

face interne des cuisses. Dans le sac préputial les végétations sont souvent serrées en forme de crête de coq; souvent aussi, elles arrivent à constituer des masses volumineuses en forme de choux-fleurs, et l'on peut alors les confondre avec l'épithélioma.

Les végétations naissent sous l'influence de l'irritation causée par des liquides sécrétés en décomposition; aussi peut-on prévenir leur développement par des soins de propreté.

Le **traitement**, au point de vue prophylactique, consiste en lavages fréquents des parties malades, surtout dans la balanite et la blennorrhagie. Les tumeurs elles-mêmes, lorsqu'elles sont petites, peuvent être détruites par l'emploi de substances astringentes ou caustiques; ainsi, on pourra les recouvrir d'une couche épaisse d'une poudre formée de parties égales d'alun et de sabine, ou bien on les touchera avec le nitrate d'argent, la solution arsénicale de Fowler, le perchlorure de fer liquide, etc. Les excroissances plus volumineuses sont extirpées avec les ciseaux, et l'on applique sur les points d'insertion les substances que nous venons d'indiquer dans un but d'hémostase ou de cautérisation; ou bien, ce qui est préférable, on se sert du cautère actuel, par exemple du thermocautère de Paquelin. Les végétations occupant une large surface pourront être traitées avec beaucoup de succès par le raclage avec la curette tranchante.

2. Les **tumeurs de granulations d'origine syphilitique**, avec tendance à la fonte rapide de leur tissu, tumeurs désignées sous le nom de **condylomes larges ou humides** (plaques muqueuses), recouvrent souvent le pénis en grand nombre, pour se répandre de là sur le scrotum, le périnée, la région anale et les cuisses. Ces condylomes possèdent une large base d'implantation. Ils sont recouverts d'une sécrétion séropurulente claire, extrêmement infectieuse, et ont des dimensions très variables.

On prescrira toujours, dans ces cas, l'usage, à l'intérieur, des médicaments antisiphilitiques, sans jamais oublier l'emploi des moyens locaux de traitement. — Lorsque ces tumeurs sont petites, on active leur destruction et la cicatrisation consécutive par divers procédés de cautérisation. Un moyen très employé est celui de RICORD, consistant dans l'application de calomel en poudre sur les condylomes, que l'on touche ensuite avec des tampons imbibés d'une solution concentrée de chlorure de sodium; le malade peut lui-même renouveler ce pansement une ou deux fois par jour. On a également conseillé des badigeonnages avec des solutions de nitrate d'argent, de chlorure de zinc, etc. Nous conseillons aussi beaucoup l'application d'acide salicylique en poudre. Lorsque les condylomes larges occupent une grande étendue, un curage énergique dans l'anesthésie chloroformique est suivi d'une prompte cicatrisation.

3. Les **lipomes**, les **tumeurs vasculaires**, les **fibromes** et les **athé-**

romes ne sont pas rares. Ces tumeurs n'offrent, du reste, ici aucune particularité, et le traitement consiste dans l'extirpation.

4. Les **enchondromes** et les **ostéomes** n'ont été que rarement observés au pénis. Ils constituent un obstacle à la miction, provoquent des érections douloureuses, et comme dans les cas publiés (STROMEYER, CLELAND), ils occupaient la face externe de la gaine fibreuse, ou la cloison fibreuse qui sépare les deux corps caverneux, leur extirpation peut être pratiquée sans inconvénients.

5. Le **lupus du pénis** est rare. Dans un cas de lupus étendu, qui intéressait non-seulement le pénis, mais encore le scrotum et la peau de l'abdomen, nous avons obtenu une guérison rapide par le grattage avec la curette tranchante.

6. Un **papillome** ressemblant à l'**éléphantiasis verruqueux**, a été observé par MIDDELDORPF, qui dut, pour l'enlever, pratiquer l'amputation du pénis. Nous en devons la description à ZIELEWICZ, et l'examen microscopique fut pratiqué par WALDEYER.

