de cette grande lèvre on trouve quelques cicatrices inégales, peu profondes, luisantes, d'un blanc rosé, qui se traînent jusqu'au voisinage des élevures tuberculeuses et excoriées qui siègent vers la partie antérieure de la fesse, en haut de la cuisse. Les ganglions lymphatiques inguinaux du côté droit sont légèrement engorgés; la malade y a éprouvé quelques douleurs après deux jours de fatigue excessive. C'est aussi à partir de ce moment que la grande lèvre est devenue très sensiblement plus volumineuse.

Elle n'éprouve habituellement ni douleurs ni élancements dans les parties malades.

Elle ressent seulement des malaises, de la gêne et des cuissons lorsqu'elle est restée toute une journée debout à son bateau. Elle ne s'est déterminée à entrer à l'hôpital qu'à cause des progrès en surface que faisait son mal qui, jusqu'à ce jour, a été négligé et abandonné à lui-même. Bien que cette affection n'eût pas les caractères de la syphilis et que les commémoratifs dusent nous éloigner de cette pensée, nous lui administrâmes, d'abord et comme pierre de touche, le sirop, la tisane des quatre bois sudorifiques et le proto-iodure de mercure, un bain d'eau et un bain de vapeur alternativement tous les deux jours. L'affection resta la même; elle ne fit aucun progrès vers la cicatrisation, bien que la malade eût fait usage de ces médicaments pendant quinze jours; je la mis alors à l'usage des amères, des ferrugineux et de l'iodure de potassium. Huit à dix jours après, les tubercules commencèrent à s'affaïsser; leur surface se détergea, s'abaisa; la peau des parties environnantes devint moins rouge et moins épaisse, et le volume anormal de la grande lèvre diminua. Le 11 février, des frictions avec de la pommade d'iodure de plomb furent prescrites sur la grande lèvre et les

ganglions inguinaux droits. Bains de siège avec décoction de feuilles de noyer.

Le 9 avril, après trois mois de traitement, la malade était en si bon état qu'elle se considéra comme guérie, et nous ne pûmes obtenir d'elle qu'elle restât plus longtemps. Je la revis deux mois plus tard ; déjà le mal semblait vouloir récidiver sous l'influence de la fatigue et des mauvaises conditions hygiéniques auxquelles elle était soumise. Des élevures tuberculeuses d'un rouge sombre commençaient à se manifester vers la partie postérieure externe de la grande lèvre droite, là où le mal avait primitivement existé.

DEUXIÈME OBSERVATION. — *Esthiomène perforant et hypertrophique de la vulve ; rétrécissement de l'entrée du vagin.*

Mot... Hel..., âgée de vingt et un ans, coloriste, entrée le 5 mai 1845 salle Sainte-Marie, n° 18, d'un tempérament lymphatico-sanguin, bien réglée, n'a jamais eu d'enfant, a contracté des rapports sexuels à dix-huit ans. Elle assure qu'elle n'a jamais eu de maladie vénérienne, mais seulement un écoulement il y a huit mois, et pour lequel elle vint une première fois dans cet hôpital, service de M. Bazin. On lui fit prendre des bols de térébenthine. Elle sortit au bout de deux mois ; son écoulement avait presque entièrement disparu. Peu de temps après il revint, et la partie ne tarda pas à se tuméfier et à devenir parfois douloureuse ; aujourd'hui 6 mai, la vulve est dans l'état suivant :

Les nymphes sont hypertrophiées, engorgées et légèrement indurées ; elles dépassent de beaucoup le niveau des grandes lèvres, ce qui n'avait pas lieu avant la manifestation de sa maladie ; en les écartant, on aperçoit les caroncules myrtiformes également engorgées et comme œdémateuses ; elles sont d'un gris rosé, et leur tissu est légèrement transparent ; elles sont

fermes et élastiques; la teinte de la vulve est plus pâle qu'à l'état ordinaire.

L'extrémité inférieure de la colonne postérieure du vagin est détachée de la fourchette par une ulcération qui a détruit la fosse naviculaire. Cette ulcération, d'un rouge violacé, est lisse, polie, luisante; ses bords saillants sont arrondis, fermes, luisants, tapissés par l'épiderme qui va insensiblement se perdre sur la surface ulcérée; elle a 1 centimètre de profondeur, et tend à s'engager entre le rectum et la paroi postérieure du vagin; la partie de cette paroi détachée par l'ulcération est portée en avant vers le centre de l'ouverture vaginale et l'oblitére comme le ferait une soupape.

Autour du méat urinaire existent trois ulcérations qui offrent tout à fait les mêmes caractères que la précédente, l'une au-dessous, les deux autres de chaque côté; elles ont 5 ou 6 millimètres de profondeur, sur 1 centimètre d'étendue; leurs bords, détachés, saillants et épais, sont comme valvulaires. De toutes ces ulcérations suinte une sérosité purulente. L'entrée du vagin est rétrécie par la tuméfaction et l'induration des parties qui la forment.

La malade ne souffre nullement. Elle dit qu'elle est dans cet état depuis six mois; que sa maladie n'a avancé ni reculé; qu'elle souffre seulement et légèrement dans les rapports sexuels; elle n'a jamais communiqué aucune affection à la personne avec laquelle elle cohabite.

Deux fois nous avons inoculé la matière qui s'écoule des ulcérations sans obtenir le moindre résultat.

Prescription.—Bains de siège; lotions avec décoction de quinquina; tisane avec houblon et camomille, iodure de potassium.

Le 6 juin, après trois mois de séjour à l'hôpital, les ulcérations n'avaient presque subi aucune amélioration, bien qu'elles eussent été pansées avec soin et cautérisées trois ou quatre fois avec le nitrate d'argent. Toutefois les nymphes et les caroncules

myrtiformes étaient presque revenues à leur état normal, mais étaient encore un peu plus fermes et plus saillantes. La vulve avait presque repris sa teinte ordinaire. Considérant la partie détachée de la paroi postérieure du vagin comme un obstacle à la guérison et comme une difformité nuisible aux fonctions des parties, du moment qu'elle ne se collait pas, je l'enlevai avec des ciseaux courbes; il n'y eut qu'un léger suintement sanguin. Une mèche graissée fut introduite dans le vagin.

Le 13 juin, la plaie, résultat de l'incision, était entièrement guérie; dès lors on met tous les jours dans le vagin une mèche enduite de pommade au calomel, afin d'obtenir la dilatation de l'entrée du vagin, qui restait rétrécie, et la résolution de l'engorgement et de l'induration des parties. Cette induration existait encore le 26 juillet, époque à laquelle la malade s'évada de l'hôpital où elle était restée trois mois, sans être encore guérie. On doit toutefois conclure, d'après l'amélioration qu'elle éprouvait, qu'elle eût guéri complètement, si elle eût eu la patience de continuer son traitement plus longtemps. La partie enlevée le 6 juin fut disséquée par moi et étudiée au microscope par mon collègue et ami M. Robin. Je décrirai plus bas, observation huitième, le résultat de nos recherches.

TROISIÈME OBSERVATION. — *Esthiomène perforant du vestibule, de l'urètre, de la colonne antérieure du vagin, rétrécissement de l'orifice de ce conduit. Léger catarrhe utérin.*

Le 11 août 1846, entra à l'hôpital Lourcine, salle Sainte-Marie, n° 40, la nommée Del... Pau..., âgée de trente-deux ans, casquetière.

D'une taille moyenne, blonde, d'un tempérament lymphatique, chairs molles, formes empâtées; porte des traces d'affection scrofuleuse, cicatrices au col, engorgements ganglionnaires, abcès au col dans sa jeunesse, pendant environ sept ans; a eu de nombreuses ophthalmies; mal réglée, n'a jamais eu d'enfants;

affirme qu'elle n'a jamais été atteinte d'affection vénérienne, et qu'elle n'a jamais rendu malade la personne avec laquelle elle a des rapports; elle n'a jamais, non plus, connu aucun mal à cette personne.

Depuis plusieurs années, elle était seulement sujette à des rougeurs à la vulve, causées, dit-elle, par des démangeaisons vives qui la forçaient à se gratter. Elle attribue ces démangeaisons à l'assiduité au travail et à un séjour trop longtemps prolongé sur sa chaise. Elle consulta un médecin qui lui ordonna des émollients, des bains de siège et passa légèrement le nitrate d'argent sur les parties malades.

Il y a six semaines, elle entra dans le service de M. Hardy, où elle resta quatorze jours pour l'affection dont elle est aujourd'hui atteinte. Elle prit, dit-elle, des pilules mercurielles; son mal était devenu plus considérable depuis le mois de janvier; elle ne lui assigne pas d'autre cause que l'inflammation qu'elle occasionna elle-même en se grattant.

Le 12 août, lendemain de son entrée, nous observons l'état suivant: La vulve est d'une teinte pâle, un peu violacée; entre les deux nymphes, à la partie supérieure de l'entrée du vagin, on voit une tumeur à peine du volume d'une petite noix, pâle, mamelonnée, semi-transparente, d'un aspect œdémateux, assez ferme et résistante au toucher, ne dépassant pas la racine des nymphes; elle est formée par le renflement de la colonne antérieure du vagin qui est détaché de l'urètre et de la partie postérieure du vestibule par une ulcération à fond lisse, poli, luisant, d'un rouge violacé; la veille il était d'un rouge grisâtre; les bords en sont épais, fermes, non taillés à pic, arrondis de dehors en dedans. Cette ulcération a détruit la partie inférieure ou postérieure du vestibule, tout le méat urinaire, et même le tiers inférieur de l'urètre; au lieu et place de l'orifice de ce conduit, et du renflement qui le supporte, on trouve un enfoncement large, irrégulier, comme festonné, offrant des saillies d'un rouge vio-

lacé. Une sonde, promenée avec ménagement au milieu de ces parties, finit par s'engager dans une petite ouverture qui mène dans la vessie. De la surface de cette ulcération suinte une matière séro-purulente très peu abondante. L'orifice du vagin est décoloré et comme œdémateux; aussi est-il très rétréci, non seulement par la tuméfaction des parties, mais par la petite tumeur formée par l'extrémité inférieure de la colonne vaginale antérieure. La muqueuse vaginale est d'autant plus pâle qu'on l'examine plus près de cet orifice. La malade souffre seulement en urinant. L'examen, au spéculum, montre qu'il existe un catarre utérin abondant.

Prescription. — Tisane amère, sirop de gentiane, pastilles de lactate de fer, bains de siège simples tous les jours. Ces moyens furent continués jusqu'au 4 septembre, sans la moindre amélioration. Nous prescrivîmes alors l'iodure de potassium à la dose d'un gramme d'abord, puis 2, et enfin 3 grammes à prendre en deux doses, une le matin, l'autre le soir; des bains de siège avec décoction de feuilles de noyer. Sous l'influence de ce traitement, l'ulcération borna ses ravages, son fond devint plus lisse, plus rouge, se couvrit d'une lamelle épithéliale, mais elle ne se cicatrisa pas, ne se rétrécit pas; ses bords et les parties environnantes restèrent aussi fermes, aussi durs, et, on peut dire, infiltrés.

Le 10 octobre, je pris la résolution d'exciser la saillie formée par le tubercule antérieur du vagin, détaché en haut et obstruant l'entrée du vagin; je la saisis avec des pinces érigées et la détachai à l'aide de deux ou trois coups de forts ciseaux courbes. Huit jours après la plaie était complètement guérie; un pansement simple, avec charpie et cérat, a été fait.

Le 24, j'enlevai de la même manière les crêtes saillantes et les mamelons qui occupaient la place du méat urinaire, et au milieu desquels venait aboutir la portion restante de l'urètre.

Toutes ces parties furent étudiées au microscope par M. Robin;

les plaies furent plus nombreuses, mais moins larges que la première. Dans l'espace de cinq ou six jours, elles furent cicatrisées.

L'entrée vulvo-vaginale était alors moins difforme, plus régulière.

L'ulcération à fond rouge, saignant facilement, continua à faire des progrès lents vers l'urètre, entre ce conduit et la paroi antérieure du vagin, dont l'entrée, sur les parties latérales, devint un peu plus souple, plus douce au toucher; les caroncules, qui étaient légèrement épaissies et indurées, revinrent presque à leur état normal. Plusieurs cautérisations faites avec le nitrate d'argent amendèrent l'état de la malade.

Le 2 novembre, je tentai l'usage des mercuriaux et des sudorifiques unis à l'iodure de potassium; leur usage continué pendant vingt jours ne produisit aucune amélioration. Les pilules mercurielles que la malade prit dans le service de M. Hardy, lors de son premier séjour, ne produisirent également aucun effet salutaire. J'abandonnai ce genre de médication, et laissai reposer la malade jusqu'au 20 courant; je revins alors à l'usage des toniques, et prescrivis l'huile de foie de morue. Quelques jours après une légère amélioration se manifesta. Les douleurs continuèrent en urinant, les caroncules restèrent dans l'état où elles se trouvaient le 28 octobre; le fond de l'ulcération resta stationnaire.

Le 3 janvier 1847, la malade éprouve un peu de dévoiement qu'elle n'a voulu accuser que quelques jours après, dans la crainte de voir diminuer ses aliments; le soir, douleurs vives dans le bas-ventre, douleurs que la pression, même légère, exaspère; grande agitation, fièvre. Cataplasmes laudanisés, frictions avec onguent napolitain; les douleurs se calment légèrement.

Le 4, au matin, les douleurs sont plus vives, le ventre plus sensible, il se tuméfie dans la partie inférieure; des signes évi-

dents de métrô-péritonite se manifestent; fièvre intense. Application de 30 sangsues à l'hypogastre, lavements laudanisés; soulagement marqué.

Le 5, les accidents reprennent avec une nouvelle intensité, le dévoiement continue. Deux autres applications de sangsues sont faites.

Le 7, 15 sangsues sont posées dans l'entrée du vagin; le soir même les règles apparaissent, et avec elles un soulagement très marqué; la chute de la fièvre a lieu.

Le 11, les douleurs abdominales sont presque complètement disparues, les règles durent encore; la diarrhée est restée abondante. Eau de riz sucrée avec sirop de coing, lavements laudanisés; une portion d'aliments.

Le 19, la diarrhée persévère.

Le 22, la malade sort en permission et ne rentre pas.

Cette malade nous a offert un exemple d'esthiomène perforant qui a débuté autour du méat urinaire, à la suite de frottements réitérés sur cette partie; la mauvaise constitution de la malade, sa profession, son incurie et son indocilité sont probablement les causes qui ont amené sa maladie, et se sont opposées à sa guérison. Cette femme est, en effet, restée six mois à l'hôpital sans que nous ayons pu obtenir sa complète guérison, ni la résolution des parties qui étaient épaissies, indurées et infiltrées; il nous a fallu avoir recours à l'instrument tranchant pour en avoir raison. La facilité et la promptitude avec lesquelles les plaies se sont cicatrisées sont très remarquables, bien qu'elles fussent baignées à chaque instant par les liquides utéro-vaginaux, l'urine et la matière séro-sanieuse qui suintait, quoique en très petite quantité, de la surface ulcérée.

QUATRIÈME OBSERVATION. — *Esthiomène érythémateux, perforant et hypertrophique de la vulve et de la région anale.* (Pl. 1, fig. 1; 2, 3.)

