

3° Les *fistules de la partie moyenne ou du corps du pénis* sont beaucoup plus rares que les précédentes. Elles sont le résultat d'ulcérations phagédéniques qui ont produit des dégâts considérables et ont perforé l'urètre au niveau du corps du pénis. Les téguments situés en avant de la fistule sont détruits.

4° Enfin l'*hypospadias pério-scrotal accidentel par perte de substance de toute la partie pénienne de l'urètre* constitue la quatrième variété, la plus grave, la plus compliquée. Elle résulte de chancres dits *décorticants* qui détruisent l'urètre dans toute l'étendue de la verge et ouvrent à la racine des bourses un méat anormal, sorte d'hypospadias accidentel.



Fig. 209. — Fistule urétrale de la rainure consécutive à un chancre syphilitique ulcéreux du frein. — Destruction de l'urètre glandulaire par une syphilide secondaire ulcéreuse (d'après une photographie).

tres (fig. 209). L'orifice plus ou moins circulaire est formé par une membrane de nouvelle formation, lisse, *épidermée* et mince. Les bords sont quelquefois calleux. Dans le fond de la fistule, on aperçoit la paroi supérieure de l'urètre conservé. Quelquefois, le canal est détruit ou oblitéré en avant de la fistule.

Le prépuce est détruit en totalité ou en partie : il en est de même du fourreau de la verge. Le gland entamé, évidé sur une de ses faces, a la forme d'un haricot.

Clinique. — Les symptômes qui caractérisent ces fistules se résument dans les troubles apportés à la miction et à l'éjaculation, dans l'irrégularité de l'érection et dans l'impossibilité du coït. Ces troubles varient naturellement avec le siège et la largeur de la fistule et surtout avec les lésions secondaires dont elles s'accompagnent.

Anatomie pathologique. — Quels que soient leur siège et leurs variétés, les fistules uréthro-péniennes sont des pertes de substance sans trajet, ce sont plutôt des trous. Elles se forment dans la majorité des cas de dehors en dedans. La perte de substance a l'aspect d'un évidement en cuvette, en cratère. Leurs dimensions varient de quelques millimètres à plusieurs centimètres.

Diagnostic. — Le *diagnostic* de la lésion s'impose. Les fistules blennorragiques, en effet, sont différentes : elles s'accusent à la peau par un petit orifice caché dans un repli cutané, et souvent même difficile à découvrir : ce sont le plus souvent de simples pertuis différents des perforations que constituent les fistules uréthro-péniennes.

Celles-ci sont assez spéciales pour qu'il soit toujours possible de dire qu'elles ont succédé au chancre simple ou à la syphilis. Mais il est le plus souvent impossible de dire quel est, du chancre simple ou de l'ulcère syphilitique, celui qu'il faut incriminer.

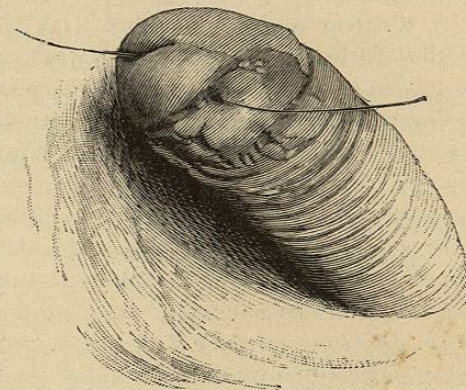


Fig. 210. — Syphilide ulcéreuse secondaire. — Fistule urétrale (d'après un moulage de la collection de M. le Dr Humbert).

Ces fistules comportent un *pronostic* sérieux en raison des obstacles multiples que l'on rencontre dans leur traitement et des difformités péniennes qu'elles laissent le plus souvent à leur suite.

Traitement. — Avant d'intervenir sur la fistule elle-même, il convient d'abord de s'assurer de la continuité de l'urètre, et s'il est oblitéré ou seulement rétréci.

