

Les gangrènes urinaires surviennent chez des vieillards infectés : au contraire de la gangrène spontanée, elles ne guérissent pas, et les malades succombent rapidement.

Quant à la lymphangite gangreneuse, dont les auteurs nous ont légué la description, je me demande comment on peut la distinguer de ces gangrènes : c'est une seule et même affection, c'est un même processus portant sur tous les tissus lymphatiques et tissu cellulaire avoisinant.

Le pronostic est le plus souvent d'une bénignité relative, mais il est des cas où un seul corps caverneux est atteint, et alors des cicatrices vicieuses courberont la verge, gêneront ou empêcheront le coït. Il peut persister des fistules urétrales. Enfin, la septicémie ou l'infection purulente peut dans ces cas rares emporter le malade. J'observe en ce moment un malade qui, à la suite d'une gangrène de la verge, fait des abcès multiples.

Le traitement consiste à faire le plus tôt possible de très larges et très profondes incisions sur toute l'étendue des parties modifiées, en dépassant même la zone atteinte, ou en pénétrant dans la zone œdémateuse. Des pansements humides, des pulvérisations au sublimé aideront à la désinfection du foyer.

Plus tard, lorsqu'il existe des cicatrifications vicieuses, on peut être obligé de recourir à l'autoplastie.

**B. Chroniques. — Indurations plastiques des corps caverneux.** — Cette affection, qu'avec Monod et Brun, Reclus, nous rangeons parmi les inflammations chroniques, a été bien décrite pour la première fois en 1743, par La Peyronie. Puis de nombreux articles lui ont été consacrés par Boyer, Bérard, Lerminier, Vidal (de Cassis), Kirby, Galligo, Paget, Cameron, Verneuil, Demarquay. En 1885, Tuffier en a donné une étude à laquelle nous ferons de larges emprunts.

Tout d'abord, il faut nettement séparer le nodus plastique de toutes les autres indurations, traumatiques, syphilitiques, blennorragiques, des corps érectiles.

**Anatomie pathologique.** — Le nodus siège toujours dans le corps caverneux, et non en un point quelconque des tissus érectiles, comme le voulaient les anciens auteurs, confondant toutes les indurations. Sa situation est toujours superficielle et non interstitielle ; la membrane fibreuse et surtout la cloison sont les lieux d'élection.

Quant à l'histologie du nodus, nous n'en savons rien de bien précis, sinon qu'elle ressemble à celle des chéloïdes : du tissu fibreux presque pur, associé à des cellules embryonnaires en flots, constitue la nodosité.

**Étiologie.** — L'affection est rare : Ricord, dans sa longue carrière, n'en aurait vu qu'une vingtaine de cas. Les anciens auteurs lui ont trouvé de nombreuses causes, telles que les inflammations de

l'urètre, les traumatismes, la syphilis. Mais ils avaient en vue des faits que nous avons étudiés ailleurs.

Le nodus spontané n'a aucun rapport avec ces nodosités secondaires, et il ne reconnaît guère qu'une seule cause, l'influence de l'âge. C'est en effet chez des vieillards de cinquante à soixante-dix ans que le nodus plastique se rencontre presque exclusivement. Dans des cas très rares (Tuffier), des jeunes gens de vingt-cinq à trente ans ont pu en être atteints ; c'est qu'ils étaient vieux par leurs tissus, que leurs organes en général et leur pénis en particulier subissaient un travail de sclérose précoce.

On a beaucoup discuté l'influence des diathèses, les uns la niant (Trélat, Monod, Le Fort), les autres l'admettant (Kirby, Paget, Verneuil, Tuffier, Reclus). En faveur de ces derniers, la statistique de Tuffier parle éloquemment. Sur vingt-six malades, cet auteur a trouvé quinze goutteux et onze diabétiques.

L'affection semble donc bien liée à la goutte et au diabète, et en dernier mot à l'arthritisme, la diathèse commune.

Si nous nous rappelons qu'à partir d'un certain âge les enveloppes et la cloison des corps caverneux s'épaississent et deviennent dures, nous dirons que le nodus plastique est le résultat de la sclérose sénile, résultat inconstant, se produisant sous l'action combinée de l'arthritisme et de la vieillesse. Il n'y a là rien de comparable aux nodosités des gommés sclérosées, des hématomes indurés, des phlébites de la verge.

Il peut y avoir une ou plusieurs nodosités.

**Symptômes.** — L'aspect de l'induration varie : c'est tantôt un noyau assez saillant, tantôt une plaque à grand axe parallèle à la verge. Quand elle siège sur la cloison, elle se présente sous la forme d'un coin à base supérieure, répondant à la veine dorsale.