Le 1^{er} juillet 1845, entra à l'hôpital Lourcine, salle Saint-Louis, n° 7, la nommée Bla... Mar..., âgée de cinquante-deux ans, mariée, journalière. D'une assez bonne constitution, réglée pour la première fois à quinze ans, l'a toujours été régulièrement jusqu'à l'âge de quarante-six ans, époque à laquelle les menstrues disparurent complètement; a eu quatre enfants dont deux sont vivants; a eu, il y a dix à douze ans, elle ne peut préciser au juste l'époque, un écoulement blennorrhagique qui s'est changé en leucorrhée habituelle.

Il y a sept ans environ, sans cause connue, autre que de la fatigue et de la misère, son mari n'ayant aucune affection aux organes génitaux, elle sentit de la cuisson à la vulve et aux environs de l'anus; peu à peu elle vit ces parties se tuméfier et devenir légèrement douloureuses. Elle continua son travail pendant près de six ans sans se soigner, son mal alla en s'aggravant; elle se décida enfin à entrer dans mon service le 18 septembre 1844. Elle était alors atteinte d'une inflammation érythémateuse et comme tuberculeuse de la peau, de la partie supérieure interne des cuisses, de la partie antérieure des fesses et des grandes lèvres, d'hypertrophie considérable des plis de l'anus, d'une ulcération rouge au vestibule, au méat urinaire, ainsi que d'une tuméfaction dure et violacée des grandes lèvres; les ganglions lymphatiques inguinaux des deux côtés étaient engorgés. Je la mets tout de suite à l'usage de la tisane des quatre bois sudorifiques, du sirop sudorifique, du proto-iodure de mercure, bains d'eau, bains de vapeur et bains de siège émoullients. Tous ces moyens sont continués jusqu'au 10 octobre, sans que la malade ait éprouvé presque aucune amélioration; elle n'avait cependant jamais fait aucun trai-

tement, et l'on ne peut objecter que si l'économie a été réfractaire à l'action des médicaments, c'est parce qu'elle était habituée à leur usage. J'ordonne l'iodure de potassium, qui est continué jusqu'au 21 novembre, jour où la malade exige sa sortie, se jugeant suffisamment guérie, bien que je lui aie fait soigneusement observer le contraire.

Pendant huit mois elle est restée à peu près dans l'état où elle se trouvait lors de sa sortie de l'hôpital; depuis deux mois son mal a fait de nouveaux progrès qui la contraignent à rentrer. Aujourd'hui, 2 juillet 1845, elle est dans l'état suivant, qui rappelle celui dans lequel elle se trouvait lors de son premier séjour (pl. 1) :

La peau de la surface externe de la vulve, des plis génito-cruaux, des environs de l'anus, de la partie antérieure des fesses, est le siège d'une rougeur érythémateuse. Cette rougeur est plus vive, plus intense en certains points que dans d'autres; sur la surface externe et la partie inférieure des grandes lèvres, elle est même un peu violette, ce qui donne à ces parties un aspect marbré maculé. La peau est dure, épaisse, rugueuse et sèche, n'offre aucun suintement; les points où la rougeur est plus prononcée sont un peu plus épais, et peut-être un peu plus élevés que ceux où la teinte est uniforme ou normale. Elle n'est le siège d'aucune éruption vésiculeuse ou pustuleuse. L'épiderme est légèrement fendu par places. La sensibilité tactile n'a subi aucune modification bien prononcée. Le tissu cellulaire sous-cutané, étant lui-même engorgé, contribue à lui donner une plus grande consistance, qui est surtout considérable sur le bord libre des grandes lèvres.

Ces deux replis ont le double de leur volume normal; ils sont le siège d'une infiltration chronique qui augmente leur consistance et leur tension. Les nymphes, le prépuce du clitoris sont hypertrophiés, épaissis, indurés (pl. 1, fig. 1, BBE; fig. 2, BBC); leurs bords libres sont devenus très inégaux, granulés et mame-

lonnés dans toute leur étendue. Cet aspect est produit par une foule de petites tumeurs sessiles, polies, luisantes, qui ont le volume d'un gros grain de chènevis ou d'un très petit pois. Il est facile de reconnaître que c'est à l'infiltration dure et chronique dont ces parties sont atteintes qu'elles doivent leur excès de développement.

La tête du clitoris est en quelque sorte absorbée et anéantie sous cette tuméfaction. Lorsqu'on renverse en dehors les nymphes (comme dans la planche 1, figure 3) pour découvrir l'état de l'ouverture vulvo-vaginale, on trouve une ulcération à fond rouge inégal, à bords taillés à pic, frangés, déchiquetés, qui a détruit une partie du vestibule, coupé la partie interne de la base des nymphes, détruit les caroncules et le sillon nympho-hyménal, qui a contourné la base du tubercule qui supporte le méat urinaire et du tubercule qui termine la colonne antérieure du vagin. Ces deux sillons, dont la muqueuse est ulcérée, sont couverts de mamelons pisiformes, rouges, luisants, qui ne forment qu'une seule masse vers le centre de laquelle vient aboutir l'urètre, dans un enfoncement que laissent entre eux trois des principaux mamelons. Sans le secours d'une sonde (pl. 1, fig. 3, E D), il serait impossible de dire où vient s'ouvrir ce canal. Les bords de l'ulcère, bien que très inégaux, taillés à pic et un peu décollés en dessous, ne sont pas élevés au-dessus du niveau de la surface des nymphes. Toute cette surface ulcérée ne donne lieu qu'à un suintement séro-purulent peu abondant.

La partie postérieure de l'entrée vulvaire, la fourchette et la fosse naviculaire sont saines, à l'exception du raphé périnéal qui, hypertrophié, se prolonge jusque sur ces parties. Les plis de l'anus, surtout ceux du côté droit, sont le siège d'une inflammation et d'une induration chroniques qui les ont hypertrophiés et convertis en une masse inégale mamelonnée, fissurée (pl. 1, fig. 1, E E E E; pl. 1, fig. E E E) qui forme une tumeur aplatie transversalement, allongée d'avant en arrière, suivant la direction du pli inter-fessier.

Elle a 5 centimètres et demi de long sur 2 centimètres de large et 2 centimètres et demi de haut. En avant, elle se termine par une pointe qui se continue avec le raphé périnéal, lui-même hypertrophié et converti en une crête qui, comme je l'ai dit, se prolonge jusque sur la fourchette; en arrière, elle se termine brusquement à 1 centimètre environ du sommet du coccyx. Toute sa surface, mais surtout sa face inférieure, qui n'a éprouvé aucune compression de la part des fesses, est couverte de petites tumeurs sessiles, mamelonnées, polies, luisantes, tapissées par la peau et l'épiderme; aucune de ces tumeurs ne dépasse le volume d'un pois, beaucoup sont moins considérables; elles sont séparées les unes des autres par des anfractuosités ou petits sillons qui ressemblent à ceux de la surface cérébrale.

Toutes ces petites tumeurs sont fermes, élastiques, résistantes, ainsi que la base qui les supporte, et qui forme la masse générale, laquelle n'est pas composée par la réunion de quatre ou cinq tumeurs séparées, isolées les unes des autres, comme on l'observe dans les végétations, les condylômes syphilitiques, mais par une seule tumeur, une seule base qui entoure l'ouverture anale. Cette disposition prouve que ce ne sont pas seulement les plis de l'anus hypertrophiés qui forment la tumeur, mais bien la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; autrement la masse serait feuilletée et offrirait presque autant de pédicules que de feuilletés: c'est ce que nous avons souvent observé sur les condylômes.

Lorsqu'on examine avec attention la face inférieure de la tumeur, on distingue (pl. 1, fig. 1, F) une fissure plus profonde, plus étendue que les autres, dirigée d'avant en arrière, et qui mène à l'orifice de l'anus, qui est très rétréci et induré. Il a perdu sa souplesse; ce n'est qu'avec peine et en causant des douleurs assez vives que le bout du doigt graissé peut y pénétrer; un petit spéculum m'a permis de voir qu'il n'y a cependant aucune fis-

sure. Le doigt porté jusque dans l'intérieur de l'intestin sent une induration qui remonte jusqu'à 3 centimètres et demi environ. Cette induration est en dehors des parois intestinales, qui sont souples, douces au toucher, froncées, pliées longitudinalement, de manière à former des colonnes verticales; l'application du spéculum permet de voir que la muqueuse, bien qu'enflammée, n'est ni indurée ni ulcérée. La malade n'éprouve aucune douleur, si ce n'est au moment de la miction et de la défécation; si même, pour exécuter cette dernière fonction, elle a la précaution de prendre auparavant un remède qui délaie les matières, elle ne souffre pas; elle est, au reste, habituellement plutôt relâchée que constipée. Depuis trois mois, elle est devenue très sujette au dévoitement.

Nous commençons par laisser reposer la malade; nous la mettons simplement à l'usage de la tisane de mauve et de violette sucrée, des bains de siège et des lavements émollients, deux portions d'aliments.

Le 14 juillet, l'état général est un peu meilleur: plus de dévoitement; les grandes lèvres sont moins tuméfiées, d'une teinte moins bleuâtre. Nous ordonnons 1 gramme d'iodure de potassium, tous les matins, dans un julep gommeux.

Le 25, une amélioration sensible avait lieu: les grandes lèvres avaient beaucoup diminué, avaient presque repris leur teinte naturelle; la tumeur était moins volumineuse, surtout dans le sens de sa longueur. La crête qui se continuait avec le raphé était disparue. L'érythème était considérablement affaibli, ainsi que les plaques rouges indurées, l'épiderme *desquamé*; la peau est encore épaisse et résistante, mais non au même degré. Nous faisons dessiner de nouveau la malade. (Pl. 2, fig. 1 et 2.)

Nous donnons 1 gramme et demi d'iodure de potassium, tous les matins, jusqu'au 29 septembre, époque à laquelle nous le supprimons pour cause de vomissements.

Le 13 novembre, la maladie ne faisant plus aucun pro-

grès vers la guérison, la malade est remise à l'usage de l'huile de foie de morue, 3 grammes par jour, et des ferrugineux.

Le 25 novembre, elle est reprise de vomissements et de diarrhée. L'huile de foie de morue est suspendue; eau de riz sucrée avec sirop de coing, lavements amidonnés et laudanisés, une seule portion d'aliments.

Le 2 décembre, la malade exige sa sortie, quoique non guérie, mais dans un état très amélioré.

CINQUIÈME OBSERVATION. — *Esthiomène perforant et hypertrophique de la vulve, du périnée et de l'anus.* (Pl. 2, fig. 1, 2.)

Le 22 juillet 1846, entra à l'hôpital Lourcine, salle Saint-Louis, 9, la nommée Fer... Clé..., âgée de trente-deux ans, journalière.

Cette femme, qui est d'un tempérament nerveux et sanguin, chez laquelle les menstrues sont régulières, mais peu abondantes, n'a jamais eu d'enfant; elle eut, pendant neuf ans, des rapports avec un homme qui avait un écoulement, et qui lui donna des chancres; faute de traitement, étant en même temps atteinte d'une maladie aiguë de poitrine, ces chancres firent des progrès, et quelques boutons parurent sur le corps. Était-ce une syphilide? C'est ce qu'il est impossible de savoir. Elle fut traitée pendant six mois à l'hôpital de Rouen; elle en sortit parfaitement guérie, il y a de cela trois ans. Six mois après sa sortie, bien qu'elle n'eût contracté aucune nouvelle affection, les grandes lèvres se tuméfièrent et commencèrent à s'indurer, à s'hypertrophier; en même temps des ulcérations se développèrent à la partie interne de la vulve. Depuis deux ans et demi, elle est atteinte de l'affection qui l'amène dans mon service. Elle fut d'abord soignée pendant un an à l'hôpital de Rouen, elle ne fut que médiocrement soulagée, et ensuite dans notre hôpital, pendant dix mois par M. Bazin. Elle fut traitée pour une affection syphilitique, elle sortit sans être guérie.

Aujourd'hui, 23 juillet, on trouve la région vulvo-périnéale dans l'état suivant. (Pl. 2, fig. 1, 2.) Les deux grandes lèvres sont très saillantes, hypertrophiées, dures, œdémateuses, d'un rouge légèrement violacé; dans leur partie inférieure surtout, la peau est plus dure et plus épaisse qu'à l'état normal, la grande lèvre gauche est plus volumineuse que la droite. Les nymphes sont épaisses, allongées, infiltrées, moins cependant à proportion que les grandes lèvres; au lieu de se perdre insensiblement vers la partie interne de l'extrémité postérieure de celle-ci, elles se prolongent, en bas et en arrière, jusque sur le périnée avec le raphé et quelques plis de l'anus hypertrophiés. L'extrémité postérieure de la nymphe gauche est séparée de la partie correspondante de la grande lèvre du même côté par un enfoncement anguleux (C) formé par la cicatrice d'une ancienne ulcération. Le raphé périnéal et quelques uns des plis de l'anus, surtout à droite (D), forment des crêtes inégales, mamelonnées, résistantes, qui ont 1 centimètre de haut sur 6 ou 7 millimètres de large; elles se continuent, comme je l'ai dit, avec l'extrémité postérieure des nymphes, la droite principalement. Tout l'intérieur de la vulve est d'une couleur blafarde, violacée, depuis le clitoris, dont le prépuce est épaissi et infiltré jusqu'à la commissure postérieure; la tête du clitoris est cachée par la tuméfaction de la branche interne de la bifurcation de l'extrémité supérieure des nymphes.

Lorsqu'on écarte celles-ci (fig. 2), qu'on les renverse en haut et en dehors, on voit que toute la partie interne de la vulve, depuis la face inférieure du clitoris jusqu'à la fourchette, a été et est encore le siège d'une vaste ulcération qui a coupé et séparé de l'ouverture vulvaire l'extrémité inférieure du vagin.

Cette ulcération a détruit le vestibule, qui se présente maintenant sous la forme d'une fissure très enfoncée (E) qui aboutit à une cavité anfractueuse, au fond de laquelle vient s'ouvrir l'urètre dont le méat est détruit, ainsi que l'extrémité inférieure;

il est même impossible, en écartant les bords de cette cavité, d'apercevoir le point où s'ouvre le canal; il faut, pour le trouver, enfoncer une sonde qui, après plusieurs essais, finit par le rencontrer. L'ulcération s'est portée sur les deux parties latérales de l'ouverture, a détruit le feuillet interne de la base des nymphes au niveau du sillon qui sépare ces replis des caroncules, puis elle est arrivée à la fosse naviculaire et à la fourchette, qui ont été également envahies. Il résulte de là un vaste ulcère circulaire qui a détaché de l'entrée de la vulve l'extrémité inférieure du vagin dans toute sa circonférence et dans l'étendue de 2 centimètres environ, de telle sorte qu'il règne, autour et en dehors de cette extrémité, un sillon, un cul-de-sac circulaire qui forme le fond ou les dernières limites de l'ulcération : celle-ci est moins profonde en arrière que sur les autres points.