Pour le traitement de la fistule, plusieurs moyens sont à notre disposition.

La *cautérisation* chimique ou physique ne convient qu'aux fistules récentes ou à celles qui sont très étroites.

L'*urétrorrhaphie* consiste à aviver le pourtour de la fistule et à la fermer par le rapprochement de ses bords à l'aide d'une suture à points séparés.

Enfin, si la fistule est trop large, l'*urétro-plastie* s'impose : il faut, avec des lambeaux appropriés, apporter à l'urètre la pièce qui lui manque. Pour cela, on utilisera avec avantage les lambeaux détachés et flottants soit du prépuce, soit du fourreau.

En tous cas, ce n'est pas dans une seule séance qu'on arrivera au résultat cherché : il faut le concours de plusieurs opérations successives pour arriver à un bon résultat.

V. — TUMEURS.

Sur la verge, comme dans le reste du tégument externe, il peut survenir des *kystes sébacés*, des *lipomes*, des *fibromes* ; leur loca-

lisation spéciale ne présente d'ailleurs aucun intérêt. Aussi les laisserons-nous de côté. Nous étudierons seulement les *kystes congénitaux* et les *tumeurs vasculaires*, les *végétations*, les *cornes* et surtout le *cancer*.

1° Kystes congénitaux. — On observe au niveau du raphé médian périnéo-scrotal et pénien des kystes mucoïdes et dermoïdes. Au niveau du raphé pénien et à la face inférieure du prépuce, ils ont été observés par Fochier, Bruch, Lannelongue et Achard. Redard (1) a publié la première observation de kyste mucoïde; Dardignac (2) en 1894, Mermet (3) en 1895, Chavannaz (4) et Cestan en 1898 ont rapporté de nouvelles observations de kystes mucoïdes du prépuce.

Ils se développent aux dépens des débris épithéliaux, vestiges du bouchon cloacal. Leur formation est liée intimement à celle des fistules urétrales sous-péniennes, ainsi qu'il résulte de la figure 78 (*Voy. Développement de l'urètre*, p. 281). Suivant que l'épithélium est ectodermique ou endodermique, le kyste est dermoïde ou mucoïde.

En général, ils sont uniques; ils siègent sur la ligne médiane, au dessous de la peau. Tantôt circonscrits et formés d'une cavité unique, ils sont d'autres fois moniliformes et constitués par une série de cavités en communication les unes avec les autres par des trajets intermédiaires et rétrécis.

Le volume varie d'une lentille à une amande.

La paroi est libre d'adhérences; d'autres fois, elle adhère à la muqueuse préputiale, au gland, au corps caverneux; la surface interne a l'aspect d'une muqueuse lisse.

Le contenu présente toutes les variétés des kystes dermoïdes, celui des kystes mucoïdes est presque toujours liquide, blanc, visqueux, comme du sperme. Ces kystes peuvent se transformer, suppurer (Chavannaz), être le point de départ de fistules (Balzer et Souplet).

La paroi est constituée par une trame mésodermique et un épithélium à caractère dermoïde ou mucoïde, suivant les cas.

C'est au niveau du prépuce que ces kystes sont le plus fréquents (7 fois sur 20, d'après la statistique de Mermet). Ils sont toujours médians, leur développement s'effectue sans réaction. Sessiles, ils soulèvent la peau, en formant au prépuce un jabot inférieur. Ils ne contractent d'adhérences ni avec la peau ni avec les parties profondes. Leur ouverture est parfois l'occasion d'une fistule.

Le *traitement* consiste dans l'ablation complète de la poche.

2° Tumeurs vasculaires. — Anévrismes. — Le seul fait

(1) REDARD, *Revue mens. des mal. de l'enfance*, t. VIII, 1890, p. 165.

(2) DARDIGNAC, *Arch. prov. de chir.*, 1^{er} octobre 1894.

(3) MERMET, *Kystes congénitaux du raphé génito-périnéal* (*Revue de chir.*, 1895, p. 382).

