

La structure du kyste est plus intéressante au niveau des parties étranglées : la surface extérieure de la paroi rappelle la peau ; la surface intérieure présente quelques saillies, mais, dans leur intervalle, elle est lisse et recouverte d'un épithélium pavimenteux stratifié de $0^{\text{mm}},120$. Quant à la portion mésodermique et vasculaire de la

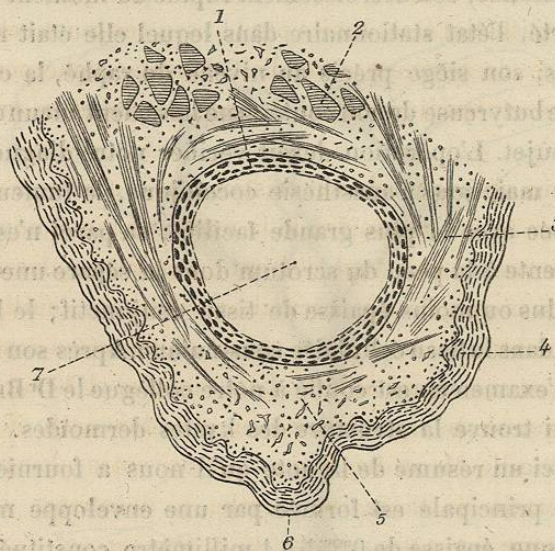


FIG. 8. — Examen microscopique d'un point de la tumeur : 1° épithélium qui tapisse la cavité centrale ; 2° fibres musculaires striées ; 3° fibres musculaires lisses ; 5° tissu conjonctif ; 4° et 6° peau du scrotum ; 7° cavité centrale.

paroi, elle est remarquable, dans sa portion supérieure dorsale et adhérente et ses parties latérales, par une trame musculaire énorme. Celle-ci est constituée par l'entrelacement de gros faisceaux, épais de $0^{\text{mm}},04$ à $0^{\text{mm}},08$, de muscles lisses dont la direction générale est concentrique à la lumière du kyste. Ils sont contigus, séparés les uns des autres par de minces tractus

conjunctifs. En approchant de la paroi inférieure du kyste, les faisceaux musculaires deviennent plus rares et la paroi est organisée par une trame conjonctive et élastique. Sur une certaine longueur, on distingue une ligne saillante partant de sa paroi inférieure et formant le long de la ligne médiane un raphé en saillie dans la poche. Nous sommes donc en présence d'un conduit épithélial clos, limité par le tissu conjonctif et musculaire du périnée, s'étendant dans le raphé périnéo-scrotal et terminé en cul-de-sac en avant et en arrière.

Nous avons cherché s'il existait dans la science d'autres faits de kystes dermoïdes de la même région et nous n'en avons pas trouvé tout d'abord : nos livres classiques, quelques-uns de nos recueils périodiques, feuilletés à cette intention, sont restés muets, et le traité si consciencieux et si remarquable de Lannelongue et Achard n'en mentionne pas le moindre exemple. Mais notre élève, le Dr Camille Marcadier, qui a fait de notre observation l'objet de sa thèse inaugurale, a découvert un cas analogue au nôtre ; il est dû à Henyer, et l'examen histologique en a été pratiqué par Darier qui l'a communiqué, le 8 mai 1890, à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie. En voici le résumé rapide :

Un canonnier de 22 ans présente, au niveau du scrotum et juste sous le raphé, deux petites tumeurs congénitales, elles sont indolores, mollasses, fluctuantes, opaques et manifestement situées dans l'épaisseur de la peau mince, lisse et normale. Elles sont distantes de 2 centimètres et réunies par un mince cordon, mais elles ne

semblent pas communiquer entre elles et ne sont nullement réductibles. Cependant, la dissection a montré que ce cordon est parcouru par un trajet dont le calibre admet une sonde cannelée, et si l'on ne peut faire refluer le contenu d'une cavité dans l'autre, c'est à cause de la consistance pâteuse de la masse. Mais il s'agit d'un seul kyste en bissac, étranglé à sa partie moyenne comme une bourse renflée à ses deux extrémités dont l'une pourrait loger une noisette et l'autre un gros haricot. L'examen microscopique prouve qu'il s'agit sans conteste d'un kyste dermoïde.