La surface ulcérée est d'un rouge violacé, elle est polie et tapissée d'une sorte d'épithélium; ses bords formés par la base des nymphes, le vestibule et la fourchette, sont peu élevés, taillés en biseau, luisants et tapissés par l'épiderme, qui, loin de présenter une solution franche, se continue, se perd insensiblement sur la partie ulcérée. Toutes ces parties ont été elles-mêmes ulcérées, et sont le siège d'une cicatrice rouge, polie, luisante et très mince; il est évident que l'ulcération ne les a abandonnées que pour se porter plus profondément; elle ne laisse suinter qu'une sérosité peu abondante. Au milieu de sa surface, l'extrémité inférieure du vagin forme une saillie conoïde et tronquée, au centre de laquelle se trouve l'orifice vaginal rétréci (J), ayant à peine 7 ou 8 millimètres de diamètre; cette saillie est formée en avant par le tubercule de la colonne antérieure du vagin (I), sur les côtés et en arrière par les caroncules et par les parois vaginales elles-mêmes. Toutes ces parties sont épaisses et indurées et comme légèrement infiltrées, ce qui explique le rétrécissement de l'ouverture du conduit; le doigt, introduit avec

beaucoup de douceur et de ménagement par cet orifice, reconnaît que le vagin est parfaitement sain immédiatement au-dessus de la partie décollée. Les parties supérieures et internes des cuisses sont le siège d'érythèmes dans les points où elles sont en contact avec la lésion.

Les ganglions inguinaux sont sains; seulement, à droite, on en trouve un qui est un peu plus volumineux qu'à l'état ordinaire.

La malade n'éprouve que des démangeaisons et des cuissons; elle ressent de temps en temps quelques élancements, surtout lorsqu'elle est échauffée et obligée de faire des efforts pour aller à la garde-robe. Je mis cette femme à l'usage des toniques locaux et généraux et je lui administrai l'huile de foie de morue. Peu à peu les parties reprirent leur volume, leur consistance et leur aspect naturels; l'ulcère s'est cicatrisé. La cicatrice était mince, rouge et luisante.

Le 7 octobre, deux mois après son entrée, l'hypertrophie, la tuméfaction et l'induration des grandes lèvres, des nymphes et des plis de l'anüs étaient considérablement diminuées, et avaient presque repris leur forme ordinaire. La partie du vagin décollée était restée dans le même état, et l'orifice vaginal tout aussi rétréci et induré. Je me décidai à l'extirper afin de faire disparaître l'espèce de valvule qu'elle formait sur l'entrée vulvaire, valvule qui s'opposait à ce que le doigt pût pénétrer dans la cavité du vagin et eût été un obstacle à l'accomplissement facile des rapports sexuels, si même elle ne s'y fût pas opposée entièrement, d'où des froissements et des tiraillements qui eussent probablement été une cause de récurrence. Je saisis les parties saillantes avec une pince à griffes, et je les reséquai à leur base, c'est-à-dire au niveau du fond de la gouttière circulaire qui entourait l'extrémité inférieure du vagin. Après cette petite opération, la cavité du conduit se continua sans ligne de démarcation avec l'entrée de la vulve, qui devint celle du canal.

Il s'écoula un verre de sang environ. Une mèche du volume de deux doigts, et enduite de cérat, fut introduite tous les jours dans la cavité vaginale, afin que la cicatrice de la plaie circulaire qui venait d'être faite n'en rétrécît pas l'entrée.

Le 21 octobre, la plaie était entièrement guérie et formait une cicatrice rouge, polie, régulière, qui se continuait insensiblement avec l'intérieur de la vulve, siège lui-même d'une cicatrice qui offrait les mêmes caractères et qui remplaçait l'ulcération esthioménaie.

Le doigt ou le spéculum, porté dans les organes, pénétrait alors avec la même facilité le long d'un plan incliné en infundibulum, jusqu'au fond du vagin.

A la partie supérieure de cette nouvelle entrée du conduit vulvo-utérin, se trouvait une petite ouverture évasée du centre à la circonférence : c'était l'orifice de l'urètre qui, en partie détruit, raccourci, se terminait au niveau du bord inférieur du ligament sous-pubien, au lieu d'arriver jusqu'au vestibule ; ce n'était qu'avec une extrême difficulté qu'on pouvait apercevoir cet orifice.

A la dissection des parties enlevées, je les trouvai dans l'état suivant : Elles étaient plus fermes, plus élastiques que d'ordinaire ; la membrane muqueuse était épaissie et hypertrophiée ; le tissu cellulaire sous-muqueux, blanchâtre, fibreux, renfermait dans ses mailles, devenues plus serrées, un liquide transparent et d'un gris perle. Examiné au microscope par M. Robin, nous lui avons trouvé la structure des autres parties du corps atteintes d'esthiomène.

Le 3 décembre, un herpès vulvaire se manifesta après les règles.

La malade sort guérie le 1^{er} mars 1847.

Pour les détails concernant la structure microscopique de cette partie inférieure du vagin enlevée, voyez l'observation huitième, page 579.

SIXIÈME OBSERVATION. — *Esthiomène perforant de l'anus et de la vulve.* (Pl. 2, fig. 3.)

Le 12 mars 1846, entra à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Clément, n° 48, la nommée Hon... Suz..., âgée de trente-huit ans, couturière, d'une faible constitution, d'un tempérament lymphatique. Sa mère est morte à cinquante-huit ans, d'une maladie de la matrice; son père, d'un accident et tout jeune encore. Elle a eu un frère et une sœur qui sont morts en très bas âge.

La malade a eu une enfance heureuse, sans maladie sérieuse, à part une rougeole dont elle a été atteinte à neuf ans; réglée à douze ans et régulièrement jusqu'à dix-sept ans, puis irrégulièrement depuis cette époque, à la suite d'une suppression occasionnée par une chute dans l'eau. Jamais d'écoulement vaginal ni d'ulcération à la vulve.

Il y a dix ans, il s'est développé lentement à la marge de l'anus, sur la ligne périnéale, une tumeur de la grosseur d'une noix, qui, après s'être abcédée, a donné lieu à une fistule pour laquelle elle a été opérée par M. Ricord. L'opération, au dire de la malade, n'a pas été d'un succès parfait, et à la suite il est resté une suppuration incessante à l'anus. Depuis ce moment, aucun traitement n'a été fait. La malade, voyant son mal empirer de jour en jour, est allée, dans ces derniers temps, à l'hôpital Saint-Louis consulter M. Jobert, qui l'a envoyée au bureau central des hôpitaux, d'où elle a été dirigée sur Lourcine. Dans le cours de cette affection, la malade n'a jamais éprouvé de douleurs, et n'était l'ulcération elle-même et un léger dévoisement dont elle s'accompagne de temps à autre, aucun symptôme réactionnel ou local n'est venu s'y ajouter.

Aujourd'hui, 13 mars (pl. 2, fig. 2), on constate une large ulcération du périnée et de toute la marge de l'anus remontant à 1 pouce dans le rectum, qui est pâle et un peu engorgé sur les li-

mites de l'ulcération ; celle-ci a détruit tout le périnée, la fourchette et la fosse naviculaire, de telle sorte que la partie inférieure de la cavité du vagin se confond avec la partie inférieure de la cavité du rectum. Un éperon (E) formé par la cloison recto-vaginale sépare ces conduits l'un sur l'autre. Il résulte de la destruction du périnée et de la partie inférieure de la cloison recto-vaginale que le tiers inférieur au moins de la paroi antérieure du vagin (C) est visible sans avoir besoin d'entr'ouvrir les lèvres génitales. Cette partie, n'étant plus soutenue par le périnée et par la paroi postérieure, est poussée en bas et en arrière par la base de la vessie. Les extrémités postérieures des grandes lèvres, mais surtout la gauche, sont séparées des parties voisines par des cicatrices luisantes, minces et noirâtres, cicatrices qui annoncent que l'ulcération a d'abord siégé sur ces parties. L'ouverture anale, très agrandie par l'ulcération, a la forme d'un entonnoir irrégulier et plissé, à peu près à la manière des entonnoirs de papier qui servent à filtrer. Les deux parties latérales de l'anus ainsi élargi sont garnies de crêtes saillantes formées par les replis de l'anus hypertrophiés et dont les extrémités internes ou anales ont été détruites par l'ulcération. En arrière du côté du coccyx, celle-ci se termine par une fissure dont les bords sont de niveau avec la peau. Toutes les parties saillantes visibles à l'œil nu sont polies, luisantes, d'un rouge violet, parsemées de taches blanches et ardoisées ; toutes sont tapissées d'un épiderme extrêmement mince. Pour bien juger des dégâts produits par cette vaste ulcération sur l'anus et le périnée, il faut jeter un coup d'œil sur la seconde figure où les parties ont été écartées. Les tissus voisins sont un peu irrités, mais ils ne sont pas le siège de cette induration squirrheuse et élastique qui accompagne les ulcérations cancéreuses. Les ganglions lymphatiques inguinaux sont sains, aussi n'existe-t-il pas d'induration ni d'œdème. Cette vaste ulcération suppure très peu ; elle produit une matière purulente, fauve et très liquide.

La malade ne souffre pas ; elle a une incontinence presque complète des matières fécales.

Elle est mise à l'usage de l'iodure de potassium.

Le 2 mai, l'ulcération offre un aspect moins livide ; la cicatrice a gagné de dehors en dedans ; elle gagne en profondeur à mesure que l'ulcération remonte elle-même vers la cavité du rectum. (Cautérisation avec le nitrate acide de mercure.)

Le 20 mai, la malade est prise d'un léger dévoiement. Suspension de l'iodure de potassium.

Le 21, la diarrhée continue, les coliques deviennent très violentes et se font sentir jusque dans la fosse iliaque gauche. (Pilules d'opium ; diète.)

Le 25, la diarrhée s'arrête.

Le 30, on reprend l'iodure de potassium ; on cautérise avec le nitrate acide de mercure.

Le 19 juin, même aspect de l'ulcération ; léger ictère général.

Le 25, l'ictère se prononce davantage ; couleur jaune paille de la peau ; la diarrhée a recommencé avec intensité. (Pilules d'opium ; nouvelle suspension de l'iodure de potassium.)

Le 29, la diarrhée s'arrête. (Cautérisation avec le nitrate acide de mercure.)

Le 10 juillet, le toucher me fait constater que le rectum est décollé en arrière, à la hauteur de 1 pouce et demi environ ; l'ulcération forme là un cul-de-sac qui va se perdre dans la graisse de la région anale. Il s'écoule toujours des parties un liquide brunâtre et mal lié.

Le 27, le proto-iodure de fer est administré en même que l'iodure de potassium.

Le 30, l'ictère continue à faire des progrès ; les forces vont chaque jour en diminuant ; diarrhée, coliques sourdes dans la fosse iliaque gauche. (Pilules d'opium ; suspension des préparations iodées.)

Le 3 août, suspension de la diarrhée; on reprend l'iode de potassium.

Le 10, l'ulcère est dans le même état; la cicatrisation s'est arrêtée; on dirait même que les tissus sur lesquels elle porte sont plus engorgés que par le passé; toujours aspect livide.

Le 2 septembre, diarrhée abondante, douleurs vives vers la région hypogastrique. (Pilules d'opium, cataplasme sur le ventre.)

Le même état continue jusqu'au 10. Dans la nuit, la malade est prise tout à coup de douleurs vives, profondes et brûlantes, dans la fosse iliaque gauche; la face est anxieuse, grippée; pas de fièvre bien marquée; la peau un peu chaude et sèche. (Pilules d'opium, cataplasmes sur le ventre, frictions laudanisées.)

Le 11, même état; diarrhée abondante, va à la selle de deux heures en deux heures. Jusqu'au 19, l'état est le même.

Le 20, les douleurs vont en s'exaspérant; la malade pousse nuit et jour des cris plaintifs, la face se grippe de plus en plus; pas de fièvre; le pouls devient petit et serré; la malade va sous elle. (Même médication, plus vésicatoire aux cuisses.)

Le 22, la malade est plus calme, les douleurs sont moins vives.

Le 25, elle tombe dans la prostration; la diarrhée semble un peu diminuer.

Le 26, les douleurs s'éveillent de nouveau dans la fosse iliaque; pas de météorisme ou de ballonnement du ventre; la pression peut s'exercer, sans que la malade se plaigne trop vivement. Pouls de plus en plus petit et serré.

Le 27, même état.

Le 28, elle meurt à sept heures du soir.

AUTOPSIE. — Toute l'ulcération est cicatrisée; les parties qui supportent la cicatrice sont souples, douces au toucher, nul-

lement indurées; le rectum ne présente aucune ulcération dans aucun point de sa longueur; seulement ses parois, au-dessus du point qui était malade, sont un peu plus épaisses, plus blanches, plus friables que dans l'état normal. Cinq ou six cuillerées de pus épais, jaunâtre, existent dans l'excavation pelvienne et entre les circonvolutions de l'intestin grêle qui plongeait dans cette excavation. Le péritoine, qui recouvre cet intestin, est rouge et couvert çà et là de pseudo-membranes pultacées. Tout le gros intestin et une grande partie de l'iléon sont criblés d'ulcérations déchiquetées, inégales, les unes superficielles, les autres assez profondes pour pénétrer jusqu'aux diverses tuniques de l'intestin; il en est qui s'étendent presque jusqu'au péritoine. Il est probable que ce sont ces dernières qui ont été cause de l'inflammation de cette membrane. Le foie est hyperémié, et le péritoine qui tapisse sa face inférieure très enflammé.

Les altérations anatomo-pathologiques que nous avons trouvées chez cette malade étaient tout à fait les mêmes que celles que nous avons observées sur les viscères abdominaux de Bou... Ade..., huitième observation.

SEPTIÈME OBSERVATION. — *Esthiomène hypertrophique végétant de la vulve, du périnée et de l'anus; extirpation; guérison.*

Le 4 avril 1843, entra à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Bruno; n° 23, Mou... Jea... Mar..., âgée de quarante-sept ans, couturière, d'un tempérament nerveux et lymphatique, d'une constitution délicate, issue de parents qui n'ont jamais eu de symptômes de maladie cancéreuse, encore bien réglée; a eu, il y a dix-huit ans, une affection de poitrine qu'elle ne peut caractériser, a des fleurs blanches depuis de longues années, n'a jamais été atteinte de maladie vénérienne; portait depuis l'âge de douze ou treize ans des boutons au périnée et à l'extrémité postérieure des grandes lèvres, qu'elle attribue à des piqûres de sangsues qui furent appliquées pour faciliter l'apparition des

règles. Ces boutons étaient plus nombreux à droite qu'à gauche; depuis un an, ils ont acquis du volume. Alors elle a éprouvé quelques douleurs et de violents élancements, au moment d'aller à la garde-robe; elle était très échauffée et rendait du sang par l'anus pendant la défécation. Il y a trois mois et demi, elle entra à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Catherine, n° 27. La tumeur, qui était élevée, granulée, presque à la manière d'un chou-fleur, avait à peu près le volume d'un œuf; elle fut plusieurs fois cautérisée avec le nitrate acide de mercure. Cette cautérisation n'amenant pas d'amélioration, la tumeur fut excisée avec des ciseaux courbes. Depuis ce moment, les bords se sont élevés, agrandis, et le centre s'est creusé. La maladie a probablement été considérée comme syphilitique; car la malade nous assure qu'on lui a fait prendre des pilules d'opium et de mercure.

Aujourd'hui, 5 avril, elle est dans l'état suivant (pl. 3, fig. 1): Il existe une vaste ulcération qui occupe l'extrémité postérieure de la grande lèvre droite, le côté droit du périnée, la marge de l'anus et la partie antérieure de la fesse correspondante. Cette ulcération, qui est élevée de 1 centimètre à 1 centimètre et demi, suivant les points où on l'examine, offre une surface plate mamelonnée qui a 8 centimètres de long sur 5 centimètres et demi de large, est creusée à son centre d'un grand sillon irrégulier, dentelé, flexueux et dont la direction générale est antéro-postérieure. Ce sillon a 1 centimètre et demi de profondeur; sa convexité est dirigée vers la fesse droite, et sa concavité vers l'anus; il simule au premier abord cette ouverture qui serait ulcérée et inégale. Ce n'est même qu'après l'avoir sondé et exploré avec soin, que nous reconnûmes qu'il ne menait pas dans le rectum.