7. Le véritable **éléphantiasis** peut affecter le prépuce et le pénis tout entier aussi bien que le scrotum, et il s'accroît d'une façon caractéristique par des inflammations répétées des vaisseaux lymphatiques. Cette maladie exige l'ablation des parties dégénérées, et parfois l'amputation d'une portion plus ou moins grande du pénis.

8. Le **carcinome du pénis** est relativement fréquent, et il se montre soit sous la forme d'un épithélioma du prépuce et du gland, soit sous la forme médullaire. Le diagnostic de la tumeur offre parfois des difficultés; on peut, en effet, la confondre avec des ulcérations syphilitiques et des gommès. L'examen microscopique de petites particules excisées de la tumeur ne permet pas non plus toujours, comme nous avons pu nous en convaincre, de poser le diagnostic avec une certitude absolue. Cependant l'examen microscopique combiné avec le résultat du traitement par l'iode de potassium, peut nous permettre de tirer des conclusions certaines sur la nature du néoplasme. Le **traitement du carcinome** ne peut consister que dans son extirpation, lorsque la tumeur n'intéresse qu'une partie de la peau de la verge, et dans l'amputation du membre, lorsqu'elle a envahi également les parties profondes. Grâce à la possibilité d'enlever toutes les parties malades lorsqu'on opère de bonne heure, et surtout avant que les ganglions inguinaux ne soient envahis par les éléments du carcinome, les résultats de l'opération sont très bons, car on n'observe que rarement des récives dans ces conditions.

§ 265. — L'**amputation du pénis** peut être partielle ou totale, suivant l'étendue de la lésion morbide qui en fournit l'indication (néoplasme ou gangrène). L'opération est pratiquée soit avec le bistouri, soit au moyen de l'anse galvanocautique. La ligature du membre, une sonde étant placée à demeure (RUYSCH, HEISTER, V. GRÆFE), ainsi que la section à l'aide d'un bistouri rougi au feu (BONNET), sont des procédés suran-

nés; de même, nous ne saurions conseiller l'emploi de l'écraseur de CHASSAIGNAC, à cause de l'élasticité et de la mobilité extrême de la peau du pénis.

Dans l'**amputation avec le bistouri**, l'hémostase provisoire est obtenue à l'aide d'un mince tube de caoutchouc, d'après la méthode d'Esmarch; on attire le pénis fortement en avant, et si le néoplasme s'étend jusqu'à la racine du membre, on comprend aussi la base du scrotum dans l'anse du tube élastique¹.

Le pénis peut être sectionné d'un seul coup à l'aide d'un petit couteau à amputation; ou bien l'opération est exécutée en deux temps: on fait d'abord une incision circulaire ne comprenant que la peau que l'on retire en arrière, et l'on divise ensuite les autres parties. La ligature des artères dorsales de la verge est souvent la seule que l'on ait à pratiquer lorsque l'amputation est faite au niveau de la partie antérieure du pénis; tandis que, dans d'autres cas, on est obligé de lier également les artères profondes du pénis, ainsi que les artères bulbo-urétrales.

Les ligatures terminées, on réunit la muqueuse de l'urètre avec la peau par des sutures, de façon à recouvrir complètement le moignon; ou bien, on incise l'urètre inférieurement, et l'on ne fait des sutures qu'au niveau de cette incision.

Lorsque l'amputation doit être pratiquée tout à fait à la racine de la verge, nous conseillons de ne sectionner d'abord que la moitié de l'épaisseur du membre, et de n'achever la section qu'après avoir passé à travers la cloison une forte anse de fil, permettant d'attirer le moignon qui fuit en arrière et de faire ainsi l'hémostase avec plus de facilité. A la suite de l'opération, l'urine tend inévitablement à mouiller le scrotum à chaque miction, et c'est cet inconvénient qui a suggéré à THIERSCH l'idée de disséquer le moignon de l'urètre, et de l'amener dans une boutonnière périnéale où il est fixé par des sutures.