(4) CHAVANNAZ, *Kyste mucoïde du prépuce* (*Gaz. hebdomadaire*, 1898, n° 34, p. 397).

connu est celui de Malgaigne; encore s'agit-il ici, comme nous l'avons vu, d'un anévrisme traumatique. Quant aux tumeurs sanguines résultant de la rupture de la coque des corps caverneux, c'est à tort qu'on leur donne le nom d'anévrismes; elles n'en ont ni la structure ni les signes cliniques.

Varices. — Elles peuvent occuper le gland ou les téguments. LES VARICES DU GLAND sont très rares. Demarquay en a néanmoins figuré un beau cas dans son livre. Rizet en rapporte aussi un cas consécutif à un coup de pied reçu vingt ans auparavant sur la verge. Ces varices du gland existent en nombre variable; elles peuvent atteindre le volume du petit doigt. Elles sont comme incrustées dans le tissu du gland et disparaissent au moment de l'érection.

LES VARICES DU PRÉPUCE ET DU FOURREAU DE LA VERGE sont plus fréquentes. Elles sont souvent dues au cancer du pénis ou des régions voisines du pubis; mais elles se montrent parfois aussi indépendantes de toute autre lésion. Elles ne donnent lieu à aucun trouble dans la plupart des cas. Parfois, cependant, elles semblent s'opposer à l'érection, et dans un cas Reclus fut amené, pour rendre de bonnes érections à son malade, à lui pratiquer l'excision des varices.

Varices lymphatiques. — Cette lésion, signalée pour la première fois par Beau en 1851, n'est pas d'une rareté exceptionnelle.

Elle peut succéder à une contusion (Trélat et Day), à une adénite inguinale. Parfois, c'est à la suite de froissements excessifs au cours d'un coït qu'elle apparaît subitement pour disparaître en un ou deux jours, mais pour reparaitre ensuite à chaque coït.

D'abord intermittente, n'apparaissant qu'au moment des érections, elle devient ensuite permanente et l'ectasie peut atteindre le volume d'une plume de pigeon.

Elle se présente sous la forme d'un cordon arrondi, transparent, assez dur, qui naît sur les côtés du frein, contourne le gland pour aboutir à la face dorsale du pénis et atteint quelquefois la racine de la verge. Pour bien voir ces cordons, il faut ramener le fourreau en arrière, car ils sont cachés par le prépuce. Si on pique un des vaisseaux, il en sort, par gouttelettes, une sérosité limpide.

Cette affection gêne à peine le coït par le gonflement du prépuce qu'elle entraîne. Dans les cas où elle devient gênante, l'excision ou même l'incision simple suffira à la faire disparaître.

3° Néoplasmes vrais. — 1° Les *végétations* ou *papillomes* sont des lésions fréquentes. Elles débutent ordinairement sous la forme de petites élevures coniques, situées à la base du gland ou dans le sillon balano-préputial. Tantôt dures, cornées, tantôt beaucoup plus rouges, plus molles, plus vasculaires et saignant à tous les contacts, les végétations prennent parfois des dimensions considérables, surtout chez les individus à herpès récidivant, à blennorragie rebelle. Dans ces cas, le gland ne tarde pas à se recouvrir de masses condylomateuses,

de choux-fleurs énormes et suintants (fig. 211). Qu'avec ces lésions existe un prépuce long et trop étroit, il se développera une balanoposthite intense; le prépuce pourra, au bout d'un temps assez long, être traversé par les végétations, et celles-ci, formant une masse bourgeonnante et saignante, peuvent ressembler alors à une tumeur cancéreuse ulcérée. Le diagnostic est d'autant plus difficile dans ces conditions, que la greffe cancéreuse sur de vieilles végétations est un fait bien connu aujourd'hui (Chalvet, Blache, Roger, Fournier). L'examen histologique d'un petit morceau de ces végétations suspectes lèvera les doutes.

