

d'urine vient masquer le déplacement des corps caverneux. Si on cherche à sonder le malade, on ne peut y parvenir et on constate la vacuité du fourreau pénien.

Le traitement consistera à débrider, à chercher les corps caverneux, à les ramener en place et à les maintenir par quelques points de suture.

III. — LÉSIONS INFLAMMATOIRES.

A. Aiguës. — Balanite. Balano-posthite. — Le gland et le prépuce sont presque toujours atteints simultanément ; aussi n'y a-t-il pas lieu de décrire à part l'inflammation du gland ou balanite et l'inflammation du prépuce ou posthite, car on rencontre ordinairement l'inflammation des deux organes, ou balano-posthite.

Celle-ci reconnaît des causes prédisposantes, telles que la scrofule, l'herpétisme et surtout le diabète. Les fermentations de l'urine sucrée produisent en effet souvent des balano-posthites à répétition. Mais il est une condition locale qui prédispose plus que tout le reste à l'infection du gland et du prépuce, c'est le phimosis, qui favorise la stagnation du smegma préputial, des sécrétions vaginales, qui empêche les lavages soigneux après les coïts infectants. Très souvent, en effet, le gonocoque est l'agent producteur de la balano-posthite, et dans 317 cas de chaudepisses, Sigmund a noté 59 fois cette complication ; 14 fois même la balano-posthite à gonocoque existait sans propagation à l'urètre. C'est également dans les cas de phimosis que des chancres mous, des plaques muqueuses se compliquent le plus facilement de balano-posthite, et celle-ci masque la lésion principale.

Enfin, des excès de coït ou de masturbation chez des gens malpropres peuvent encore produire la balano-posthite.

La balanite chez les gens soigneux affecte ordinairement la forme suivante. Le malade ressent un léger prurit qui le porte à retourner son prépuce ; le gland est un peu rouge et présente au niveau de la base une petite érosion ; il y a exagération de production du sébum. Si à ce moment il se lave avec un peu d'eau propre et s'il isole l'érosion avec un peu de poudre antiseptique, tout rentre en ordre en deux ou trois jours.

Il n'en est plus de même dans les cas plus avancés. Le gland est rouge, luisant, exfolié, excorié par places ; il sécrète un liquide jaunâtre, parfois même muco-purulent ou franchement purulent. Après nettoyage de la région, on trouve alors de véritables ulcérations, ayant toujours leur prédominance vers le sillon balano-préputial.

Le prépuce est le plus souvent atteint ; augmenté de volume et œdématisé, il recouvre le gland et donne à tout l'organe l'aspect d'une massue ou d'un battant de cloche. Parfois, par suite de l'in-

flammation, le prépuce phimotique vient s'appliquer sur le méat et peut même s'opposer à la sortie des urines.

Quand l'affection atteint un tel degré, elle met longtemps à guérir, quelquefois deux et trois semaines ; parfois même davantage si quelques complications surviennent : citons l'érysipèle, la lymphangite, le paraphimosis. Reclus signale un cas de gangrène du prépuce avec issue du gland à travers l'orifice de l'escarre. Assez souvent, surtout dans les balano-posthites latentes, il peut s'établir des adhérences entre les muqueuses balanique et préputiale, rendant le coït douloureux et difficile. Parfois, à la suite de balano-posthites à répétition, le prépuce phimotique s'indure et ne permet plus la découverte du gland. Enfin, l'accident le plus redoutable est certainement la présence d'un chancre qui détruit le gland et qui infecte sournoisement l'organisme.

Le diagnostic de la balano-posthite et de ses complications est parfois très difficile, s'il existe un phimosis ; sinon, il sera toujours facile d'écarter le diagnostic d'herpès, de chancre mou ou induré, de plaques muqueuses.

Le traitement est simple. S'il n'y a pas de phimosis, on prescrira des lavages fréquents avec des liquides antiseptiques faibles et on recouvrira le gland avec de la poudre d'iodoforme, de salol ou d'aristol. S'il y a du phimosis, dans la plupart des cas, il faut se hâter d'inciser le prépuce sur la face dorsale et traiter alors la balano-posthite comme précédemment. Si, en même temps que le phimosis, il existe un chancre mou qu'on puisse diagnostiquer, on tentera d'abord de faire des injections sous le prépuce, de désinfecter le chancre mou et on attendra sa guérison avant de faire la circoncision. Si toutefois, même dans ce cas, l'inflammation est trop intense et le phimosis trop serré, on en pratiquera l'incision, en se souvenant que l'inoculation de la chancrelle à la plaie a beaucoup de chances de se produire.