La consistance est toujours très dure, d'après Tuffier, et il n'y aurait pas lieu de distinguer des nodosités dures et molles, comme l'a fait Demarquay.

La peau est mobile sur le nodus qui est fixe, adhérent aux corps caverneux.

Les troubles fonctionnels sont nuls à l'état de flaccidité de la verge ; il n'y a en effet ni douleur ni troubles de la miction. L'érection est au contraire fort gênée, déviée toujours du côté de l'induration, il y a un véritable strabisme pénien, le pénis louche (Ricord). Dans les cas de plaque latérale, il y a strabisme latéral ; dans les plaques dorsales, l'érection peut devenir « annulaire ». La plaque inférieure produit l'*erectis humilis* des anciens.

Avec des déviations pareilles, le coït est toujours difficile, parfois impossible.

L'éjaculation se fait parfois en deux temps ; d'abord intérieurement : « la semence darde intérieurement », dit La Peyronie ; puis

en dehors, en bavant, quand l'érection a un peu diminué. Il est vrai qu'à l'âge auquel apparaît le vrai nodus plastique les érections sont rares. Quand par hasard la nodosité survient chez un jeune homme, elle peut au contraire entraîner de graves inconvénients : névralgies, neurasthénie, conduisant au suicide.

Les indurations ont une *évolution* spéciale en ce sens qu'une fois un certain volume atteint, elles restent stationnaires ; elles peuvent, dans des cas rares, subir la transformation calcaire.

Le *diagnostic* est facile ordinairement. La nodosité se trouve facilement, et il ne s'agit plus que d'en déterminer la nature. Les nodosités *cancéreuses*, qui peuvent avoir la même forme, sont beaucoup plus profondes, succèdent à un cancer du gland ou du fourreau, et ont une évolution autrement rapide. Les indurations *inflammatoires* post-blennorragiques siègent autour de l'urètre dans le corps spongieux, affectent souvent une forme annulaire ; il est de plus intéressant de remarquer qu'elles s'accompagnent surtout de troubles urinaires et non de troubles sexuels. Les indurations *traumatiques* ont leurs antécédents ; les *dépôts calcaires* sont plus longs, moins flexibles. Quant aux *gomes* des corps caverneux, elles sont superficielles, elles ont la même forme, le même volume, la même indolence que le nodus proprement dit, et le diagnostic serait vraiment impossible s'il n'y avait le traitement antisyphilitique.

**Traitement.** — Chez les vieillards, il n'y a rien à faire. Quand, au contraire, chez un jeune homme, le nodus donne lieu à des troubles inquiétants, il peut y avoir lieu de l'enlever.

Les *ossifications* du pénis sont exceptionnelles. La première observation, partout citée, remonte à 1687 et se rapporte à un bœvier de Hesse, dont le pénis complètement osseux était par suite toujours en érection et si dur que sa femme éprouvait pendant le coït les plus cruelles douleurs.

Un homme âgé de cinquante-deux ans avait le pénis recourbé en haut et le toucher y faisait reconnaître l'existence d'une espèce de corde dure et tendue. La distorsion était telle que l'émission des

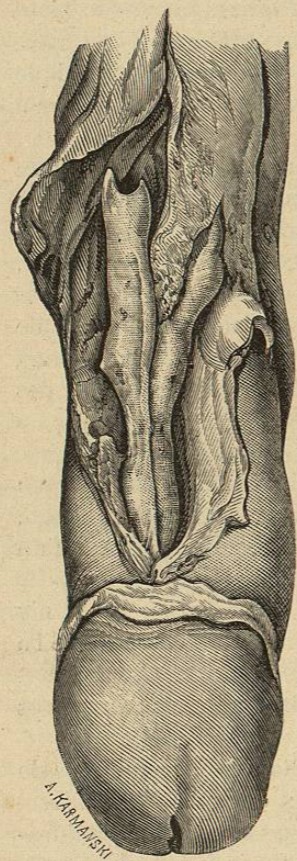


Fig. 205. — Os développé dans le pénis, d'après la pièce n° 2542 du Musée d'anatomie pathologique de Vienne.

urines ne pouvait avoir lieu sans des douleurs excessives et que le coït était devenu impossible. Max Clellan (1828) disséqua et enleva un os étendu à toute la longueur du pénis. Velpeau cite deux cas d'ossification partielle ; enfin, Demarquay représente dans son ouvrage un cas dont la pièce anatomique se trouve au musée de Vienne. Il s'agit d'un homme de cinquante ans, dont la verge contenait un os de 5-6 centimètres de long (fig. 205).