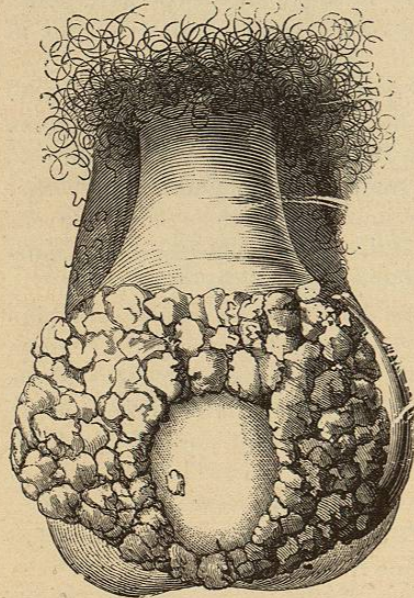


Fig. 211. — Végétations non cancéreuses.

Quant au traitement des végétations, il consiste à les exciser au ciseau, à cautériser au thermocautère leur point d'implantation et à maintenir la région dans une propreté minutieuse jusqu'à complète guérison. Étant données les récurrences rapides, on aura souvent besoin d'intervenir à plusieurs reprises successives.

2° Les *cornes* du gland sont semblables à celles qui peuvent se développer sur d'autres parties du tégument externe. Elles siègent sur toute la surface du gland; elles choisissent cependant de préférence la base, au voisinage du sillon balano-préputial. Le plus souvent, il existe une corne unique, mais quelquefois il y en a plusieurs, et Demarquay a vu un malade qui en portait trois.

Leur volume est variable, depuis 7 à 8 millimètres jusqu'à 2 à 3 centimètres.

L'histologie des cornes du gland montre leur parfaite ressemblance avec les autres cornes du corps. Elles sont généralement, à leur surface, rugueuses et fendillées comme l'écorce d'un vieux chêne (Cruveilhier). Elles sont constituées par une série d'étuis épidermiques emboîtés à la façon de cornets d'oublies, et semblent se développer en somme comme les dents, les poils ou les ongles.

Elles se rencontrent à tous les âges: dix-neuf ans (L. Lévi), vingt-deux ans, quarante-cinq ans, soixante ans, soixante-sept ans et plus; leur pathogénie est obscure. Peut-être l'irritation répétée du gland joue-t-elle un certain rôle. Le malade de Jewet (vingt-deux

ans) avait vu sa corne succéder à des végétations vulgaires.

Sur une corne de 2 centimètres et demi de longueur, enlevée chez un homme de dix-neuf ans, L. Lévi constata qu'il s'agissait d'une vulgaire verrue ayant une forte tendance à l'hyperkératose. Les éléments malpighiens étaient pour la plupart en voie de karyokinèse: cette production de cellules nouvelles correspondrait à une transformation exagérée de cellules en éléments cornés. Cette pathogénie d'ailleurs n'est pas admise par tout le monde. Moraggia a trouvé l'*Acarus syro* dans la cavité d'une corne; d'autres auteurs admettent l'action de cocci ou de champignons.

Ces cornes peuvent garder des dimensions restreintes pendant très longtemps, ou au contraire prendre un accroissement rapide. D'ailleurs, non douloureuses par elles-mêmes, elles n'occasionnent aucune gêne à l'état de flaccidité de la verge. Au contraire, elles peuvent considérablement gêner le coït. Autre complication, et celle-ci plus redoutable, elles se transforment quelquefois en cancroïdes.

Aussi, dès qu'une corne apparaît, tout à fait indolente ou au contraire gênante, il faut dans tous les cas procéder à son extirpation. Avec le bistouri, on circonscrit sa base et on enlève la production cornée en taillant en plein tissu sain pour éviter les récurrences.

4° **Cancer de la verge.** — C'est une affection de l'âge mûr et de la vieillesse: c'est, avec les végétations, la plus fréquente des tumeurs de la verge, et celle qui offre le plus d'intérêt pour le chirurgien.