Lymphangites. — L'infection des lymphatiques péniens succède à une érosion du prépuce, du gland, que cette érosion soit traumatique et consécutive au coït, ou au contraire la conséquence d'herpès, d'eczéma. Par cette porte d'entrée pénètrent les microbes bien connus des inflammations banales, de la blennorragie, le microbe moins connu du chancre mou, et le microorganisme encore ignoré de la syphilis. De cette variété d'agents infectants résultent plusieurs espèces de lymphangite que l'on peut ranger en trois groupes : 1° *Lymphangite banale et blennorragique* ; 2° *chancrelleuse* ; 3° *syphilitique*.

1° Les *lymphangites banales et blennorragiques* sont le plus souvent très limitées et n'atteignent que les réseaux voisins du point inoculé ; d'autres fois, elles sont tronculaires et atteignent les gros troncs lymphatiques du pénis. Inutile de décrire leurs symptômes : là comme dans toutes les lymphangites du corps, on observe de la rougeur

le long des vaisseaux lymphatiques, de l'œdème des parties malades, œdème surtout prononcé au niveau du prépuce, et enfin des indurations des lymphatiques qui vont se jeter dans des ganglions inguinaux, eux-mêmes augmentés de volume et douloureux. Ces lymphangites sont caractérisées par leur allure bénigne et leur tendance à la résolution. Jamais en effet on n'a noté leur suppuration.

2° Il n'en est pas de même de la *lymphangite chancrelleuse*. Celle-ci atteint moins les réseaux lymphatiques, mais beaucoup plus les troncs. C'est une lymphangite tronculaire, caractérisée par la présence de gros cordons noueux et indurés. Les renflements peuvent diminuer et même se résoudre; mais souvent ils augmentent de volume, suppurent, et la plaie qui résulte de leur ouverture spontanée se comporte comme un chancre mou.

3° La *lymphangite syphilitique*, contrairement aux précédentes, est indolente et il faut la chercher pour la reconnaître. Elle atteint ordinairement les lymphatiques dorsaux et latéraux de la verge. Ceux-ci forment des cordons indurés et moniliformes, quelquefois très volumineux, qui aboutissent dans l'aîne à un ganglion très gros, très dur et indolent, le ganglion témoin de l'infection syphilitique.

La lymphangite de la vérole ne suppure pas, et si les anciens auteurs ont noté des cas de suppuration, c'est qu'ils ignoraient les associations de chancres, le chancre mixte.

Pénitis. — Cette affection est fort rare. Les descriptions qu'en donnent les auteurs se ressentent de cette rareté et sont très obscures. Le pénitis pourrait succéder à des excès de coït ou de masturbation, mais le plus souvent il est secondaire à des manœuvres intra-urétrales, ayant atteint le corps spongieux ou les corps caverneux, à une blennorrhagie, surtout quand l'organisme est prédisposé aux suppurations par une maladie grave, telle que la variole (Boyer), le scorbut (Orlowski). Dans ces cas, le traumatisme seul est incriminé; c'est le cas de Moulinié, où chez un cavalier la verge fut meurtrie par la pression de la selle.

La verge atteinte de pénitis est augmentée de volume, rouge et tendue. L'érection est constante, permanente, et fait souffrir atrocement le patient. Parfois, l'émission des urines est difficile et il y a même une rétention complète.

Le pénitis vrai, c'est-à-dire l'inflammation totale de la verge, ne tend jamais à la résolution, mais il marche rapidement à la suppuration et même à la gangrène partielle ou complète du membre. La structure de la verge permet de comprendre les cas assez fréquents d'infection purulente généralisée et de mort.

Comment lutter contre cette dangereuse infection? Au début, quand il n'y a pas encore de suppuration, les longues incisions et l'application de pansements antiseptiques humides nous paraissent nécessaires; plus tard, quand la suppuration survient, la même

conduite s'impose. Enfin, quand il y a gangrène, on ne peut essayer d'agir contre elle qu'après sa limitation spontanée. Suivant le conseil de Monod et Brun, on pourra, selon les cas, avoir recours à la régularisation de la plaie détergée, ou à une amputation véritable.