L'ouverture de l'anus est cachée par le bord interne de la tumeur, qui est renversé vers la fesse gauche, de telle sorte que, pour l'apercevoir, il faut déjeter ce bord à droite et vers le

centre de l'ulcère. On reconnaît alors que le côté gauche de l'ouverture anale est sain, mais que sa partie antérieure, tout son côté droit et même une petite portion de sa partie postérieure droite, sont pris et forment la demi-circonférence interne de la tumeur. Il n'est absolument resté de sain, dans l'ouverture anale, que sa partie gauche, le tiers de sa circonférence.

Lorsqu'on examine avec attention cette surface, cette espèce d'*ulcus elevatum*, on voit qu'elle est formée par un assemblage de petites tumeurs arrondies, sessiles, conoïdes ou semi-sphériques; quelquefois elles sont cylindriques, comme villeuses et capitées, mais elles ne vont pas en se divisant et se ramifiant à la manière des végétations syphilitiques et de la tête du chou-fleur. Si l'on examine encore avec plus de soin chacune de ces petites tumeurs, on s'aperçoit qu'elles sont elles-mêmes formées d'autres petites masses rouges, granulées, villeuses et pointillées, souples, molles au toucher, recouvertes d'une pellicule excessivement mince. Lorsqu'on les a débarrassées de la matière grisâtre qui les recouvre, et du sang qu'elles laissent exhaler au moindre frottement, au lieu de présenter une surface d'un rouge sombre, brunâtre et grisâtre, elles montrent une surface sillonnée, granulée, et d'un rouge vif, comme dans la planche 3, fig. 1.

Lorsque la malade se met debout, elles deviennent d'un rouge violacé. Autour de cette surface saillante la peau est épaissie, un peu indurée; sa surface offre une foule de petites villosités, de petites saillies granulées ou cylindriques ayant d'un demi-millimètre à un millimètre de haut: elle présente la plus grande ressemblance avec la muqueuse de la langue du chat, qui est, comme on le sait, recouverte d'une grande quantité de papilles cylindriques granulées et conoïdes.

On trouve sur l'extrémité postérieure de la grande lèvre gauche, à 8 millimètres de la partie antérieure gauche de l'ulcération (D), une élévation tuberculeuse ayant 1 centimètre de diamètre; elle est rouge, dure à sa base, terne et molle à son

centre : on dirait un petit abcès qui menace de s'ouvrir. Une matière séreuse, roussâtre et sanguinolente s'écoule de l'ulcère; la malade ne souffre pas même en allant à la garde-robe. A la première vue, avant d'avoir suffisamment examiné et interrogé la malade, je crus avoir affaire à un cancer; les essais thérapeutiques infructueux qui avaient été faits à l'hôpital de la Charité venaient encore fortifier cette opinion. Je prescrivis le repos au lit, un pansement simple avec charpie et cérat, un bain de siège émollient tous les jours où la malade ne prenait pas un grand bain.

Après avoir observé pendant plusieurs jours la marche de cette maladie, l'état général du sujet et celui des parties molles qui entouraient l'ulcère, je ne tardai pas à changer d'opinion. La marche qu'avait suivie la maladie depuis son développement, le temps depuis lequel elle durait, sa succession à des piqûres de sangsues qui avaient été appliquées à l'âge de treize ans, l'absence d'accidents vénériens, soit commémoratifs, soit concomitants, et enfin les caractères propres de l'ulcération ne permettaient pas de songer à une maladie syphilitique; tout, au contraire, se réunissait en faveur d'un esthiomène végétant.

Le 19 avril, malgré l'emploi régulier des moyens précités, l'affection ne fait aucun progrès vers la guérison; la petite tumeur tuberculeuse qui siège vers l'extrémité postérieure de la grande lèvre gauche s'est de plus en plus ramollie et s'est ouverte à son centre. Un petit stylet boutonné, porté dans la cavité de cette tumeur, se dirige en bas et à droite, en passant à travers le périnée; il vient aboutir dans l'extrémité antérieure du sinus qui est au centre de l'ulcération. Je mis la malade à l'usage de l'iodure de potassium, comme modificateur, mais non comme antivénérien.

Le 15 mai, l'ulcération était toujours dans le même état, la malade avait un peu de dévoisement et s'affaiblissait; la fistule

qui avait succédé à l'élevure tuberculeuse de la grande lèvre gauche s'était élargie et commençait à présenter une surface élevée, ulcérée et granulée, semblable à la première. Je cessai l'administration de l'iodure de potassium, je prescrivis l'eau de riz sucrée avec du sirop de coing et des lavements amidonnés et laudanisés, et me décidai à enlever toutes les parties malades avec l'instrument tranchant, décision que la malade accueillit, au reste, avec reconnaissance, et que je mis à exécution le 18 mai au matin.

Comme le temps le plus difficile et le plus délicat de l'opération devait être celui où je séparerais les parties malades de l'extrémité postérieure de la vulve et de l'extrémité inférieure du vagin, sans perforer, sans transpercer ces parties, je commençai, après les avoir fait tendre et tirer en avant par un aide, par les isoler de la partie antérieure de la tumeur par une incision pratiquée de dehors en dedans avec un bistouri convexe qui passa à gauche entre la grande ulcération et la fistule de la lèvre gauche; ces parties étant isolées de la vulve et du vagin dans l'étendue de 3 centimètres, je circonscrivis toute la circonférence externe et postérieure de l'ulcération par une incision demi-circulaire, et détachai son fond de dehors en dedans par trois ou quatre coups de bistouri; une fois arrivé vers la partie latérale droite du rectum, je saisis toute la partie détachée entre le pouce et le doigt indicateur porté dans l'intestin, j'attirai à moi la tumeur, tendis son pédicule, principalement formé par l'intestin, et le divisai avec de forts ciseaux courbes. Deux artères moyennes furent ouvertes et liées immédiatement. La plaie étant lavée et épongée, afin de bien reconnaître l'état des parties, je reconnus que tout le mal avait été exactement enlevé, à l'exception d'une petite portion du trajet de l'orifice de la fistule de la lèvre gauche; je l'enlevai tout de suite, à l'aide d'une incision circulaire. Une grosse mèche fut introduite dans le rectum; un linge graissé et fenêtré fut placé sur la plaie, la

mèche renversée sur cette dernière, ainsi que des plumasseaux de charpie, le tout maintenu avec quelques compresses et un bandage en T double; pas d'hémorrhagie, un peu de fièvre le soir.

Le lendemain 19, la malade ne souffre pas, elle a à peine de la fièvre; la nuit a été bonne, quoique un peu agitée; aucun accident ne s'est manifesté; la plaie s'est promptement rétrécie et cicatrisée.

La malade est sortie guérie le 7 juillet 1843. Je l'ai revue il y a un mois; elle est encore très bien portante. La cicatrice s'est tellement rétrécie qu'elle défigure à peine la région vulvo-anale. A la dissection de la partie enlevée, nous avons trouvé que l'ulcération ne pénétrait pas aussi profondément qu'on eût pu le penser d'après son aspect; elle n'allait pas au delà des lames cellulo-fibreuses sous-cutanées, et cela seulement à son centre, vers le fond du sinus; les parties excentriques étaient formées par les couches profondes du derme; le tissu cellulaire sous-cutané était épaissi, devenu fibreux, et isolait la partie malade des graisses du triangle ischio-rectal. La peau qui entourait l'ulcération était épaissie; les couches profondes du derme étaient hypertrophiées, devenues tout à fait fibreuses, et se continuaient insensiblement avec le tissu cellulaire hypertrophié sous l'ulcération. On peut facilement reconnaître que ces tissus n'ont subi aucune dégénérescence cancéreuse, et la guérison, qui, depuis quatre ans et demi, s'est constamment maintenue, bien qu'en avant nous ayons opéré très près des parties malades, pour ne pas léser la fourchette et le vagin, prouve l'exactitude de cette opinion (1). Je tiens, au reste, la pièce à la disposition de MM. les membres de l'Académie qui voudraient l'examiner.

(1) Ce n'est pas que nous pensions que toute maladie cancéreuse enlevée doit nécessairement récidiver; mais nous sommes convaincu que cette récidive a lieu, le plus souvent, lorsqu'avec la partie malade on n'enlève pas une couche épaisse de tissu sain. Or, ici, c'est ce que nous n'avons pu faire.

Aujourd'hui, 18 juillet 1849, six ans après l'opération, la malade est encore bien portante.

HUITIÈME OBSERVATION. — *Esthiomène perforant de l'entrée du vagin et hypertrophique de la vulve, du périnée, de l'anus et du rectum ; rétrécissement de la cavité de ces conduits, engorgements ganglionnaires inguinaux ; identité entre la structure microscopique de l'esthiomène de la région vulvo-anale et celui des autres parties du corps, ulcérations intestinales ; diarrhée, péritonite ; mort.*

Le 18 janvier 1843, entra pour la première fois à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Bruno, 40, la nommée Bou... Ade..., âgée de vingt-quatre ans, domestique, d'un tempérament lymphatique, d'une forte constitution, n'ayant jamais eu d'enfant. Elle a été infectée il y a deux ans pour la première fois ; elle eut des chancres et un écoulement. Elle fut inutilement traitée en ville pendant quatre mois ; on lui fit prendre des bouteilles contenant un liquide clair et de saveur très désagréable (probablement la liqueur de Van Swiéten). Elle entra à l'hôpital avec ses chancres et son écoulement. Un mois après, les chancres étaient guéris, et l'écoulement, quoique moins abondant, existait encore. Elle fut employée comme infirmière. Il lui vint un bouton à la grande lèvre gauche, puis une infiltration des ganglions inguinaux gauches et un gonflement de la grande lèvre correspondante ; le bouton s'ulcéra. Elle fut traitée par les frictions mercurielles. La rudesse et la difficulté de son caractère la firent renvoyer avant d'être guérie, le 8 août 1843. Depuis ce moment, elle n'a rien fait pour guérir son mal, qui a été successivement aggravé par la misère, la débauche et la malpropreté. Depuis quinze jours, la grande lèvre gauche est devenue très volumineuse et l'engorgement de l'aîne est augmenté, les plis de l'anus sont hypertrophiés, l'orifice anal est rétréci, et une inflammation eczémateuse et érythémateuse recouvre toute la vulve, les environs de l'anus, ainsi que la partie supérieure et interne des cuisses. Elle est traitée par la tisane, le sirop sudo-

rifiques, les bains d'eau et de vapeur alternativement, et le proto-iodure de mercure, qui fut suspendu le 28 avril pour cause de salivation.

Le 16 mai, la salivation est guérie. La malade est mise à l'usage de l'iodure de potassium.

Le 23 juillet, sa position étant améliorée, elle demande sa sortie, qui lui est refusée.

Le 2 août, elle s'évade en escaladant le mur du jardin.

Le même genre de vie est mené; nouveaux progrès du mal.

Elle rentre à l'hôpital pour la quatrième fois, le 24 avril 1844.

Aux accidents mentionnés plus haut il faut ajouter une ulcération profonde qui s'enfonce entre le vagin et le rectum, après avoir détruit la fosse naviculaire. Cette ulcération, qui a près de 1 pouce de profondeur, a dédoublé en bas la cloison recto-vaginale; elle est rouge, polie et luisante, fournit très peu de matière. On voit qu'elle a pris naissance à la partie postérieure et interne de la grande lèvre gauche qui offre une cicatrice blanchâtre, cicatrice qui se continue insensiblement avec l'ulcère qui tend à remonter le long de la partie latérale gauche de l'entrée du vagin. (Pl. 3, fig. 2, EEE.) A mesure que cette ulcération fait des progrès à l'intérieur, elle se cicatrise à l'extérieur. Les plis de l'anus, le raphé périnéal forment des tumeurs irrégulières, mamelonnées; l'entrée du rectum et la partie inférieure de cet intestin sont très rétrécies.

Nous essayons de nouveau les antisypilitiques, nous administrons les sudorifiques et la liqueur de Van Swiéten, le proto-iodure de mercure et l'iodure de potassium ayant été déjà administrés lors de ses premiers séjours.

Le 29 juin, après avoir pris ce traitement pendant trente-sept jours, l'état de la malade est le même. Nous revenons de nouveau à l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes.

Le 2 juillet, elle est prise de tous les accidents que détermine l'iodure de potassium : saveur âcre très prononcée, ophthalmie,

coryza, éruption de pustules rouges, sèches, à la face et au col. L'iodure de potassium est supprimé; tout rentre dans l'ordre en l'espace de dix jours.

Le 5 juillet, on reprend l'usage de l'iodure à la dose de 1 gramme et demi; on monte graduellement jusqu'à la dose de 2 grammes et demi.

Le 3 septembre, le médicament est suspendu pour cause de vomissement. Des mèches enduites de pommade au calomel sont introduites dans le vagin et le rectum pour obtenir leur dilatation et la résolution de l'engorgement.

Le 6 février 1845, elle se fait de nouveau renvoyer pour cause d'insubordination.

Le mal ne tarde pas à s'aggraver. Elle vient de nouveau implorer les secours de notre maison, et nous la recevons pour la cinquième fois, le 21 avril 1846, après être restée 14 mois dehors.

Voici l'état dans lequel elle se trouve (pl. 3, fig. 2) :

La totalité de la vulve et du périnée est tuméfiée, la vulve elle-même est d'une teinte livide et plombée. La grande lèvre gauche, dont l'extrémité postérieure est enflée et pendante vers la fesse, offre près du double de ses dimensions normales : elle présente 12 centimètres et demi de long sur 4 centimètres de large; elle offre une dureté considérable qui tient à l'épaississement, à l'induration du derme et du tissu cellulaire qui la composent. Le dernier est le siège d'une infiltration dure. Sur la partie postérieure et interne de cette lèvre se trouve une cicatrice d'un blanc rosé (C), suite de l'ancien bouton ulcéré dont nous avons parlé. L'ulcération a dû être profonde; car, au-dessus de cette cicatrice, la muqueuse de la grande lèvre décollée forme un rebord flottant et renflé. Cette lèvre n'est pas douloureuse.

La grande lèvre droite est un peu plus ferme, plus développée qu'à l'état ordinaire; la malade dit qu'elle a été plus volumineuse qu'aujourd'hui.

L'ulcération, qui lors du dernier séjour de la malade me-

naçait d'envahir le sillon nympho-hyménal gauche, a non seulement détruit cette partie, mais s'étend profondément depuis le voisinage du côté gauche du méat urinaire (D), jusqu'à la partie postérieure de la vulve (E). Elle a coupé la face interne de la nymphé gauche à sa base et décollé, dans l'étendue de 3 ou 4 centimètres, toute la partie latérale gauche de l'extrémité inférieure du vagin. *En avant*, elle se termine par un cul-de-sac peu profond, placé à 3 ou 4 millimètres de la partie gauche de l'urètre. *En arrière*, elle se continue avec l'ulcération qui a détruit la fosse naviculaire, et qui a été décrite plus haut; celle-ci est aussi plus profonde et située plus à droite qu'au moment de la dernière sortie de la malade.