Le cancer de la verge s'observe autour de quarante à soixante-dix ans, avec un maximum de fréquence de cinquante à soixante ans.

Le traumatisme joue un rôle occasionnel manifeste; l'action des traumatismes répétés surtout est indéniable, ainsi qu'en témoigne l'histoire classique de l'homme au cadenas d'os, rapportée par Dupuytren. Enfin le phimosis, en occasionnant des irritations locales dues à la malpropreté, les végétations, sont aussi une cause prédisposante de premier ordre.

Le cancer de la verge débute toujours par l'extrémité terminale du pénis et se localise soit au prépuce, soit au gland (fig. 212). Je laisse de côté l'épithélioma de l'urètre, qui a été étudié ailleurs (p. 409). Dans quelques cas rares rapportés par Poncet, Guiard, l'épithélioma avait pris naissance sur les végétations épithéliales développées sur de vieux trajets fistuleux. Ce sont là des faits exceptionnels, et en général c'est par la peau du fourreau, surtout du prépuce ou du gland, que débute le cancer. Quand la lésion a débuté par la peau, l'envahissement se fait surtout en surface, les corps caverneux et le gland restent longtemps indemnes. Quand l'affection débute par le gland, l'envahissement des corps caverneux est au contraire imminent.

Les cancers du fourreau et du prépuce gagnent plutôt en surface; la gaine des corps caverneux oppose d'abord une solide barrière.

Les cancers du gland envahissent plus facilement en profondeur que les précédents; la propagation dans les corps caverneux a lieu soit par continuité directe, soit par traînées cancéreuses pénétrant dans le tissu caverneux et dont le microscope seul révèle la présence. Les espaces érectiles se trouvent bourrés de produits épithéliaux sous forme de petits noyaux blanchâtres, gros comme des grains de mil, constituant comme autant de traînées cancéreuses, véritable graine de récidive rapide. Cette production de noyaux à distance montre le danger des ablations parcimonieuses.

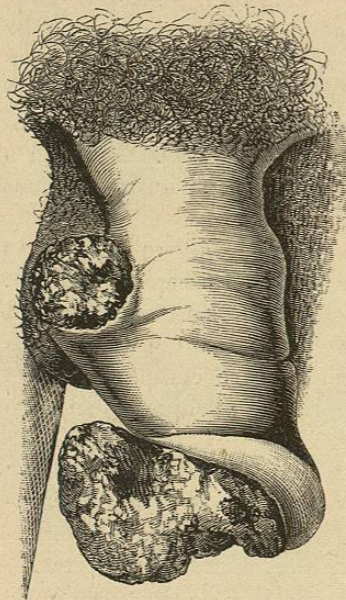


Fig. 212. — Cancer de la verge.

A ses dernières limites, le cancer de la verge atteint les tissus environnants, les bourses, la partie inférieure de l'abdomen, la face interne des cuisses.

Les ganglions lymphatiques sont atteints de bonne heure; à une phase ultime, ils s'ulcèrent et constituent autant de foyers secondaires.

L'urètre reste longtemps intact, même dans les cas avancés où la verge est complètement désorganisée. Les troubles de la miction ne résultent pas, au début au moins, de l'envahissement, mais du refoulement de la muqueuse urétrale par le néoplasme.

Histologiquement, le cancer de la verge est presque toujours un épithélioma pavimenteux lobulé; on a signalé cependant quelques cas de sarcome: Fournier et Darier, en 1893, ont publié un cas très curieux d'épithélioma papillaire auquel ils ont donné le nom d'épithélioma bénin syphiloïde.

Le sarcome de la verge intéresse plus particulièrement les corps caverneux, et non pas le fourreau et le gland comme l'épithélioma. Dans ce cas, la généralisation ganglionnaire et viscérale se produit souvent d'une façon très rapide.