Gangrènes du pénis. — Connues depuis de longues années, les gangrènes de la verge ont été étudiées au point de vue clinique, dans plusieurs travaux importants. La bactériologie est venue modifier quelque peu les idées courantes sur ce sujet, et le chaos de ces gangrènes commence à se débrouiller, depuis que l'on a reconnu qu'elles sont toutes fonctions d'un microbe, et que toutes ont pour point de départ une fissure urétrale ou balanique.

Entre la lymphangite gangreneuse dont Fournier, Jalaguier, ont rapporté des exemples; entre les gangrènes foudroyantes décrites par Fournier et par Émery, et les gangrènes survenant chez les urinaires, en dehors de l'infiltration, gangrènes dont Guyon et Albarran ont rapporté les premières observations, il existe une analogie frappante; la pathogénie est à peu de chose près identique, et il n'est plus désormais de raison d'étudier à part et en autant de chapitres distincts des variétés ou plutôt des modalités d'une même affection.

Pathogénie. — Variétés. — Les gangrènes de la verge doivent être divisées en deux classes: 1° les *gangrènes aseptiques*, et 2° les *gangrènes septiques*.

I. **Gangrènes aseptiques.** — Elles reconnaissent les unes des causes locales, les autres des causes générales.

Parmi les premières, se trouvent les traumatismes, les contusions, la compression déterminée par un anneau. Dans d'autres observations, on trouve incriminées la torsion de la verge, l'influence du froid (Verchère).

Les causes générales susceptibles de produire la gangrène de la verge sont la fièvre typhoïde, la variole, le diabète, l'alcoolisme, l'artério-sclérose, le paludisme.

II. **Gangrènes septiques.** — Ici, il ne faut plus invoquer un trouble circulatoire: il y a, au contraire, intervention microbienne primitive, la gangrène est fonction du microbe.

Ces gangrènes s'observent dans deux circonstances.

1° Tantôt elle n'est que l'aboutissant, la complication d'une affection en cours; ainsi, le phimosis, le paraphimosis, la balanite, l'herpès préputial, le chancre mou peuvent être l'occasion ou la cause de la gangrène de la verge.

Köhler, par exemple, a rapporté dernièrement un cas très curieux de gangrène pénienne terminée par la mort. A l'autopsie, on trouva un vaste abcès prostatique et périprostatique, avec thrombose des veines pelviennes et surtout des veines honteuses internes, cette thrombose ayant été évidemment la cause du sphacèle de la verge.

L'infiltration d'urine, qui ordinairement provoque seulement le

sphacèle des enveloppes de la verge, peut, comme dans le cas de Lejars, frapper cet organe de gangrène totale.

Et il ne serait pas étonnant que dans le groupe des gangrènes qu'il nous reste à décrire, dans ces gangrènes spontanées, on ait rangé à tort des gangrènes qui n'étaient que de l'infiltration d'urine, c'est-à-dire des gangrènes à point de départ urétral avec lésion préexistante urétrale. L'analogie clinique, la similitude d'évolution entre ces deux accidents expliquent jusqu'à un certain point cette confusion.

2° Tantôt, au contraire, celle-ci paraît *primitive, essentielle*, elle se développe d'emblée, sans lésions préexistantes, elle évolue comme une maladie particulière : la gangrène foudroyante.

Fournier, le premier, a donné la description, et Émery (1) a pu récemment établir nettement l'origine streptococcique, ainsi d'ailleurs que Pellizzari et Volterra (de Florence). Cette gangrène débute toujours chez les sujets jeunes, au milieu de la santé la plus parfaite : il n'y a aucune cause locale appréciable qui puisse expliquer cette gangrène. L'appareil urinaire est indemne, l'urine est normale. La gangrène, malgré son étendue, se termine par la guérison.

La gangrène spontanée, foudroyante, s'observe encore dans d'autres conditions. MM. Guyon et Albarran ont décrit en 1891, au Congrès de chirurgie, une gangrène causée par la bactérie pyogène, spécialement virulisée. Le microorganisme a été isolé en effet dans l'urine, dans l'infiltration gangreneuse et dans le sang; et avec les cultures obtenues on a pu reproduire le même type de gangrène.