Il résulte de la disposition que nous venons d'indiquer qu'une ulcération profonde, rouge et luisante, embrasse près des deux tiers de la circonférence inférieure du vagin, toute sa partie gauche, toute sa partie postérieure et un peu de la partie droite, car elle s'étend en cul-de-sac sous le point de jonction (i) de la nymphé droite avec la grande lèvre correspondante. Un liquide séreux baigne à peine cette partie; le doigt introduit dans le vagin, après avoir constaté le rétrécissement et l'induration de son orifice, reconnaît une induration siégeant principalement sur la cloison recto-vaginale et remontant à 5 ou 6 centimètres. La vulve est sèche.

Les tumeurs mamelonnées du périnée et du pourtour de l'anus (jjj) sont encore plus fermes et plus développées. Le rétrécissement de l'anus et du rectum sont devenus plus considérables. Le doigt a beaucoup de difficulté à pénétrer dans le rectum, son introduction est très douloureuse; la muqueuse semble douce, froncée et ridée, l'induration remonte à 5 ou 6 centimètres. Un petit spéculum *ani* introduit, on reconnaît qu'à cela près d'une inflammation vive, les parois de l'intestin sont saines; elles sont froncées et plissées de la circonférence au centre.

La malade est constipée; elle éprouve de fortes douleurs

en allant à la garde-robe ; les matières sont aplaties, rubanées, couvertes de sang.

Il y a un engorgement ganglionnaire dans les deux aines. Celui du côté gauche, formé par plusieurs ganglions, est inégal, bossé et beaucoup plus volumineux que celui du côté droit. Le dessin (k) en montre la partie interne. La malade reprend son ancien traitement.

Le 24 octobre, après un mois de soins, l'état du rectum est le même ; les engorgements ganglionnaires des aines, celui des grandes lèvres sont considérablement diminués ; l'induration de l'extrémité inférieure du vagin est beaucoup moins considérable ; l'ulcération s'est détergée, ne fait plus aucun progrès ; la partie postérieure et gauche de l'extrémité inférieure du vagin qui a été détachée, s'est cicatrisée pour son propre compte et ne s'est pas recollée aux parties voisines dont elle a été séparée : elle flotte sous forme de soupape ou de valvule vers l'orifice et la cavité du vagin qui sont oblitérés par elle. J'enlève avec une pince et de forts ciseaux courbes toute cette portion détachée de la partie postérieure de la vulve, de manière à ce que le fond de l'ancienne ulcération se trouve sur le même plan que le reste de la paroi postérieure du vagin et n'en soit plus séparé par un éperon saillant. J'excisai également une des tumeurs du périnée.

Je remis à M. Ch. Robin ces parties enlevées, ainsi qu'une petite portion de l'esthiomène de Del... Pau..., excisée le même jour, afin d'en étudier la structure microscopique, comme il l'avait fait antérieurement sur deux autres malades, Mat... Hel... et Fer... Clé... Le résultat de ses recherches sur ces quatre malades est identiquement le même et vient confirmer ce que M. Robin et le docteur H. Lebert (1) avaient déjà remarqué sur la structure de l'esthiomène (lupus) de la face, qui est une tumeur mixte qui a

(1) *Physiologie pathologique*. Paris, 1845, t. II. — *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses*. Paris, 1849, p. 270.

pour éléments les mêmes tissus que nous allons décrire dans l'esthiomène de la région vulvo-anale. (Pl 4, fig. 2, 3.) La surface extérieure est blanchâtre, lisse et dure. Le tissu est friable, facile à réduire avec des aiguilles à dissection en petits fragments ou poussière qui flotte dans l'eau. Cette couche superficielle de la tumeur est entièrement composée de cellules épithéliales pavimenteuses ayant tous les caractères des cellules de l'épiderme. Les fragments non dilacérés sont formés d'un grand nombre de cellules imbriquées et adhérentes les unes aux autres.

Chaque cellule épithéliale étudiée à part est polygonale, plus ou moins régulièrement carrée ou parallélogrammique ; ses bords sont rectilignes, courbes, ou présentent de petites dentelures. Il y a un nombre infini de variétés, tant pour la forme des cellules que pour les angles sous lesquels se coupent les bords.

La longueur des cellules varie entre 0,035 et 0,086 ; la largeur entre 0,020 et 0,032. Les petites sont les moins nombreuses. Chaque cellule présente vers son centre un noyau circulaire ou un peu ovale de 0,005 à 0,008.

Entre les bords des cellules et le noyau se voient de très fines granulations plus nombreuses dans le voisinage de ce dernier que près des bords.

Immédiatement au-dessous de cette mince couche épidermique, on trouve déjà des fibres fusiformes mêlées aux amas de cellules épithéliales.

On y trouve aussi quelques faisceaux de tissu cellulaire.

Ces éléments sont intriqués de manière à former un tissu résistant difficile à dilacérer, à cause de la ténacité avec laquelle ils adhèrent entre eux. Cette couche sous-épidermique a une épaisseur d'un demi-centimètre ; elle est élastique, blanchâtre, et crie sous le scalpel.

Les fibres de tissu cellulaire proprement dit et de tissu élastique (fibres à noyau), qui constituent les vaisseaux mêlés aux

groupes de cellules épithéliales, ne présentent rien de particulier. Ces faisceaux de tissu cellulaire deviennent d'autant plus abondants qu'on s'éloigne davantage de la surface de la tumeur. Les fibres élastiques (fibres à noyau) ont 0,004, celles du tissu cellulaire proprement dit ont 0,001 au plus. Les cellules épithéliales qui forment des groupes mélangés aux fibres fusiformes décrites plus bas et de tissu cellulaire, sont, en général, petites, à contours moins réguliers que les autres; leur noyau est pâle, sur quelques unes même on ne le voit pas. Ça et là se voient des fibres fusiformes isolées, ou par groupes. Plusieurs sont régulièrement fusiformes et offrent des extrémités allongées et pointues. Un certain nombre aussi ont une de leurs extrémités obtuse, ou bien l'une et même toutes les deux sont très courtes. Les bords sont quelquefois finement dentelés dans toute ou dans une partie de leur longueur. Toutes ces fibres contiennent un noyau ovale et sont renflées à ce niveau. Un certain nombre de noyaux contiennent un ou deux granules foncés à l'intérieur. On trouve aussi quelques noyaux isolés, mais en très petit nombre. Beaucoup de fibres fusiformes ont leurs bords pâles, ainsi que ceux de leur noyau, d'autres ont les bords plus foncés, comme à l'ordinaire.

Plus profondément le tissu de la tumeur devient mou, rosé, vasculaire, plus humide, plus filamenteux. On y retrouve encore quelques cellules épithéliales, mais en très petit nombre. Il en est de même des fibres fusiformes. Le tissu cellulaire proprement dit et les vaisseaux sanguins prédominent, au contraire, considérablement. Ainsi ces portions d'esthiomène enlevées sur la région vulvo-anale sont des tumeurs mixtes (ont les cellules épithéliales, les fibres fusiformes et le tissu cellulaire sont les éléments intimes. Ce sont des tumeurs homéomorphes, c'est-à-dire composées par des éléments anatomiques qui se retrouvent dans les tissus normaux de l'économie. C'est encore là une des meilleures preuves que l'on puisse avancer pour

prouver que l'esthiomène est une affection tout à fait différente du cancer.

Le 3 novembre, dix jours après l'opération, les plaies résultant de l'excision étaient entièrement guéries.

L'état de la vulve et du périnée s'améliorèrent très lentement, les engorgements ganglionnaires diminuèrent peu à peu, le rectum et l'engorgement dur de son extrémité inférieure restèrent les mêmes; la malade finit par maigrir, par s'inquiéter et même par s'affliger de sa position qu'elle commença à considérer comme incurable. Une légère toux survint, ainsi qu'une diarrhée abondante et tenace; elle était accompagnée de douleurs dans le bas-ventre, mais surtout dans les deux flancs et les fosses iliaques; fièvre lente.

Le 12 mars 1847, après un an de séjour, elle demanda à aller passer huit jours dans sa famille, ce qui lui fut accordé; elle revint le 22 à l'hôpital avec une diarrhée beaucoup plus intense et une fièvre plus forte, accusant de vives douleurs dans tout le ventre. L'hypogastre était tuméfié, très sensible à la moindre pression; il y avait des nausées, des éructations, la respiration gênée, le pouls petit et fréquent. Une péritonite fut diagnostiquée. 25 sangsues furent appliquées sur le ventre (aucune ne prit), lavements émollients, un grand bain. Le lendemain, même état. Application de 25 sangsues, 15 prennent: aucune amélioration.

Le 24, l'état va successivement en s'aggravant; tous les symptômes de la péritonite augmentent, ainsi que ceux de l'entérocélite: parole brève, voix basse, sueur froide sur tout le corps, pouls à peine sensible et très fréquent, douleurs vives dans tout le ventre. Le soir, la malade se dit un peu mieux, mais elle est très prostrée.

Le 25 et le 26, faiblesse excessive, pâleur, stupéfaction de la face, yeux hagards, sueur froide générale, pouls imperceptible, extrémités froides. Mort à huit heures du soir.

AUTOPSIE. — 1° *Etat de la région vulvo-anale, du vagin et du rectum.* — La grande lèvre droite est revenue à son volume ordinaire; la gauche, quoique considérablement diminuée, est encore plus volumineuse; toute l'ulcération qui a décollé les parties postérieure et latérale gauche de l'extrémité inférieure du vagin est cicatrisée et tapissée d'une lamelle épidermique.

La cloison recto-vaginale, dans le point où elle est réduite à la simple épaisseur de la paroi antérieure du rectum, offre successivement de bas en haut cinq ouvertures fistuleuses. Les deux premières, qui siègent à la place de la fosse naviculaire, aboutissent à la partie antérieure du périnée, au-devant des tumeurs mamelonnées. Les trois autres, situées vers le fond du cul-de-sac de l'ulcération postérieure, aboutissent dans le rectum et forment trois fistules recto-vaginales. Toutes ces parties sont souples, douces, et ont perdu toute leur induration. Le reste du vagin est sain, ainsi que le col de l'utérus.

Les éminences mamelonnées du périnée, de même que celles qui bordent l'anus, sont considérablement diminuées; elles sont flétries, douces, molles et un peu ridées. Entre trois des éminences qui occupent la partie postérieure droite de l'anus existent deux petites fistules recto-périnéales qui ont de 2 à 3 centimètres de longueur. Au-dessus du sphincter de l'anus, la cavité du rectum est criblée d'ouvertures: les unes se terminent en culs-de-sac ayant de 5 à 7 millimètres de profondeur dans le tissu cellulo-adipeux qui entoure l'intestin; les autres aboutissent dans le vagin (ce sont les trois fistules recto-vaginales mentionnées plus haut). Quelques autres se rendent à des trajets fistuleux qui longent les parois du rectum et rentrent dans sa cavité, 7 ou 8 millimètres plus haut. Enfin, à droite et à 2 centimètres au-dessus de l'anus, on observe une ouverture infundibuliforme qui se continue sous forme de canal jusqu'à la partie latérale droite de l'urètre, en contournant, au milieu du tissu adipeux, la partie latérale droite de l'extrémité inférieure du

vagin. Au-dessus de ces diverses ouvertures, à 5 centimètres de l'an us, les parois du rectum présentent de simples ulcérations qui ne dépassent pas l'épaisseur de la membrane muqueuse, et cela dans l'étendue de 2 ou 3 centimètres. Au-dessus de ces ulcérations on en trouve d'autres beaucoup plus profondes qui vont jusqu'à la tunique séreuse de l'intestin, qui est noirâtre et pointillée ; quelques portions des tuniques intestinales sont même gangrenées : c'est la continuation des ulcérations que nous avons trouvées dans l'S iliaque du côlon. Il existe donc une très grande différence entre les ulcérations esthioménales et celles de l'intestin à proprement parler. Dans la partie inférieure du rectum, les parois intestinales sont souples, douces, à peine plus épaisses qu'à l'état normal ; dans certains points, elles sont même moins épaissies. La dureté et le rétrécissement constatés pendant la vie étaient formés par le tissu cellulo-adipeux qui, depuis le cul-de-sac recto-utérin du péritoine jusqu'à la peau du périnée, mais plus particulièrement jusqu'au sphincter supérieur, entoure le rectum. Sur les côtés, cette induration remonte plus haut que le cul-de-sac du péritoine. Ce tissu, sans avoir éprouvé aucune dégénérescence carcinomateuse, est ferme, dur, devenu évidemment fibreux ; il renferme, outre ses lames fibreuses, des pelotons de tissu adipeux sain. Cette masse qui entoure tout l'intestin forme une sorte de tube qui a une hauteur de 7 centimètres. C'est ce tube qui s'opposait à la dilatation du rectum.

Les ganglions lymphatiques inguinaux sont presque revenus à leur état normal ; ceux du côté gauche sont non seulement plus volumineux, rougeâtres, indurés, mais renferment dans leur intérieur une matière crétacée semblable à la magnésie calcinée.

2^o *Organes génitaux internes.* — Le museau de tanche est parfaitement sain et un peu dévié à droite. Le corps de l'utérus sain est en obliquité latérale gauche ; il se dirige obliquement

d'arrière en avant et de gauche à droite ; son bord et son angle gauches abaissés appuient sur la marge gauche de l'excavation pelvienne. La face postérieure du corps de l'utérus adhère par de fausses membranes anciennes, cellulaires et réticulaires, au méso-rectum et au rectum lui-même, qui est uni immédiatement à la face postérieure du col de l'utérus, de telle sorte que le cul-de-sac recto-utérin est beaucoup moins profond qu'à l'état normal.

Ovaires. — Ils sont sains ; le gauche présente quelques fausses membranes anciennes à la surface. Les deux pavillons des trompes sont convertis en tuyaux séreux ; celui du côté droit est recourbé en bas et en arrière vers la face postérieure de l'utérus.

3° Tube digestif. — Toute la masse intestinale est rouge, enflammée extérieurement ; la tunique péritonéale est ramollie, sa cavité contient un liquide séreux d'un jaune blanchâtre et fétide. La surface interne du petit intestin est pâle, décolorée ; elle présente plusieurs ulcérations au voisinage de la valvule iléo-cœcale. Cette valvule présente elle-même une ulcération large et profonde qui a détruit une partie de la tunique musculaire de l'intestin ; elle siège sur la partie de la valvule qui regarde le cœcum. Toute la longueur du gros intestin est criblée d'ulcérations de formes très variables. La plupart sont assez profondes pour arriver jusqu'à la tunique péritonéale ; elles vont en augmentant de nombre et d'étendue, à mesure qu'on se rapproche de l'S iliaque ; quelques unes sont très irrégulièrement déchiquetées, et laissent flotter, lorsqu'on les met dans l'eau, des lambeaux de membrane muqueuse. Cette membrane dans l'S iliaque est mouchetée de noir. Cette portion de l'intestin, qui est plus longue et plus flexueuse que d'habitude, se dirige de gauche à droite, forme une convexité inférieure qui vient adhérer à la face postérieure de la vessie, en passant au-devant de l'utérus. Il en résulte que l'extrémité supérieure du rectum est à droite, au lieu d'être à gauche ; de là aussi la facilité avec la-

quelle l'utérus s'est dévié à gauche, et a contracté des adhérences avec le méso-rectum. L'estomac, rouge à l'extérieur, pâle à l'intérieur, est fortement distendu par des gaz.

4° Le péritoine est le siège d'une inflammation aiguë très violente; tous les organes abdominaux, les parois de la cavité sont d'un rouge pointillé et arborescent; du pus d'un jaune grisâtre, et noirâtre dans certains points, baigne les intervalles des organes et les cavités épiploïques; de fausses membranes récentes, pultacées, unissent les circonvolutions intestinales entre elles et avec les parties voisines.