Dans l'**amputation avec l'anse galvanocaustique** aucun acte préparatoire n'est nécessaire. L'anse est placée de manière que l'extrémité du serre-nœud soit appliquée latéralement sur l'un des corps caverneux; puis on serre peu à peu l'anse dans laquelle passe le courant fourni par un élément de MIDDELDORPF (zinc et charbon). A moins d'une maladresse extraordinaire, aucune hémorragie ne se produit. Le moignon se trouve recouvert d'une eschare épaisse et jaunâtre; on a soin, à l'aide d'une sonde cannelée, d'ouvrir l'orifice de l'urètre dont les bords sont d'habitude légèrement accolés. Pour éviter le rétrécissement de cet orifice, qui se produit très souvent quelque temps après la guérison de la plaie, on divise, comme nous l'avons vu, aussitôt après l'amputation, ou après la cicatrisation, la paroi inférieure de l'urètre, et l'on réunit la muqueuse avec la peau par des sutures. ZIELEWICZ a rassemblé 50 cas

1. Lorsque l'amputation n'est pas pratiquée sur un point du pénis situé trop en arrière, on peut parfaitement assurer l'hémostase, en faisant comprimer la verge par les doigts d'un aide, au-delà du point qui doit être divisé.

opérés de cette manière, dont 8 se sont terminés par une pyémie mortelle (13 0/0). Sur 50 malades dont l'âge est exactement indiqué, on en trouve un âgé de moins de 30 ans, 6 de 30 à 40 ans, 10 de 40 à 50 ans, 16 de 50 à 60 ans, 7 de 60 à 70 ans, 3 de 70 à 80 ans, et 1 âgé de 81 ans.

Maladies du testicule et de ses enveloppes¹.

§ 266. — Parmi les maladies du testicule et de ses enveloppes nous comprendrons dans une même description les **anomalies congénitales** et les **changements de position**, à cause de l'étroite connexion qui existe entre ces deux séries d'états pathologiques; puis nous étudierons séparément chacune des autres maladies des organes en question.

1. Anomalies congénitales du scrotum et du testicule.

On sait que le scrotum se développe en deux moitiés latérales; or, on observe parfois une persistance de cette séparation, de sorte que le scrotum présente une analogie frappante avec les grandes lèvres chez la femme. Les testicules peuvent être parfaitement normaux dans leurs loges séparées, ou présenter les anomalies de développement ou de position dont nous allons parler.

L'anomalie rare admise par V. PITHA, d'un scrotum trilobulaire, contenant un troisième testicule surnuméraire, habituellement plus petit que les autres et atrophié, paraît être le résultat d'une confusion avec d'autres anomalies. KOCHER fait observer avec raison qu'il n'existe aucun fait bien constaté de testicule surnuméraire. Dans les cas cités par PITHA il y avait eu régulièrement confusion avec des hydrocèles circonscrites du cordon, des lipomes ou fibromes, ou enfin des masses épiploïques. Aussi avait-on pris les enveloppes de ces tumeurs ou le sac herniaire, pour une troisième loge du scrotum.

D'autres anomalies de développement du scrotum sont sous la dépendance de celles du testicule. Nous allons étudier séparément les anomalies de développement et de position de cet organe.

Le **développement rudimentaire et l'absence complète du testicule et de ses annexes** (hypoplasie ou atrophie, et aplasie ou anorchidie) s'observent rarement des deux côtés, plus souvent d'un seul côté; d'après GRUBER, sur 31 cas, 8 fois l'anomalie était bilatérale, et 23 fois unilatérale. Encore plus rarement le testicule fait défaut, tandis que le canal déférent et l'épididyme existent et ont fait leur descente dans le scrotum. A l'examen microscopique le testicule atteint d'atrophie congénitale présente la structure du testicule in-

1. Voir pour plus de détails à ce sujet l'excellent « *Traité des maladies du testicule et de ses annexes* » par MONOD et TERRILLON (1889). (Note du trad.)