

périnée et donna issue à une grande quantité de liquide visqueux et inodore : l'orifice se ferma peu après, pour se réouvrir à nouveau tous les vingt à vingt-cinq jours. Une ponction permit l'extraction de 150 grammes de sérosité trouble, grisâtre, visqueuse; le malade se refusa à tout traitement ». Mais le diagnostic de tumeur kystique cowpérienne comporte ici un gros point d'interrogation.

## IV

## CANCER DE L'URÈTHRE

Le cancer primitif de l'urèthre est une affection rare : « ce qui explique, nous dit Wassermann<sup>(1)</sup>, que les Traités de chirurgie ne font que le mentionner brièvement ». Cependant, dès la première édition de ce Traité, nous avons tracé de cette affection un tableau fondé sur les documents alors disponibles : les cinq observations colligées par Kauffmann; les deux faits de Witzhausen. En 1895, la thèse de Carey<sup>(2)</sup> réunissait 17 observations; celle de Melville Wassermann, portait ce chiffre à 44 : 20 cas d'épithélioma primitif de l'urèthre chez l'homme; 24 cas chez la femme.

**1° Cancer urétral primitif chez la femme.** — Chez la femme, grâce à la brièveté et à la superficialité du canal, la tumeur peut être reconnue à ses débuts : elle se développe surtout autour du méat urinaire et dans la paroi inférieure de la cloison uréthro-vaginale. Dans cette paroi inférieure de l'urèthre, on a décrit des conduits glandulaires, résidus des canaux de Gartner : il est vraisemblable d'admettre avec Wassermann qu'un épithélioma urétral peut prendre son point de départ dans ces canalicules. La tumeur rouge, charnue, bourgeonnante, facilement saignante, ne tarde pas à sécréter une sanie fétide, à se creuser progressivement en un ulcère à bords durs.

Tant que le néoplasme n'a point dépassé le col vésical et les branches pubiennes, l'intervention est réalisable et susceptible de bons effets : une grosse sonde étant placée dans l'urèthre, le canal serait libéré par une incision semi-lunaire et à convexité supérieure, permettant sur toute la longueur nécessaire la dissection sous-symphysienne de l'urèthre; en bas, on disséquerait la muqueuse vaginale, à partir de la partie saine, de façon à permettre l'autoplastie du nouveau méat; le canal ainsi libéré serait réséqué au delà de toute portion suspecte. La reconstitution du méat se ferait, avec des conditions inégales de commodité et de valeur fonctionnelle, selon l'étendue même de cette excision : si le canal n'a été que partiellement supprimé, la suture de la muqueuse restante à la muqueuse vaginale peut restaurer un orifice normal et continent; s'il a fallu aller jusqu'au col et enlever le sphincter, on aboutit à une fistule vésico-vaginale plus ou moins ample et incontinente.

**2° Cancer primitif chez l'homme.** — Chez l'homme, l'épithélioma, profond et moins accessible, reste latent, en général, jusqu'au jour où des complications — abcès et fistules, suivis d'un bourgeonnement suspect — le manifestent. Le

<sup>(1)</sup> WASSERMANN, *Épithéliome primitif de l'urèthre*. Thèse de Paris, 1895.

<sup>(2)</sup> CAREY, *De l'épithéliome primitif de l'urèthre*. Thèse de Paris, 1895.

diagnostic, aux phases initiales d'une tumeur urétrale, sera certainement facilité par l'endoscope; mais, jusqu'à présent, Grünfeld et Oberländer sont les seuls qui aient ainsi pu reconnaître précocement un cancer du canal; encore l'examen de ce dernier était-il dirigé par la palpation préalable d'une tumeur contiguë au bulbe de l'urèthre.

A la phase de début, la symptomatologie est celle d'un rétrécissement, dysurie. Un fait mérite d'attirer l'attention : c'est la douleur, parfois très intense, douleur sourde et spontanée; « l'urèthre fait mal aux patients ». Quand le malade est un ancien blennorrhagique, déjà rétréci, le diagnostic, on le conçoit, incline plutôt vers l'hypothèse d'une sténose simple; s'il n'y a jamais eu d'uréthrite, si la douleur est vive, si quelques uréthrorragies se sont montrées, l'attention peut être attirée vers la possibilité d'une lésion néoplasique.