Enfin, à côté de ces tumeurs primitives, il y a lieu de signaler les tumeurs secondaires, par exemple le sarcome secondaire de la verge consécutif à des tumeurs identiques des testicules, et encore le cancer secondaire à une infiltration de même nature de la vessie, de la prostate, du rectum: dans tous les cas il y avait en même temps généralisation viscérale.

Symptômes. — Les symptômes initiaux varient avec la localisation

primitive du mal. Quand le cancer débute par le prépuce, on observe dans l'épaisseur du repli préputial un noyau dur qui œdématie les parties voisines et constitue un phimosis cancéreux de la consistance du carton. Au gland, le cancer débute par une petite fente en coup d'ongle dont les bords sont indurés ou par une petite élévation verruqueuse. Quand l'épithélioma du gland se développe sous un phimosis, il se révèle au début par les signes de balano-posthite avec écoulement sanieux, d'une fétidité repoussante; puis apparaissent des bosselures qui soulèvent le prépuce et s'ulcèrent.

A ce moment, quelle que soit la forme du début, l'organe tout entier est augmenté de volume, couvert de bourgeons fongueux qui s'ulcèrent, se creusent de cratères et détruisent une grande partie du pénis.

Des hémorragies se produisent spontanément, ou se révèlent au moindre contact. Une suppuration abondante et fétide inonde la région; la miction est difficile jusqu'à la rétention complète. Le cathétérisme est parfois même difficile: Demarquay ne put franchir l'urètre; des abcès et des fistules se constituent en arrière de l'obstacle. Les ganglions sont engorgés.

La durée de l'affection est assez longue: en moyenne deux à quatre ans.

Le diagnostic est en général facile; au début cependant, et surtout lorsque le prépuce recouvre la lésion, on peut croire à une balano-posthite simple. Il ne faut pas hésiter alors à inciser le prépuce pour mettre à nu la lésion et permettre d'en vérifier les caractères.

Plus tard, à la période d'ulcération, on peut confondre le cancer de la verge avec les gommés syphilitiques ulcérées. L'aspect de l'ulcération, avec ses bords en cratère, l'absence d'hémorragies et de sécrétion ichoreuse fétide, l'absence de ganglions, suffiraient pour indiquer un diagnostic qu'appuieraient au besoin l'influence du traitement spécifique en cas de gomme et l'examen histologique.

Le pronostic est grave, quel que soit le siège du cancer; les quelques exemples de survie longue ne diminuent pas la gravité réelle de ce néoplasme; abandonné à lui-même, il amène fatalement la mort au bout d'un temps qui varie entre deux mois et plusieurs années. Après l'opération, lorsque celle-ci a été large, la survie peut être de plusieurs années sans récidive.

Traitement (1). — L'ablation est la seule méthode de traitement qui convienne au cancer de la verge. L'ablation doit être large et s'étendre en même temps aux ganglions altérés.

Suivant l'étendue et l'ancienneté du mal, l'opération consistera dans l'amputation de la verge ou dans l'émasculatation totale (Voy. fig. 226 et 227, art. de M. Sebileau).

(1) LASSERRE, Traitement chirurgical du cancer du pénis, thèse de Bordeaux, 1893-94. — CHALOT, Congrès de chir. Lyon, 1894. — GARNIER, thèse de Paris, 1894. — MOUSSARON, De l'émasculatation totale, thèse de Toulouse, 1895, figures.

AMPUTATION DE LA VERGE. — Celle-ci sera totale ou partielle suivant que la verge est plus ou moins lésée et envahie.

L'hémostase se pratique soit avec un lien de caoutchouc serré à la base de la verge, soit simplement avec les doigts d'un aide qui comprime la verge à sa racine (1).

La peau est tendue également sur toute la circonférence de la verge : à l'aide du bistouri, on fait une incision en raquette à queue inférieure correspondant à l'urètre. La peau est incisée, puis les corps caverneux coupés horizontalement : l'urètre, plus rétractile, doit être sectionné à un bon centimètre en avant des corps caverneux. Ceux-ci sont suturés au niveau de la section par des points séparés de catgut qui affrontent leurs gaines fibreuses ; c'est le moyen le plus sûr et le plus simple d'obtenir l'hémostase ; ces fils sont disposés de haut en bas et après qu'ils sont serrés la verge se termine en cône.