5° Le foie, un peu volumineux, est jaunâtre, décoloré, sans avoir perdu de sa consistance; il graisse le scalpel à la coupe. Les reins et la rate sont sains.

6° Le poumon droit renfermait deux petits tubercules à l'état crétacé.

7° Les os et le périoste, que nous avons examinés en différents points de l'économie, n'étaient le siège d'aucune altération. Chez cette femme, ce fut deux ans après la guérison des chancres dont elle avait été atteinte que les premiers symptômes de l'esthiomène perforant et hypertrophique œdémateux se manifestèrent. Si on les eût considérés comme vénériens, c'était parmi les accidents de la syphilis constitutionnelle qu'il eût fallu les ranger. Or, rien dans leur marche, leurs caractères, ni dans l'économie de la malade, n'autorisait à penser ainsi. De plus, les remèdes antisiphilitiques les plus énergiques échouèrent constamment, et l'analyse microscopique vint démontrer l'identité la plus parfaite entre la structure des parties malades et celle des parties atteintes d'esthiomène, soit à la face, soit sur toute autre région.

Cette observation démontre ce fait sur lequel j'ai insisté dans le cours de ce travail: c'est que l'infiltration, l'œdème dur et chronique coïncident avec un engorgement ganglionnaire, souvent même persistent après la disparition presque complète de

celui-ci, et qu'ils sont plus développés, plus intenses du côté correspondant à l'engorgement le plus considérable.

Cette femme succomba absolument de la même manière que Hou... Suz..., observation sixième, aux suites d'une péritonite et d'ulcérations très nombreuses dans tout l'intestin. Toutes les deux avaient le foie gras et un peu hypertrophié. J'ai trouvé tout récemment, à Beaujon, des lésions tout-à-fait identiques sur un homme qui avait un esthiomène de la région ano-périnéale.

NEUVIÈME OBSERVATION. (Pl. 4, fig. 1.)—*Esthiomène hypertrophique œdémateux et végétant de toute la vulve et du raphé périnéal.*

Cette observation a déjà en partie été publiée par un de nos jeunes internes, M. Desruelles fils, quelque temps avant sa mort (1), sous le nom d'*hypertrophie particulière de la vulve*.

C'est, comme il le dit lui-même, page 314, faute de savoir quel nom donner à la maladie, qu'il l'a ainsi désignée, ne la considérant ni comme un cancer, ni comme un éléphantiasis des Arabes, ni comme une maladie vénérienne, ni enfin comme une hypertrophie simple.

Si M. Desruelles, qui avait un jugement si droit et qui était doué d'un si grand amour pour la science, eût pu, comme moi, revoir la malade dix mois plus tard, suivre de nouveau la marche de la maladie, il eût été heureux de pouvoir reconnaître sa véritable nature, qui était, dans le principe, masquée par le développement considérable de la nymphé gauche, devenue le siège d'un œdème dur, chronique, qui fixa principalement son attention.

Le 23 avril 1844, entra dans mon service, salle Saint-Louis, n° 40, la nommée Cur... Mar... Barr..., âgée de trente-trois ans, domestique, demeurant à Châtillon-sur-Seine; d'un tempérament lymphatico-sanguin, portant des traces d'affection scro-

(1) *Archives générales de médecine*, mars 1844, p. 314.

fuleuse au col et autour de la mâchoire, d'ancienne ophthalmie chronique et d'esthiomène à la face, dont elle fut atteinte dans sa jeunesse; le bout du nez est effilé, pâle et luisant, une peau cicatricielle recouvre ses cartilages, les ailes du nez sont amincies; il y a autour des pommettes des plaques rouges, érythémateuses et luisantes. Réglée à seize ans, elle l'est encore aujourd'hui très bien; elle n'a jamais eu d'enfant; elle est sujette depuis de longues années aux maux de tête.

Il y a huit ans, avant, dit-elle, d'avoir jamais eu des rapports sexuels, elle éprouva des démangeaisons et des cuissons à la partie, qui se tuméfia légèrement. En même temps apparut un léger écoulement clair, blanchâtre, laissant sur le linge une tache ferme et roussâtre. Quatre ans après, elle eut pour la première fois des rapports sexuels; la partie se tuméfia davantage, les démangeaisons devinrent plus intenses, et l'écoulement beaucoup plus abondant; il ne fut jamais accompagné de douleurs ni de cuisson en urinant. Il ne se communiqua jamais à la personne avec laquelle elle vivait. Deux mois après, les démangeaisons augmentèrent encore: elle se gratta avec beaucoup de force et très souvent. Ces frottements firent venir des boutons rouges, isolés les uns des autres, du volume de la tête d'une épingle; ils étaient secs, sans suppuration. Elle cessa de se gratter, se lava avec de l'eau fraîche, et les boutons disparurent promptement.

Quelque temps après, elle ne peut au juste préciser l'époque, elle eut des grosseurs dans les aines. Ces grosseurs devinrent en peu de jours chaudes, douloureuses, s'abcédèrent et s'ouvrirent spontanément; elles ne tardèrent pas à se cicatriser. Aujourd'hui on reconnaît dans chaque aine une cicatrice blanche, déprimée et irrégulière.

Depuis deux ans, et sans cause connue, sans excès d'aucune nature, la vulve s'est plus sensiblement tuméfiée que par le passé. Cette tuméfaction a commencé par occuper toute la région

vulvo-anale en même temps. La malade n'éprouvait aucune douleur en marchant, en urinant, pas plus que dans les rapports sexuels.

Son mal ayant fait des progrès très sensibles, devenant gênant et parfois douloureux, la malade se décida à venir à Paris pour s'en faire débarrasser. Elle entra, le 12 juillet 1843, à l'hôpital de Lourcine dans le service de mon collègue M. Bazin, où je pus la voir et la faire dessiner. (Pl. 4, fig. 1.) Voici dans quel état se trouvaient les organes génitaux externes.

Nous extrairons de la description de Desruelles tout ce qui nous paraît exact, et nous ajouterons ce qui a été omis.

« La vulve, entièrement déformée, offre, au premier abord, une tumeur médiane très volumineuse, circonscrite par des tumeurs latérales plus petites (A); ces dernières sont les deux grandes lèvres (dd) encore bien distinctes; la première est la nymphe gauche tout à fait méconnaissable. La grande lèvre droite est le double en volume de l'état normal, un peu rouge, mollasse, comme œdémateuse, renversée en dehors par la tumeur principale. La gauche a le triple de son volume ordinaire; elle est d'une couleur plus foncée, et la consistance tient le milieu entre l'œdème et le squirrhe; toutes deux, sans chaleur, ni douleur, ont une teinte jaunâtre qui leur donne l'aspect de la couenne; elles sont lisses, presque glabres. »

« Au milieu d'elles, et comme suspendue au sommet du prépuce du clitoris, apparaît une tumeur plus large à son milieu qu'à ses extrémités, pesante, large de 9 centimètres sur 5 de long, ayant la forme d'un œuf irrégulier: elle est d'une couleur livide légèrement violacée, qui passe au violet dans la partie inférieure, d'une consistance dure, égale dans toute son étendue, analogue à celle du squirrhe ou des corps fibreux de l'utérus, insensible au toucher et à une pression même assez forte, sensible aux piqûres. Au premier abord elle semble pédiculée; mais si on la soulève, si on l'examine avec soin, on

reconnait qu'elle se continue avec la petite lèvre gauche dans toute son étendue, dont elle est bien évidemment une prolongation. Cette base est ainsi très étendue en hauteur, mais son épaisseur n'a pas plus de 1 centimètre; elle est sillonnée de veines gorgées de sang, mais on n'y sent pas de battements qui indiquent la présence d'un rameau artériel, même d'un faible volume. Le sommet, d'un bleu violet, est large, arrondi, irrégulier, recouvert d'éminences mamillaires et pisiformes qui sont dures, tendues, luisantes, élastiques, d'un rouge sombre ou violet; quelques unes ressemblent assez bien par leur volume, leur forme, leur couleur d'un rouge sombre et foncé, aux fruits très mûrs du cormier. Elles ne sont ni pédiculées ni ramifiées comme les végétations syphilitiques, leur surface n'est pas granulée comme celle de ces dernières; elles ne garnissent pas seulement le sommet de la tumeur, elles en occupent tout le tiers inférieur. Au-dessus de ces éminences, se trouvent plusieurs fissures étroites, peu profondes, qui naissent du fond des sinus qu'elles laissent entre elles, et qui se perdent insensiblement sur la partie lisse et polie de la tumeur. Il y a six mois que ces petites tumeurs pisiformes ont commencé à prendre un développement sensible pour la malade.

La petite lèvre droite, cinq ou six fois plus volumineuse qu'à l'état normal, est dure, violacée, couverte à sa partie inférieure de granulations (E) qui, à cela près du volume, sont en tout semblables aux précédentes: les plus volumineuses ressemblent à des grains de chènevis; l'hypertrophie et l'infiltration œdémateuse semblent y marcher comme dans la nymphe gauche. Si l'on soulève la tumeur principale, on aperçoit plusieurs ulcères irréguliers, en général, allongés, à bords élevés, à fond grisâtre et sanieux. Une longue ligne d'ulcérations occupe le pli génito-crural gauche. On en trouve deux petites dans le droit. Il y a deux mois seulement que ces ulcérations existent; elles se sont manifestées sans cause connue: c'est depuis cette

époque que la malade éprouve des cuissons en urinant.

Les caroncules myrtiformes, hypertrophiées, épaissies et indurées, rétrécissent l'entrée du vagin.

Le raphé périnéal hypertrophié forme une crête rouge dentée qui a 1 centimètre de haut sur 6 ou 7 millimètres de large.

Les ganglions inguinaux des deux côtés, mais surtout ceux du côté gauche, sont engorgés.

Il s'écoule des parties malades un liquide séreux, grisâtre, quelquefois roussâtre, peu abondant : c'est là l'écoulement dont la malade doit être atteinte depuis longtemps.

Le vagin et l'utérus sont sains.

L'état général est bon ; appétit, digestion facile, garde-robres régulières. Les systèmes respiratoire, circulatoire et nerveux n'offrent aucun trouble ; la malade n'éprouve aucune douleur ; il y a six mois qu'il n'y a eu des rapports sexuels ; la malade n'a fait aucun traitement, n'a pas consulté de médecin, son affection ne lui ayant jamais donné d'inquiétude, excepté depuis quelques mois.

Sous l'influence du repos, des lotions, des bains, des sudorifiques et du proto-iodure de mercure, les ulcérations se sont cicatrisées ; un impétigo simple se manifeste à la face et disparaît au bout de quelques jours ; du reste, aucun changement. M. Bazin, voyant que la tuméfaction ne diminue pas, cède aux instances de la malade ; il se décide à enlever les deux nymphes avec l'instrument tranchant. L'extirpation est pratiquée le 2 septembre 1843, après bientôt deux mois de traitement. Point d'hémorrhagie, pansement simple de la plaie.

La petite lèvre gauche, incisée dans son plus grand diamètre, crie sous le bistouri, presque comme le tissu squirrheux, et présente une surface d'un blanc jaunâtre, uniforme, égale dans toute son étendue, sans cavité, sans noyaux indurés, extrêmement peu vasculaire, mais laissant écouler une certaine quantité de sérosité limpide. La peau n'est indurée et épaissie que là

où se trouvent les éminences mamillaires qui sont formées elles-mêmes par la peau, et un tissu cellulaire dense, serré et vasculaire. On ne peut reconnaître dans cette tumeur que j'ai désignée avec Desruelles que du tissu cellulaire condensé, imprégné de sérosité. On n'aperçoit qu'une masse blanchâtre, au milieu de laquelle se distinguent çà et là quelques faisceaux fibreux. Des incisions pratiquées dans divers sens montrent partout une masse homogène.

La petite lèvre droite présente les mêmes altérations, mais moins de consistance et un peu plus de vascularité.

La cicatrisation des plaies marcha très rapidement; le 14 septembre, douze jours après l'opération, elle était complète.

Dès le 10, la malade reprit son traitement; il y avait déjà une diminution très notable des grandes lèvres, les glandes inguinales avaient presque disparu, l'écoulement était tari, lorsque la malade voulut sortir le 28.

Rentrée dans son pays, livrée au même genre de vie, sans autre cause que les fatigues inséparables de sa profession, sans avoir eu aucun rapport sexuel, elle vit son mal, qui n'était pas entièrement guéri, revenir peu à peu, et sept mois après elle entra dans mon service salle Saint-Louis, n° 10. Elle était dans l'état suivant.

Les deux grandes lèvres avaient le double au moins de leur volume ordinaire; elles étaient tendues, fermes, d'un rouge sombre et luisant, quelques écailles épidermiques blanchâtres tendaient à s'en détacher. Les deux nymphes qui avaient été presque entièrement enlevées par M. Bazin, non seulement s'étaient en quelque sorte régénérées, mais offraient trois fois autant d'étendue qu'à l'état normal, elles dépassaient de 1 centimètre et demi le bord libre des grandes lèvres. Elles étaient d'un rouge violet, épaissies et infiltrées, mais de cette infiltration dure qui ne permet que très difficilement à la pression du doigt de laisser une empreinte. Les caroncules, qui sont elles-mêmes

hypertrophiées, sont pâles, demi-transparentes et très fermes. Toutes les parties qui forment l'entrée du vagin sont dans le même état, aussi n'est-ce qu'avec une certaine difficulté qu'on peut introduire le doigt dans sa cavité.

Les plis de l'anus sont irrités, développés et ressemblent aux rayons d'une roue convergeant vers leur axe. La raphé périnéal forme, dans toute son étendue, depuis l'anus jusqu'à la fourchette, une crête ferme, élastique, haute de 1 centimètre.

Une série d'ulcérations allongées, fissurales, profondes de 3 ou 4 millimètres, à fond grisâtre, mais uni, à bords taillés obliquement de dehors en dedans, et d'un rouge violet, existent dans toute la longueur des plis génito-cruraux et au fond des plis nympholabiaux; on en trouve deux petites sous forme de fissures entre les plis de l'anus, en dehors de l'orifice anal. Toutes les parties irritées, enflammées et ulcérées ne fournissent pas un pus épais, abondant, jaunâtre ou verdâtre, mais seulement un liquide clair, presque incolore ou trouble et grisâtre, toujours peu abondant, relativement à l'étendue des surfaces malades; il n'y a écoulement ni vaginal ni utérin.

Le mont de Vénus, la partie supérieure et interne des cuisses, la partie interne des fesses sont le siège d'une inflammation érythémateuse d'un rouge sombre.

La malade ne souffre que lorsqu'elle vient d'uriner ou lorsqu'elle marche beaucoup.

Traitement. — Les toniques généraux et locaux, iodure de potassium, d'abord à la dose d'un gramme, puis d'un gramme et demi, 2 grammes et successivement jusqu'à 3 grammes par jour.

La malade n'a jamais pu supporter l'usage de l'huile de foie de morue.

Sur la fin de juin, sa position était considérablement améliorée. En juillet, elle demanda une permission, et ne rentra pas à l'hôpital.

Tous les caractères de l'esthiomène étaient si bien réunis chez cette femme, que nous nous dispenserons de faire suivre cette observation d'aucune réflexion.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE I.