Mais, en vérité, dans la grande majorité des cas, c'est à une période plus tardive que le chirurgien pose son diagnostic. Tantôt, le néoplasme siège vers les parties reculées de l'urèthre pénien; et ce qui domine alors, c'est une induration fusiforme du canal dans sa paroi inférieure, une tuméfaction indurée de la verge, pouvant faire croire à un cancer du pénis. Tantôt, le siège du néoplasme est plus profond, occupant surtout la région bulbaire : la racine du scrotum et le périnée se sont tuméfiés, puis abcédés; et des fistules se créent, dont le bourgeonnement exubérant, le suintement ichoreux, l'extension progressive, les tissus lardacés et durs qui les environnent, font soupçonner la nature néoplasique. Ce diagnostic est fixé d'ailleurs par l'examen histologique des fragments des masses bourgeonnantes et sanieuses qui remplissent fistules et clapiers. Dans les faits de Schustler et de Guiard, la formation d'un abcès périnéal sollicita l'incision; quand les patients de Thiersch, de Mikulicz, de Bazy, d'Albarra s'offrirent à l'examen, la tumeur était déjà arrivée à cette phase de fistules; c'était aussi le cas d'un malade que nous avons opéré récemment. Il faut se garder de confondre ces néoplasmes urétraux, fistulisés, avec la dégénérescence cancéreuse secondaire de fistules urinaires banales, ce qui est un fait anatomo-pathologique bien connu depuis les travaux de Poncet, de Demarquay, de Guiard. La constatation de ganglions tuméfiés et indurés dans l'aîne, l'étude de l'état général peuvent fournir encore des renseignements instructifs, mais non décisifs : le malade de Mikulicz était en bon état apparent lorsque ce chirurgien l'observa et, d'autre part, rien ne peut ressembler plus au « jaune paille » des cancéreux que le « jaune pâle » des urinaires. L'exploration de l'urèthre épithéliomateux provoque souvent des hémorragies; la sonde peut apprécier néanmoins l'existence d'une cavité rétro-stricturale irrégulière, assez significative. L'examen par les trajets du périnée permet mieux encore de reconnaître cette cavité aux parois bourgeonnantes et saignantes.

La thérapeutique n'offre que de précaires résultats; en général, on est arrivé trop tard. Le cas de Rupprecht et Oberländer offre seul un succès stable, sans récurrence depuis vingt et un mois; mais il s'agissait d'une tumeur bien limitée, piriforme, contiguë au bulbe de l'urèthre, sans adhérences à la peau, traitée par la résection du canal sur une longueur de 8 centimètres. Dans le cas où le périnée n'est point trop envahi en arrière, on peut faire, comme Bazy, Albarra et nous-même l'avons pratiqué, l'émasculatation totale, avec ablation des ganglions inguinaux s'il y a lieu. Mais la récurrence est proche.

**3° Cancér des glandes de Cowper.** — Cette lésion est rare : trois observa-

tions sont un maigre dossier clinique. Le malade de Paquet portait une tumeur dont le diagnostic anatomo-pathologique, soigneusement établi par Herrmann, fut « cylindre, ou tumeur hédéradénique à corps oviformes », d'après la nomenclature de Robin, « épithéliome glandulaire métatypique », suivant celle de Malassez. La tumeur enlevée par Kocher, et dont Kaufmann nous détaille l'examen pratiqué par Langhans, offrait un type anatomique absolument analogue. Le cas de Gussenbauer, rapporté par Pietrzikowski, paraît se rapporter plutôt à un vrai « carcinome, riche en cellules ». Le cylindre, observé par Paquet, se présentait sous la forme d'une tumeur grosse comme une noix, bien encapsulée, de consistance dure, adhérente seulement dans la région du bulbe uréthral. Le néoplasme opéré par Kocher était plus volumineux, poussait des prolongements dans les environs, adhérait par l'un d'eux à la branche ischio-pubienne droite, envoyait une autre jetée sur le dos du pénis jusqu'au-dessous de la symphyse et contractait des rapports intimes avec le canal et la partie antérieure du rectum. La tumeur décrite par Pietrzikowski adhérait au muscle bulbo-caverneux, était en rapport étroit avec la portion membraneuse et poussait un prolongement jusqu'à la muqueuse rectale; les glandes régionales étaient prises et le groupe lymphatique externe formait une masse de la grosseur d'un petit poing.