La confection du méat urinaire doit être faite de telle façon qu'elle évite le rétrécissement consécutif. Pour cela, l'urètre est fendu sur la paroi inférieure dans l'étendue d'un bon centimètre, et chacune des lèvres muqueuses de cette incision est suturée aux lèvres correspondantes de la raquette cutanée. Il est préférable de mettre une sonde à demeure dans l'urètre. La partie dorsale du méat urinaire est achevée par la juxtaposition de la muqueuse urétrale avec la peau de la face dorsale de la verge, ramenée sur l'extrémité suturée des corps caverneux.

L'amputation simple de la verge suffit dans tous les cas où la tumeur est assez limitée pour que l'ablation soit complète. On enlève au besoin les ganglions inguinaux s'ils paraissent suspects.

Mais lorsque la tumeur a envahi la verge sur toute son étendue, ou bien lorsqu'il existe des noyaux à distance, il est indispensable de supprimer à la fois la verge et les racines des corps caverneux ; les testicules seront laissés toutes les fois que cela sera possible. Mais lorsque l'étendue envahie du scrotum est assez considérable pour rendre impossible la conservation des testicules, ceux-ci seront enlevés, et l'opération prend alors le nom d'*émascation totale* (2).

Cette opération a été décrite à propos du cancer de l'urètre (p. 413). Elle peut fournir une assez longue survie, ainsi qu'en témoigne une de mes observations.

Enfin, dans les cas où la tumeur étendue à l'urètre, au scrotum, rendrait la miction difficile ou s'accompagnerait de fistules, de suppuration intarissable, il reste encore dans la *cystotomie sus-pubienne* une dernière ressource palliative.

(1) POUSSON, Nouvelle méthode d'amputation du pénis (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1894, p. 828. — VIRELY, Contribution à l'étude du cancer de la verge, thèse de Paris, 1896.

(2) LEGUEU, Émascation totale (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1897).

MALADIES DES BOURSES ET DE LA VAGINALE

PAR

PIERRE SEBILEAU

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

I

MALADIES CHIRURGICALES DES BOURSES

I. — LÉSIONS TRAUMATIQUES.

A. — CONTUSION DES BOURSES.

Étiologie. Variétés. — La contusion du scrotum relève de causes diverses ; à noter parmi les plus fréquentes : le choc produit par un coup de pied, la chute sur un corps dur, les heurts de toutes sortes qui surviennent au cours des rixes et de l'exercice des sports. A côté de cette contusion brusque, violente et unique, il convient de placer la contusion atténuée, multiple et répétée, qui constitue une sorte de froissement continu. Tel est le cas du cavalier dont les bourses, non protégées par le suspensoir, sont quelquefois pressées contre le pommeau de la selle et comme martelées par lui. Que le traumatisme soit intense ou léger, instantané ou successif, le testicule fuit par glissement devant l'agent de la contusion, tandis que les enveloppes, incapables de se dérober et prises entre deux résistances, celle des os du bassin et celle du corps de la vulnération, subissent seules l'effet du choc et des violences extérieures. Il est à peine besoin de faire remarquer que la distension des enveloppes par une hydro-hématocèle vaginale ou un néoplasme du testicule les rend infiniment plus sensibles à l'action du traumatisme.

Les lésions produites par la contusion respectent ordinairement la peau, au scrotum comme partout ailleurs ; mais elles atteignent les couches profondes des enveloppes dont la résistance est moindre. Les petits vaisseaux se rompent ; leur déchirure donne issue au sang qui s'infiltré dans le tissu cellulaire des bourses, entre la doublure musculaire de la peau et la tunique vaginale : ainsi se constitue