L'ÉLÉPHANTIASIS localisé à la verge seule est infiniment rare. Cette

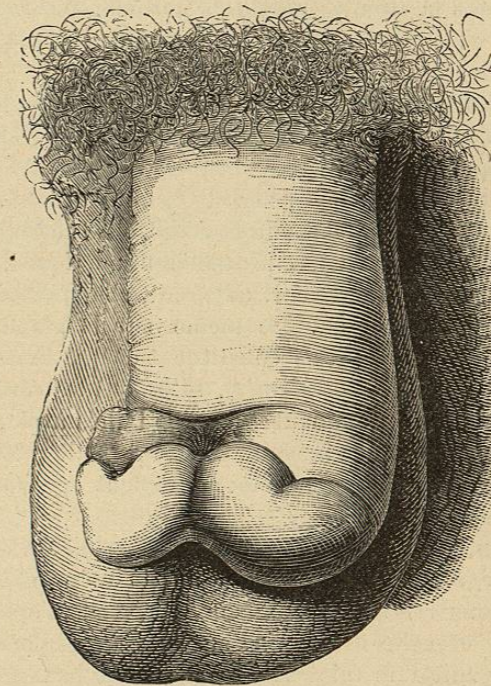


Fig. 206. — Éléphantiasis du prépuce.

forme pénienne serait d'ailleurs plus fréquente en Europe que la forme scrotale pure.

Les téguments de la verge et surtout le prépuce sont hypertrophiés et l'organe tout entier prend des proportions considérables (fig. 206). Vadd a vu un nègre dont le pénis mesurait 14 pouces de long et 12 pouces et demi de circonférence ; chez un malade opéré par Goyrand (d'Aix), l'organe descendait jusqu'aux genoux. Esdile parle d'une « véritable trompe d'éléphant » descendant également jusqu'aux genoux et se terminant par une verrue.

Ces « pénis de mulet » ne s'opposent que rarement à la miction, parfois cependant le prépuce hypertrophié forme un long canal qui entrave plus ou moins le cours des urines.

Le plus souvent, les désirs vénériens sont abolis. Gibert cite

cependant un malade qui avait conservé ses érections. Les dimensions du pénis s'opposent d'ailleurs à tout coût.

Le *traitement* est très difficile. La compression n'a été suivie de succès que très rarement et une opération est souvent nécessaire ; elle consistera à réséquer un lambeau de peau à la face dorsale de la verge et à réunir par des sutures les surfaces cruentées. Malheureusement, les résultats peuvent n'être que momentanés.

**C. Infections spécifiques.** — 1° Le *chancre mou* siège souvent au prépuce, dans la rainure balano-préputiale. S'il y a phimosis, l'inflammation s'étend au prépuce qui se gonfle : il faut débrider le prépuce, pour laver, désinfecter et panser.

2° La *syphilis* se manifeste au niveau de la verge par la plupart de ses lésions, *chancre induré*, *plaques muqueuses* et *lésions tertiaires*. Celles-ci sont plus rares : Alfred Fournier cependant, en 1876, en avait observé plus de cinquante cas, et Ozenne, en 1883, en rapportait huit observations nouvelles. Sur la verge, elles se développent au-dessous de la peau à laquelle elles adhèrent ; uniques, quelquefois multiples, mobiles, elles se fixent, adhèrent, s'ouvrent en laissant à leur place un ulcère creux. De même sur le gland et dans la rainure balano-préputiale, elles constituent ce que Fournier appelle les « *cavernes gommeuses du gland* ». Elles ont les caractères classiques des ulcérations gommeuses : bords taillés à pic, fond bourbillonneux jaunâtre, surface inégale. Elles ont quelquefois été prises pour un cancer, mais l'influence du traitement spécifique tranche rapidement les hésitations.

3° La *tuberculose du pénis* est un fait extrêmement rare. En ce qui concerne la verge même et ses téguments, Reclus ne cite que les deux observations relevées par Brun et Monod, l'observation de Hillairet (1875) et celle de Fournier (thèse de Looten). Dans ce dernier cas, il s'agit d'un tubercule manifeste de la verge ; ce tubercule avait suppuré et s'était ulcéré. Il en était résulté une perte de substance, qui mit trois mois à se réparer, sans aucun traitement. Plus tard, l'affection reparut avec les caractères du pus tuberculeux.