Elle a été observée chez des prostatiques rétentionnistes, infectés et soumis tous les jours à l'auto-cathétérisme malpropre. La gangrène reste superficielle : il n'y a pas de foyer péri-urétral. L'origine urinaire est indiscutable, puisque l'infection de l'urine produit la gangrène, et c'est au niveau du prépuce qu'il faut chercher la porte d'entrée. Ici la mort a toujours été la conséquence de l'affection.

Enfin Malherbe et Monnier (*Société de biologie*, 4 mars 1899) ont trouvé dans une gangrène de la verge un diplobacille, très mobile, à forme parfois strepto-bacillaire, ne liquéfiant pas la gélatine, ne prenant pas le Gram.

L'*agent* de la gangrène septique de la verge a donc varié, dans ces quelques cas, où l'observation a été positive à ce point de vue; le streptocoque a été trouvé par Émery, le colibacille par Albarran. Les propriétés gangreneuses de ces agents sont-elles dues à un excès de virulence propre, ou à des associations variées? C'est ce que l'on ne saurait dire encore. Quoi qu'il en soit, il est très probable que des microbes anaérobies (2), dont l'influence dans l'infiltration

(1) ÉMERY, Contribution à l'étude de la gangrène foudroyante spontanée, thèse de Paris, 1896.

(2) COTTET, thèse de Paris, 1899.

d'urine n'est pas douteuse, exercent ici une influence certaine et peut-être prépondérante. C'est sur ce point spécial que devront à l'avenir porter les recherches.

Un autre point discutable est celui qui a trait à la porte d'entrée. On ne peut faire que des hypothèses à ce sujet : il est probable qu'une inoculation minime, en apparence insignifiante ou méconnue, suffit à créer sur la verge une porte d'entrée, chez les individus dont l'urètre parfaitement indemne n'est pas en cause. Ainsi s'explique l'influence des coïts excessifs, qui sont notés dans la plupart des observations.

Clinique. — Au point de vue clinique, ces gangrènes présentent des allures identiques. Deux catégories seulement sont à établir : la *gangrène ischémique*, dont le type est la gangrène sèche, et la *gangrène septique*, dont le type est la gangrène foudroyante de Fournier.

La *gangrène sèche* évolue avec les mêmes caractères que sur d'autres régions ; sa description ne peut nous arrêter.

Quant aux *gangrènes septiques*, qu'elles soient dues à une infiltration d'urine ou à une gangrène d'ordre urinaire, ou à cette infection spontanée streptococcique dont Fournier a donné la description, les phénomènes cliniques sont identiques.

On admettra, comme dans toute gangrène, trois périodes dans le développement de la gangrène du pénis : une période de *début*, une période d'*état*, une période d'*élimination* et de *réparation*.

La *première période* est caractérisée par les phénomènes ordinaires des inflammations, revêtant le plus souvent une grande intensité.

Dans la *période d'état*, apparaissent des phlyctènes contenant un liquide roussâtre. Bientôt la peau devient noirâtre et l'escarre se constitue, sèche et molle suivant les cas; le sillon d'élimination apparaît vers le dixième jour.

La *période d'élimination* et de réparation commence alors. Les escarres se détachent suivant le mécanisme ordinaire, entraînant une partie plus ou moins grande de la verge, parfois le pénis tout entier. C'est au moment de leur chute que se déclarent des hémorragies plus ou moins graves, mortelles dans un cas de Demarquay; l'urètre peut être lui-même ouvert. La *réparation* se fait ordinairement avec une très grande rapidité et une perfection merveilleuse, à moins que des infections ne viennent la retarder.

Le *diagnostic* de la gangrène n'est pas difficile, mais ce qui est difficile c'est de découvrir la cause; aussi les discussions sont-elles encore pendantes à ce sujet.

L'infiltration d'urine, péri-urétrite gangreneuse, se reconnaît à son début périnéal : l'urètre est brisé et souvent ouvert.

La gangrène spontanée survient chez des sujets jeunes : elle évolue rapidement, et avant l'ouverture du foyer il est impossible de la distinguer de l'infiltration d'urine.