FIGURE 1^{re}. Esthiomène érythémateux, perforant et hypertrophique de la vulve et de la région anale. Observation 4^e, Bla... Mar..., cinquante-deux ans.

A A. Grandes lèvres.

B B. Bords libres et mamelonnés des nymphes.

C. Prépuce du clitoris.

D. Raphé périnéal hypertrophié.

E E E. Tumeur mamelonnée du pourtour de l'anus.

F. Sinus ou sillon longitudinal qui répond à l'ouverture de l'anus,

G G G G. Plaques érythémateuses.

FIGURES 2^e et 3^e. Dessin de la même maladie fait vingt-deux jours après le premier.

FIGURE 2^e. Les grandes lèvres, déjà beaucoup moins volumineuses, sont écartées afin de bien faire voir l'état des nymphes B B et du prépuce du clitoris C.

Le raphé périnéal D a presque repris la disposition naturelle.

FIGURE 3^e. Les nymphes B B sont écartées et renversées en dehors, afin de montrer leur face interne, l'ulcération déchiquetée et taillée à pic, qui siège en dedans de leur base dans le pli nympho-hyméal C C C et au vestibule.

D D D. Tumeur composée d'éminences mamelonnées formées par la saillie du méat urinaire et le tubercule de la colonne antérieure du vagin.

E. Sonde placée dans l'urètre.

PLANCHE II.

FIGURE 1^{re}. Esthiomène perforant et hypertrophique du périnée et de l'anus. Observation 5^e, Fer... Clé..., trente-deux ans.

A A. Grandes lèvres.

B B. Nymphes.

C. Enfoncement anguleux, résultat de la cicatrice d'une ancienne ulcération.

D. Crête saillante formée par le raphé périnéal, et quelques plis de l'anus se continuant avec l'extrémité postérieure de la nymphe droite.

E. F. Enfoncement fissural qui remplace le vestibule et le méat urinaire.

G G G. Extrémité inférieure du vagin décollée par l'ulcération H H.

I. Représente le tubercule antérieur du vagin.

J. Orifice inférieur du vagin très rétréci.

FIGURE 2^e. Les nymphes sont écartées afin de bien faire voir la destruction du vestibule urinaire E F, et l'ulcération circulaire à fond blanchâtre H H, ayant décollé l'extrémité inférieure du vagin devenue saillante au centre de l'ulcération G G G.

I. Cette saillie offre elle-même à son centre une petite ouverture J : c'est celle de la cavité vaginale.

K. Cicatrice blanchâtre d'une ancienne ulcération qui a détruit la fourchette et la fosse naviculaire.

FIGURE 3^e. Elle représente la maladie telle qu'elle s'offre, sans aucun tiraillement ni écartement des parties A A A A. Les extrémités inférieures des nymphes et des grandes lèvres détachées des parties voisines par l'ulcération qui est aujourd'hui cicatrisée.

B. Méat urinaire.

C. Paroi antérieure du vagin poussée en bas et en avant par la base de la vessie.

D. Entrée de la cavité du vagin qui forme une fente oblique dirigée de droite à gauche, et d'arrière en avant.

E. Éperon formé par la cloison recto-vaginale dont la partie inférieure et périnéale est détruite.

F F F. Crêtes saillantes et frangées formées par les plis de l'anus hypertrophiés et ulcérés.

G. Cavité du rectum.

PLANCHE III.

FIGURE 1^{re}. Esthiomène hypertrophique végétant de la vulve, du périnée et de l'anus. Observation 7^e, Mou... Jea..., quarante-sept ans.

A A. Grandes lèvres.

B B. Nymphes très développées, quoique très minces; elles se continuent jusque vers le périnée.

C. Sillon flexueux qui pénètre jusqu'au fond de l'ulcération, et dont l'extrémité antérieure, en passant de droite à gauche à travers le périnée, vient aboutir à l'élévure tuberculeuse D qui siège sur l'extrémité postérieure de la grande lèvre gauche.

D. Cette élévation tuberculeuse ou petit abcès de la grande lèvre gauche dont le fond communique avec le sinus de l'ulcération.

FIGURE 2^e. Esthiomène perforant de l'entrée du vagin, et hypertrophique de la vulve, du périnée, de l'anus et du rectum, etc. Observation 8^e, Boa... Ade..., vingt-six ans.

A. Grande lèvre gauche très développée.

B. Nymphe gauche dont l'extrémité postérieure a été atteinte et détachée par l'ulcération.

C. Point d'origine et cicatrice de l'ulcération sur la partie postérieure et interne de la grande lèvre.

D. Extrémité supérieure et antérieure de l'ulcération vers la partie latérale gauche du méat urinaire.

- E. Fosse naviculaire ulcérée.
 F F F. Fond de l'ulcération qui a décollé la paroi postérieure et latérale gauche du vagin.
 G G. Bord libre et flottant de ces parois décollées.
 H. Entrée du vagin.
 I. Continuation de l'ulcération sous le point de jonction de la nymphhe droite avec la grande lèvre correspondante.
 J J J. Tumeurs mamelonnées du périnée et des environs de l'anus.
 K. Engorgement ganglionnaire gauche.

PLANCHE IV.

FIGURE 1^{re}. Esthiomène hypertrophique œdémateux et végétant de toute la vulve et du raphé périnéal.

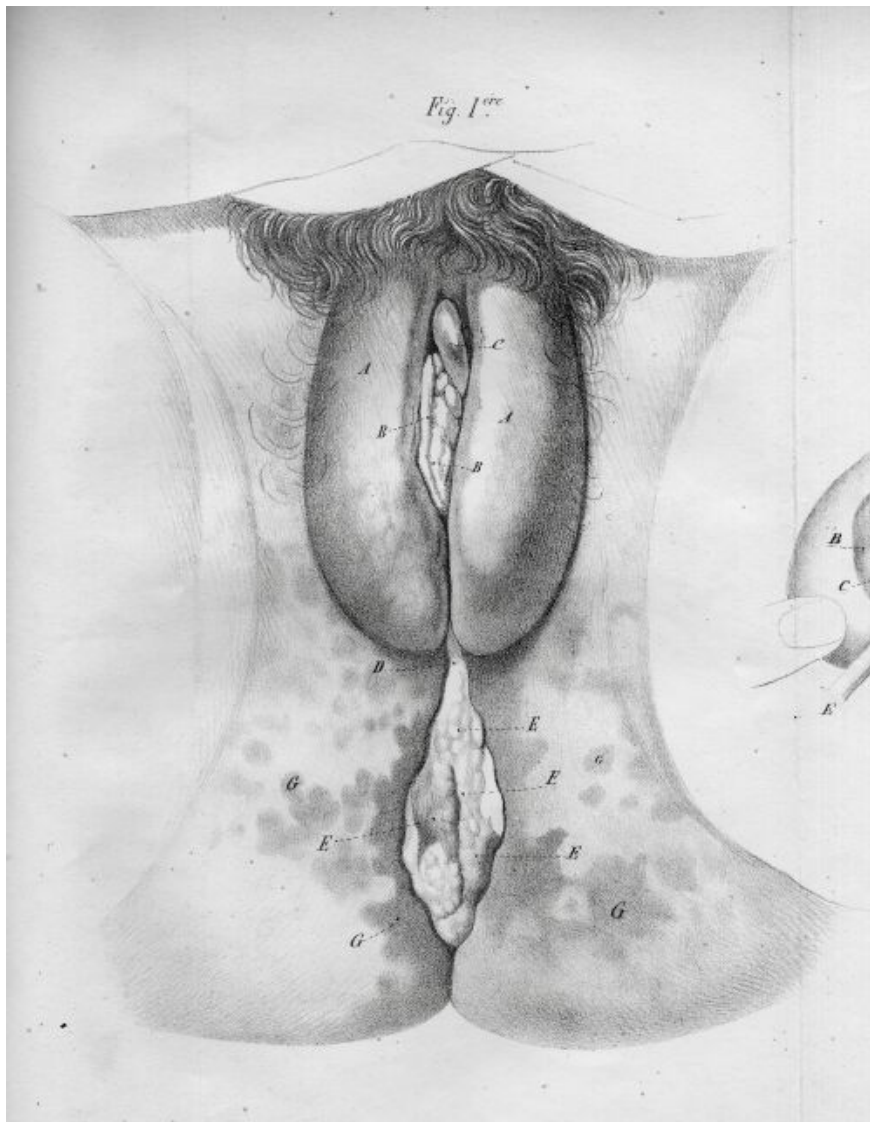
- A. Tumeur formée par la nymphhe gauche.
 B. Prépuce du clitoris.
 C. Nymphhe droite.
 D D. Grandes lèvres.
 E E E. Petites tumeurs mamelonnées, pisiiformes et granuleuses, de l'extrémité inférieure des tumeurs formées par les deux nymphhes.

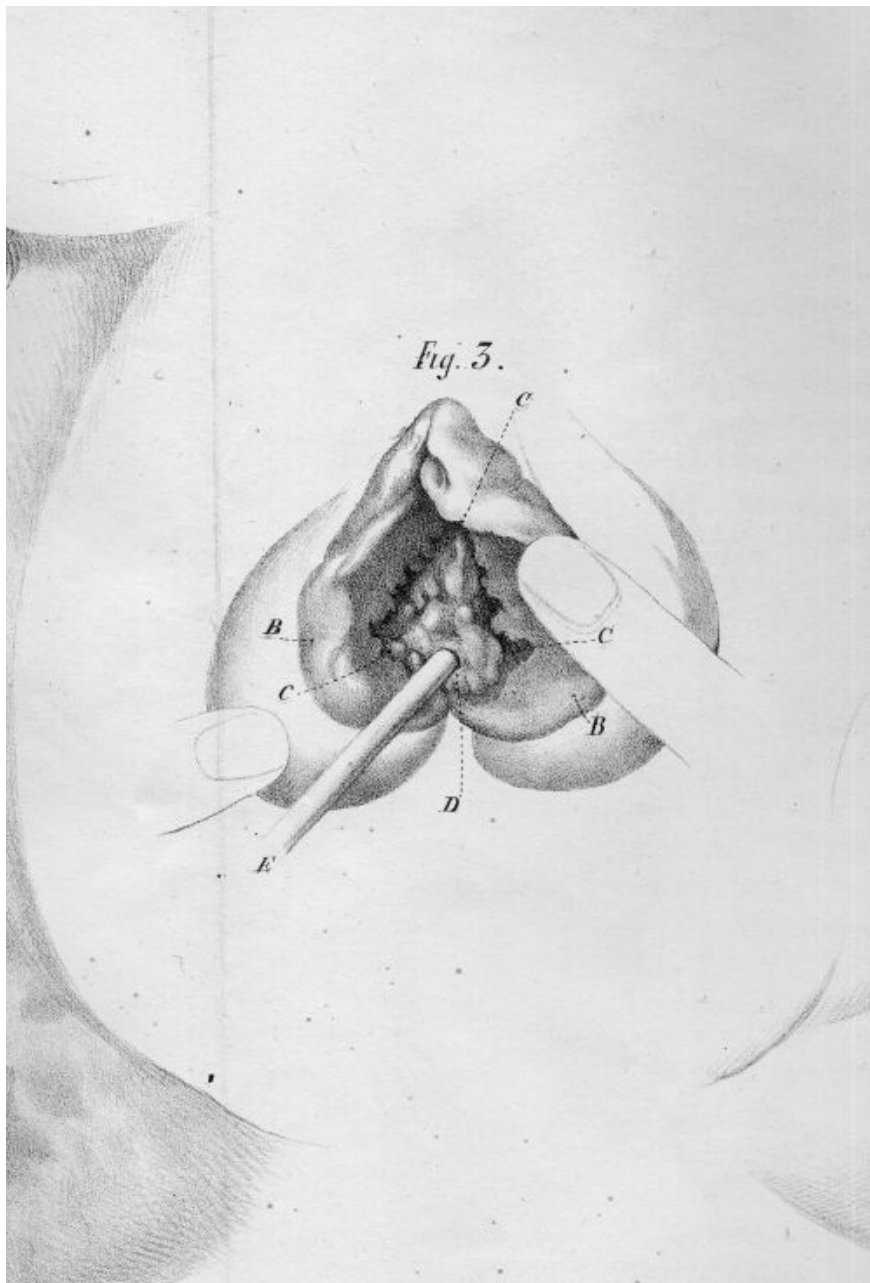
FIGURE 2^e. Epithélium de la surface libre de la tumeur.

- A. Groupe de cellules épithéliales imbriquées.
 B. Cellules épithéliales isolées.
 a a. Bords libres des cellules.
 b b. Noyaux un peu ovales des cellules entourées de fines granulations, représentant une poussière nuageuse.

FIGURE 3^e. Tissus élémentaires de la couche blanche lardacée de la tumeur, et sous-jacente à l'épithélium qu'on a dissociés à l'aide d'aiguilles à dissection.

- a a a. Cellules épithéliales isolées ou imbriquées, en général plus petites et moins régulières que celles de la couche précédente.
 b b. Noyaux de cellules.
 c c. Fibres fusiformes renflées au milieu, à extrémités, en général, allongées en pointes courtes, ou obtuses par exception.
 d d. Noyau ovale qui détermine le renflement de ces fibres fusiformes.
 e e. Noyaux isolés de tissu fusiforme, semblables à ceux contenus dans les fibres, et qu'on retrouve toujours avec celles-ci.
 f f f. Fibres de tissu cellulaire proprement dit.
 g g. Fibres de tissu cellulaire élastique (fibres de noyau Henle) beaucoup plus larges que les précédentes, et onduleuses, qui entrent avec les précédentes dans la composition du tissu cellulaire. Elles ont été figurées un peu trop larges.