Potarca (1) a publié dernièrement une autre observation : à la face postérieure du pénis se trouvait une tumeur développée dans l'épaisseur de la paroi inférieure, longue de 12 centimètres, large de 6, douloureuse à la pression. Au niveau de cette tumeur, la palpation indiquait la présence de noyaux indurés, séparés par des points fluctuants, où les téguments présentaient une coloration et une épaisseur normales, sans lui adhérer.

Cette tumeur fut enlevée ; elle contenait à son centre quelques foyers fluctuants, qui laissaient échapper un pus séreux, jaunâtre ; les foyers vides formaient de petites cavernes anfractueuses, présen-

(1) POTARCA, Un cas de tuberculose du pénis opéré (*Arch. des sc. méd.*, 1897, n° 1, p. 25).

tant des foyers caséux et des fongosités. C'était une production tuberculeuse.

La tuberculose siège moins rarement sur le gland, au niveau du méat ; elle constitue le chancre tuberculeux proprement dit (1).

Chez l'adulte, le chancre tuberculeux de la verge est parfois associé à la tuberculose génito-urinaire ; il coïncide alors avec d'autres ulcérations tuberculeuses de l'urètre.

D'autres fois, il est primitif ; il constitue la première et seule manifestation de la tuberculose.

Pour expliquer sa production, deux théories sont en présence : pour les uns, cet accident résulterait d'une infection par le coït avec une femme atteinte de tuberculose génitale (Cohnheim, Verneuil) ; pour les autres, il aurait une origine hématique (Guyon, Strauss) ; l'infection reconnaîtrait pour point de départ un foyer tuberculeux commun ou ignoré, et viendrait se fixer sur la verge comme en un lieu de moindre résistance.

Chez les enfants, la pathogénie est plus claire à élucider ; le chancre tuberculeux résulte souvent, chez les israélites en particulier, d'une inoculation directe au moment de la circoncision. Par exemple, Lehmann, Elsenberg, Lœvenstein ont publié des observations où la circoncision et la succion de la verge par des rabbins atteints de tuberculose pulmonaire ont déterminé des ulcères, que les recherches histologiques et bactériologiques ont démontrés de nature tuberculeuse. Dans ces cas, la plaie opératoire ne se cicatrise que lentement et incomplètement ; il reste toujours un point non cicatrisé, sur lequel s'établit plus tard un ulcère à fond grisâtre et purulent, à bords rouges, infiltrés, soulevés. Deux ou trois semaines après, les ganglions de l'anus se tuméfient et suppurent, l'enfant maigrit et succombe souvent à la généralisation de la tuberculose.

Le caractère du chancre tuberculeux, c'est d'être un ulcère atone, indolent. Les bords sont irréguliers, dentelés, souvent décollés ; son fond est recouvert de débris caséux, laissant voir par places un semis de grains jaunâtres. De ce fond grisâtre suinte une sécrétion purulente plus ou moins abondante. La peau environnante a une coloration violacée ou brunâtre. Les ganglions inguinaux ne tardent pas à se ramollir et à suppurer.

À côté de cette forme type du chancre tuberculeux, il est des modalités plus trompeuses ; souvent il simule, à s'y méprendre, le chancre syphilitique ; j'en ai vu un exemple très net avec Gastou à Saint-Louis en 1897 (2), et l'inoculation à l'animal peut être nécessaire pour trancher une question embarrassante.

(1) BARBET, thèse de Lyon, 1892-93, et MOUTIER, Chancre tuberculeux de la verge, thèse de Paris, 1896.

(2) GASTOU, Tuberculose ulcéreuse chancriforme de la verge (*Presse méd.*, 1897, p. 395).

Quand la tuberculose de la verge n'est que secondaire, le traitement ne peut être que palliatif.

Quand au contraire elle est primitive, on peut enrayer son développement par une exérèse étendue et par une médication générale énergique.