La symptomatologie est au début banale. Une tuméfaction périnéale, solide, peu mobile, indolore, attira l'attention du malade de Gussenbauer; les premiers signes n'en furent observés que quatre semaines avant son entrée à l'hôpital; dans le mois qui suivit, la tumeur grossit rapidement; bientôt les ganglions inguinaux se prirent à droite, la miction devint difficile et douloureuse. Les deux autres cas se dénoncèrent de meilleure heure par des troubles fonctionnels de la miction et de la défécation, par la gêne douloureuse de la position assise et de la marche, gêne surtout accentuée chez le malade de Kocher. De semblables symptômes ne sont pas faits pour décider le diagnostic: c'est dans l'examen de la tumeur, de son siège caractéristique en arrière du bulbe et au-devant de l'anus, de son développement rapide sous une peau non enflammée qu'on trouvera de plus sérieux indices; la palpation périnéale associée au toucher rectal renseignera exactement sur sa topographie et ses prolongements. Kocher et Paquet purent, sans difficultés, sonder leur malade; Gussenbauer rencontra au niveau du bulbe une résistance passagère qui se supprima lorsqu'on écarta la tumeur du canal uréthral. Le malade de Paquet avait soixante-cinq ans, celui de Kocher cinquante-sept ans; mais l'âge ne peut être ici une raison diagnostique décisive, puisque l'opéré de Gussenbauer n'avait que dix-neuf ans. L'extirpation totale et précoce, condition du succès, peut se heurter à de sérieuses difficultés: Kocher, ayant abordé largement le périnée par une incision en  $\perp$  dont la branche longitudinale répondait au raphé et la transversale à la marge pré-anale, dut séparer au thermo la tumeur de la branche ischio-pubienne, enlever un morceau de paroi uréthrale, ouvrir le rectum dans une assez grande étendue au-dessus de l'anus, poursuivre une laborieuse ablation jusqu'au ligament triangulaire et à la symphyse. Gussenbauer rencontra aussi un prolongement profond qu'il fallut péniblement disséquer au-devant du rectum; quelques mois après, le malade était en pleine récidive.

## CHAPITRE VIII

## POCHES URINEUSES ET URÉTHROCÈLE

Les poches urineuses constituent des cavités sacciformes, développées aux dépens des parois uréthrales. Nous avons ailleurs décrit les poches d'origine congénitale; nous ne nous occuperons ici que des sacs urineux de formation accidentelle.

1° **Poches urineuses chez l'homme.** — La formation pathologique d'une véritable poche uréthrale est chose rare; et l'on manque, en somme, d'observations récentes et précises pour fournir sa preuve anatomique et justifier l'importance qu'elle les anciens lui ont attribuée. Théoriquement, sa conception est claire. En amont d'un obstacle uréthral, calcul enclavé ou rétrécissement, le canal subit, sous l'effort de l'urine, une dilatation progressive. Entre ces deux puissances, une vessie jeune et robustement musclée qui se défend, et un urètre toujours peu ou prou altéré en avant du point obstrué, une lutte s'est établie: il peut arriver que ce soit le canal qui cède et se laisse élargir. Le mécanisme est donc simple, et comparable à celui qui préside à la formation d'un anévrysme sacciforme. En réalité, nous ne vérifions point cliniquement que le rétrécissement, affection fréquente, se complique de la formation de poches urineuses: la dilatation rétro-stricturale ne va pas jusque-là; elle se borne ordinairement à créer, en avant de l'obstacle, cette stagnation uréthrale partielle, pour laquelle Desault et Chopart ont créé un terme précis en parlant « de la rétention d'urine dans l'urètre ».

Les sacs urineux dus à la présence d'un calcul engagé dans l'urètre se montrent en général au périnée, plus voisins des bourses que de l'anus. Rarement, on les rencontre en avant du scrotum, ou sur la portion pénienne, en arrière du gland. Au périnée, les poches sont ovoïdes ou globuleuses et assez grosses; les dilatations de la région spongieuse sont oblongues, allongées en boudin, le long de l'urètre. J.-L. Petit en a relaté quelques intéressantes observations. « Un jeune garçon de dix-sept à dix-huit ans me fut envoyé de province pour le guérir d'une rétention d'urine, qui durait depuis sept ou huit mois; je vis une tumeur grosse comme le poing, placée au-devant du rectum et s'étendant en avant jusqu'au scrotum qui la recouvrait en partie; en pressant cette tumeur il sortit par l'urètre une assez grande quantité d'urine pour me faire croire que c'était une hernie de vessie. Cette première idée fut détruite, parce que la tumeur que je venais de vider fut dans l'instant remplie d'une pareille quantité d'urine que j'évacuai de même, en pressant la tumeur. »

Toute la symptomatologie des poches urineuses tient en cette description. Le chirurgien est parfois consulté pour une dysurie, ainsi que l'a observé Voilemier: son malade se plaignait surtout de souiller ses vêtements, les urines continuant à suinter longtemps après la miction. L'examen montre la présence, soit d'un vrai sac globuleux dans le périnée, soit d'un cordon de la grosseur du pouce répondant au canal. Il est intéressant d'observer le mode de circulation