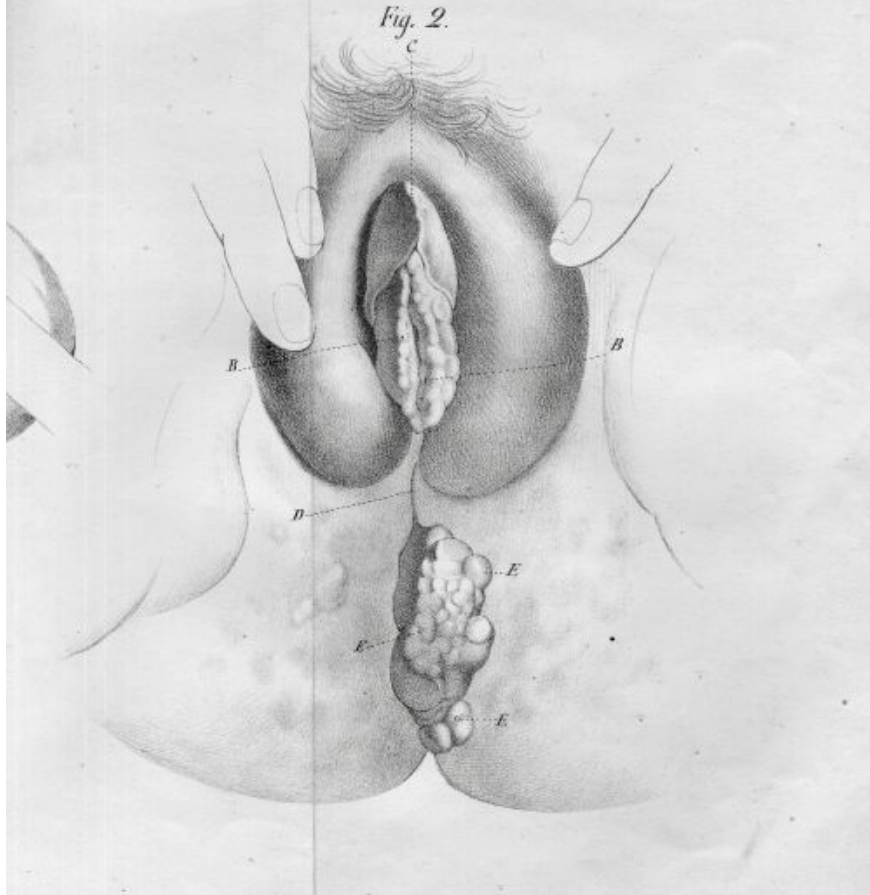


Fig. 1^{re}

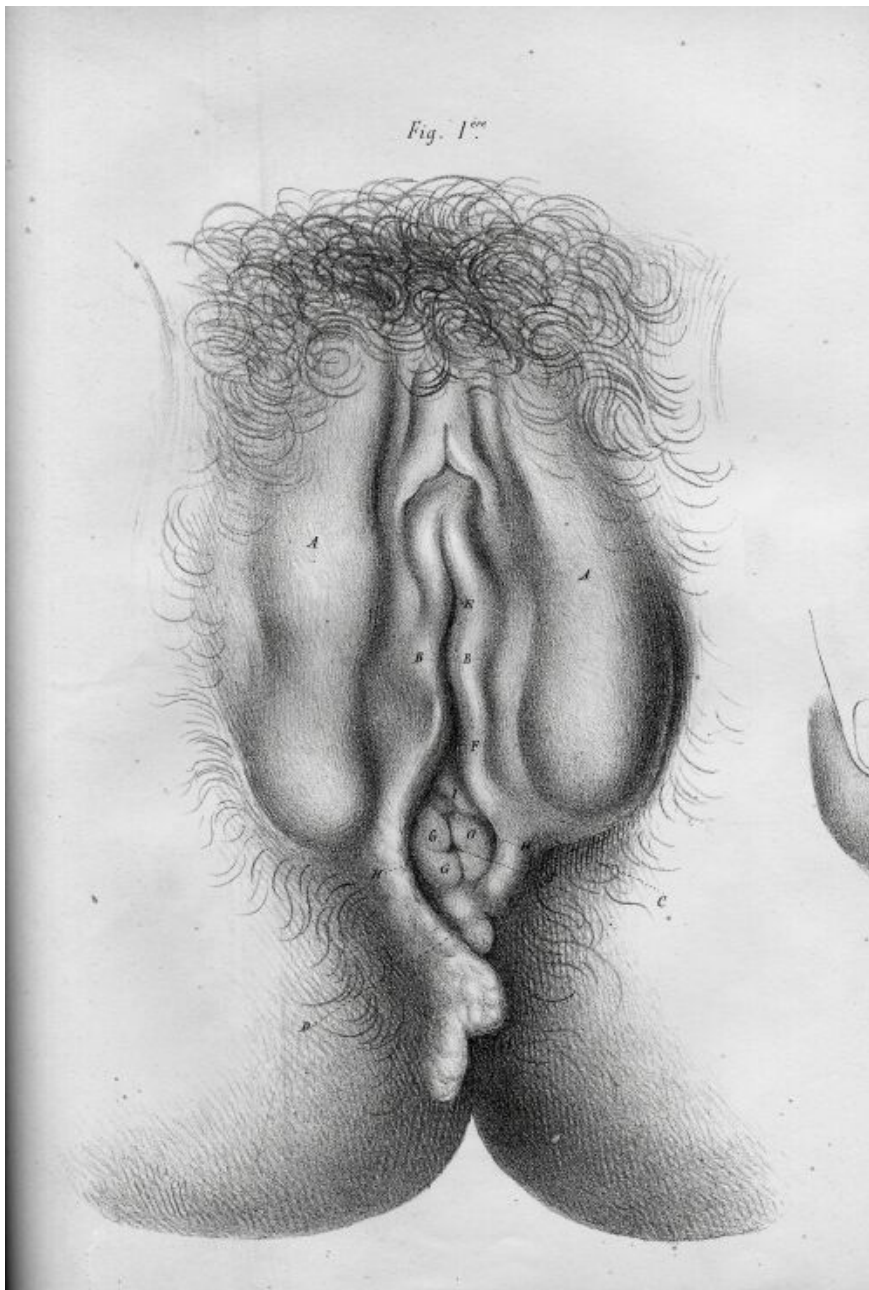
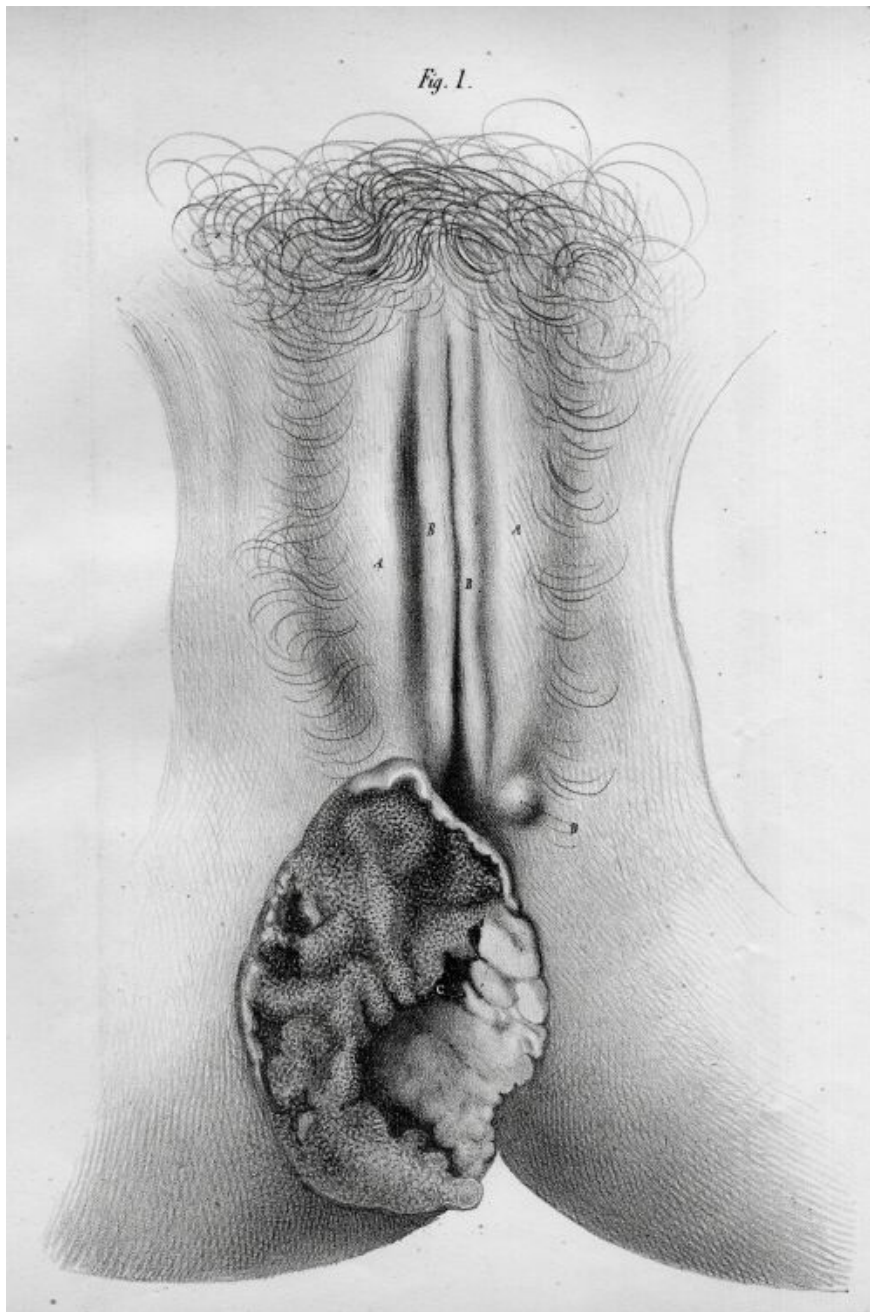


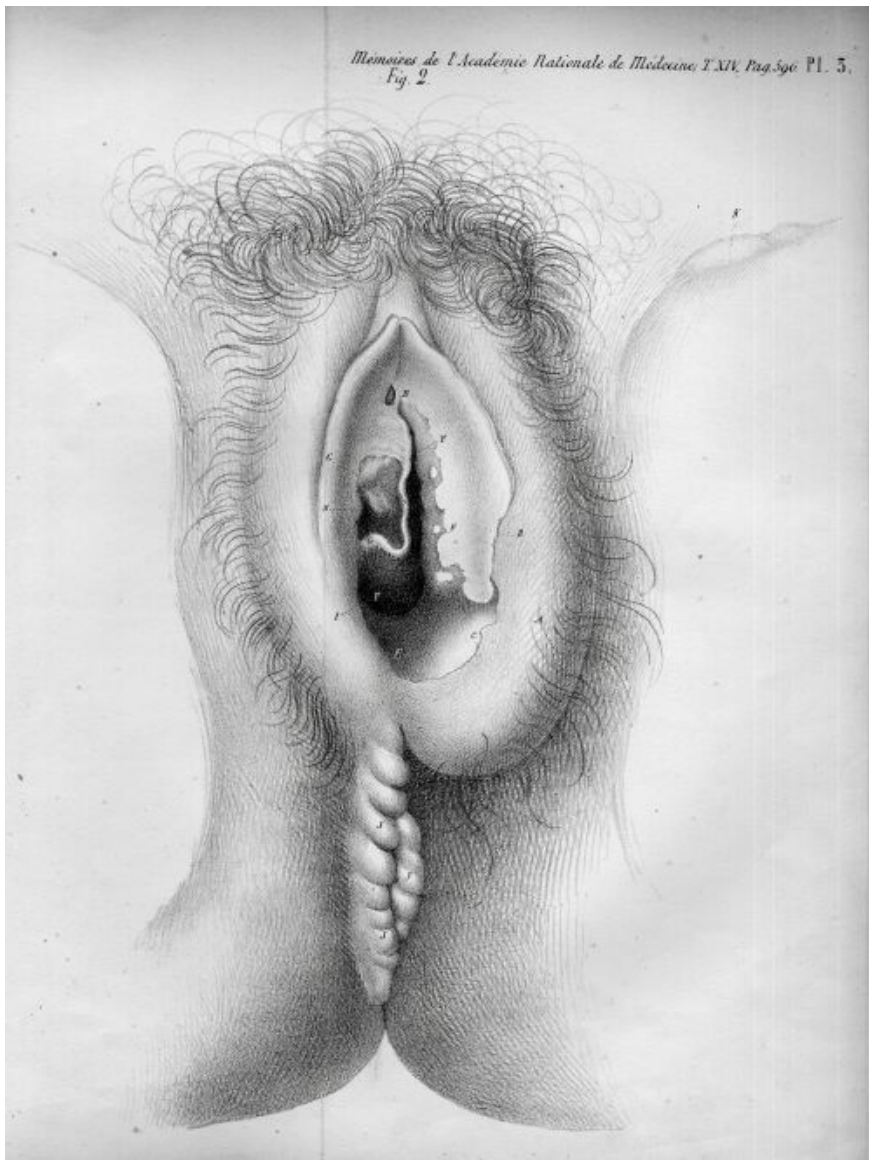
Fig. 2.





Fig. 1.





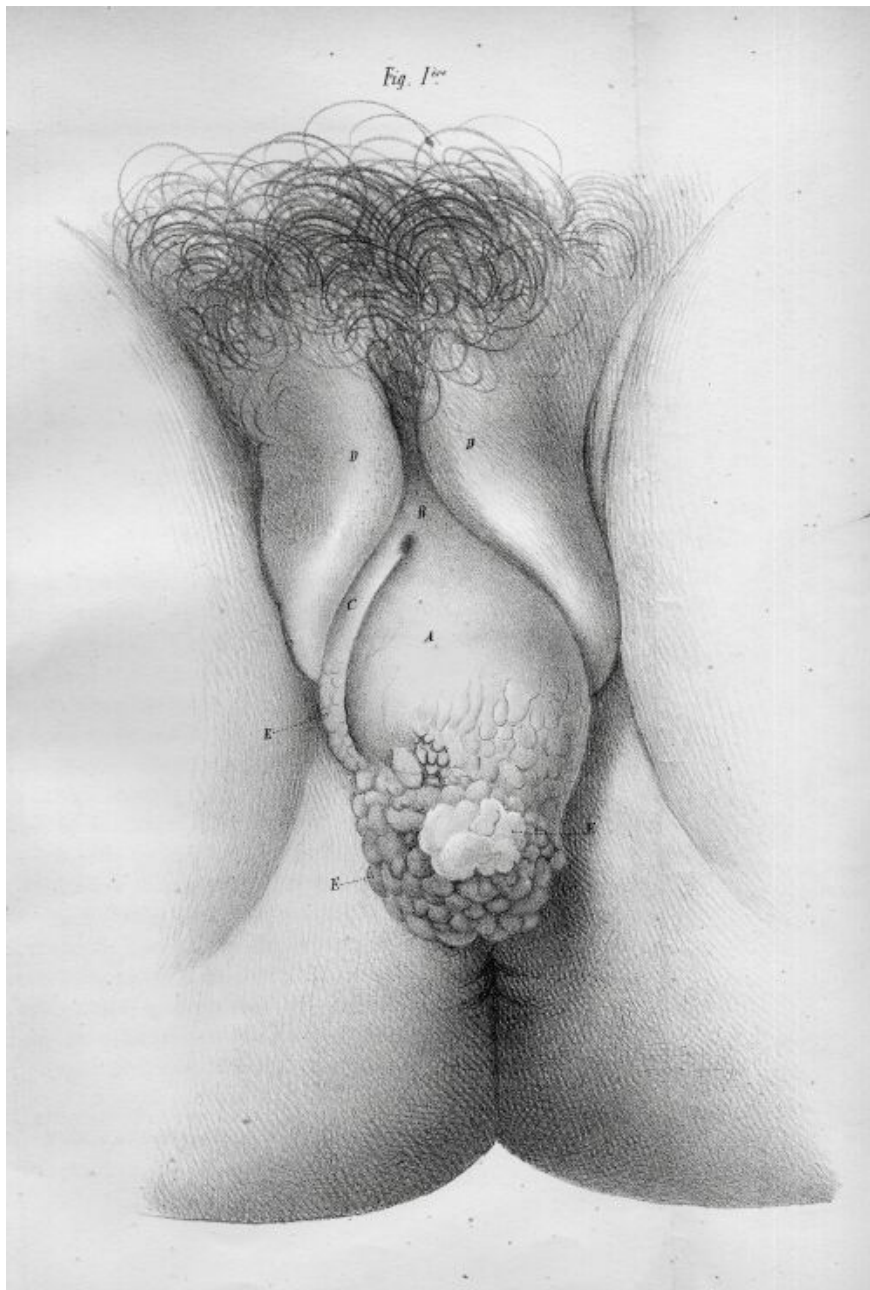


Fig. 2.

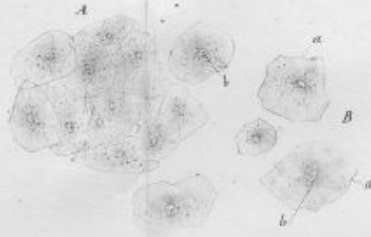


Fig. 3.