#### IV. — FISTULES URÉTRO-PÉNIENNES.

Au voisinage du méat, à travers le gland se créent parfois des fistules, qui mettent en communication l'urètre avec l'extérieur. Le

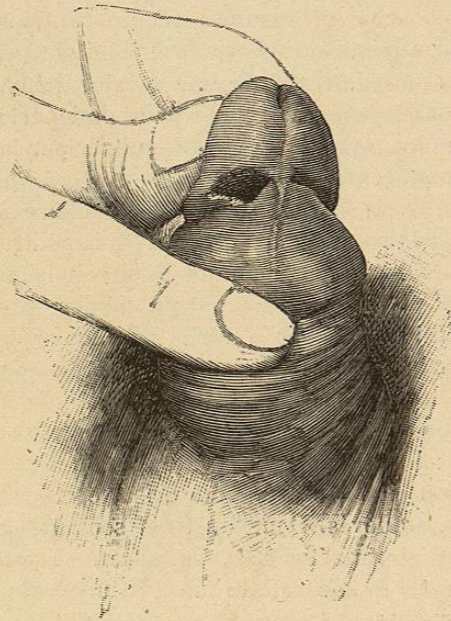


Fig. 207. — Fistule de la rainure, consécutive à un chancre urétral induré (d'après une photographie).

siège de ces fistules, une étiologie similaire permettent de tracer de ces lésions une description spéciale et assez différente des fistules urétrales consécutives aux rétrécissements.

Elles ont été décrites par Humbert (1) en 1890 et plus récemment par Saint-Hilaire (2).

**Étiologie. — Pathogénie.** — Les causes des fistules uréthro-péniennes sont de deux ordres; elles sont *mécaniques* ou *inflammatoires*.

1° Les causes *mécaniques* sont constituées par les plaies, les piqûres ou les sections de la verge et de l'urètre. Elles sont très rares.

Plus fréquentes sont celles qui succèdent à la constriction de la verge par un lien circulaire ou un anneau.

(1) HUMBERT, *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 10 avril 1890.

(2) A. SAINT-HILAIRE, *Fistules uréthro-péniennes*, thèse de Paris, 1898.

2° Les causes *inflammatoires* sont représentées par les rétrécissements de l'urètre et leurs complications, les abcès urineux par exemple, enfin par la blennorrhagie. Les fistules ont été étudiées ailleurs (p. 330).

Je n'ai pas à y revenir et j'envisagerai surtout les fistules d'origine *vénéérienne*, c'est-à-dire celles qui sont consécutives au chancre mou et à la syphilis. De toutes les causes signalées, ce sont les seules qui sont absolument spéciales aux fistules de l'urètre pénien proprement dit.

Parmi les chancres mous, ceux qui sont le mieux à même d'entamer l'urètre et de faire une fistule sont le chancre de la rainure, le chancre du frein et surtout les chancres phagédéniques.

Les fistules syphilitiques se produisent à toutes les périodes de la syphilis, mais surtout dans la première année ou dans les premiers mois. Elles sont consécutives aux syphilomes ulcéreux (primitifs, secondaires ou tertiaires) ou aux syphilomes phagédéniques ou ulcéreux de la rainure, du frein, de la face inférieure du gland en général et de l'urètre.

**Variétés anatomiques.** — Au point de vue du siège, les fistules uréthro-péniennes consécutives au chancre simple et à la syphilis présentent quatre variétés.

1° Les *fistules de la rainure glando-préputiale* sont uniques ou multiples. Elles sont très petites, ce sont de simples pertuis (fig. 207).

2° Les *fistules de la fosse naviculaire* sont les plus fréquentes. Leur étendue est variable, tantôt il y a un orifice circulaire de petit diamètre, tantôt la perforation occupe la totalité de la paroi inférieure de la fosse naviculaire (fig. 208). D'autres fois enfin la fistule est plus large, elle empiète en avant sur l'urètre balanique qui est plus ou moins détruit, ou en arrière sur l'urètre pénien. Dans ces cas compliqués, les téguments de la verge sont toujours altérés ou détruits. Au contraire, avec les fistules limitées, le prépuce reste intact et forme jabot.

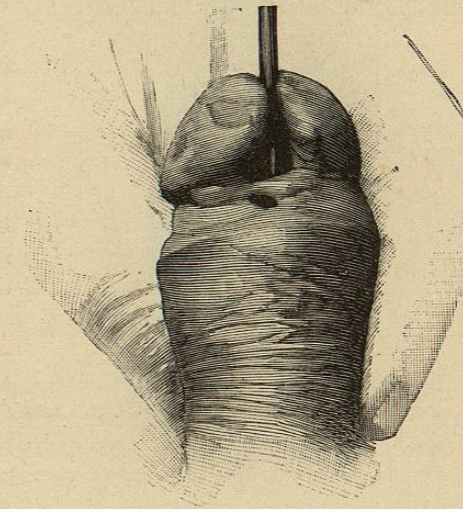


Fig. 208. — Fistule de la fosse naviculaire, produite par un chancre mou phagédénique qui a détruit une grande partie de la face inférieure du gland (Musée de l'hôpital Ricord. Collection du Dr Humbert).