Nous pensons qu'il doit se trouver d'autres faits de ce genre, mais confondus avec d'autres affections. Je n'en veux pour preuve que les « deux observations de suppuration de trajet canaliculaire le long du raphé médian du pénis et du scrotum » qui ont été communiquées par MM. Balzer et Souplet à la quatrième session de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie. La première a trait à un jeune homme de 26 ans qui, au moment de son entrée à l'hôpital du Midi, présentait, sur le raphé médian de la verge, un canal qui occupait toute la longueur du pénis et se prolongeait en arrière jusqu'au niveau du rectum. Dans toute l'étendue de son parcours, ce canal offrait une série de petites tumeurs fluctuantes qui, incisées, laissaient échapper un liquide purulent. Après l'incision successive de ces divers abcès qui communiquaient tous entre eux, la guérison fut obtenue; une fistulette persista seule au niveau de la région scrotale. — Dans le second cas, il existait, le long du raphé médian de la verge et n'empiétant pas sur le scrotum, un canal analogue au précédent et présentant, lui

aussi, sur son trajet, une série de petites bosselures. L'ouverture de ce canal à l'aide du thermocautère amena la guérison en quelques jours. Il nous semble qu'il n'y a pas d'erreur possible et que là, comme dans notre fait, il s'agit de kystes dermoïdes.

Les auteurs ajoutent: « Les recherches bactériologiques, tentées dans les deux cas, n'ont pas décelé l'origine de cette affection bizarre. Peut-être doit-on incriminer un staphylocoque, mais la démonstration absolue n'a pas pu en être faite. Les deux fois, l'inflammation, qui ne paraissait pas suivre le trajet des vaisseaux lymphatiques, avait commencé sur le pénis et s'était développée uniquement le long du trajet. » — Toutes les difficultés disparaissent et toutes les obscurités lorsqu'on admet l'hypothèse d'un kyste dermoïde: l'aspect moniliforme, les petites poches, le trajet confondu avec celui du raphé... quelle variété d'inflammation pourrait revêtir une allure semblable, à moins de se développer dans un kyste dermoïde préexistant?

Un abcès ne suivrait pas le raphé, et surtout ne saurait se propager dans la trame particulièrement serrée qui le forme. Ne sait-on pas, au contraire, que les collections s'arrêtent souvent à son niveau et ne peuvent franchir les sérieux obstacles qu'il dresse devant la marche des fusées purulentes? J'ai communiqué à mon collègue Balzer le dessin représentant mon kyste, et il y a reconnu l'aspect de ses abcès. Pour lui le doute n'est plus possible; il s'agissait bien, dans ses cas, de kystes dermoïdes secondairement enflammés.

D'après les deux observations de Balzer et Souplet et d'après la nôtre, on voit que les kystes dermoïdes du

raphé peuvent occuper divers points : dans un cas, il a envahi le long espace qui s'étend du gland jusqu'à l'anus et se retrouve par conséquent sous la verge, sous les bourses et sur le périnée antérieur. Dans le second cas des mêmes auteurs, le trajet canaliculaire est beaucoup plus court ; on ne le rencontre que sur le pénis et il s'arrête au niveau des bourses. Le nôtre est différent ; toute la région postérieure du raphé est envahie, de l'anus jusqu'à la partie moyenne des bourses. Maintenant que l'attention est appelée sur ce point, on en trouvera tous les intermédiaires, et un segment plus ou moins long pourra être tunnalisé, formant tantôt un kyste dermoïde circonscrit de 1 ou de 2 centimètres tout au plus, et tantôt un long canalicule allant du prépuce à l'anus.

Comment et par quel mécanisme ces kystes dermoïdes développés sur le raphé du périnée antérieur, du scrotum et du pénis peuvent-ils se former ? Je n'entreprendrai pas ici une description embryologique qui n'est pas de ma compétence ; ceux que cette question intéresse en trouveront tous les éléments dans un remarquable mémoire de M. Retterer sur « le développement du pénis et du clitoris chez le fœtus humain ». Je me contenterai de vous transcrire ici les paragraphes les plus saillants de la description qu'il a faite de notre pièce devant les membres de la Société de biologie :

Si nous nous reportons aux phénomènes de développement qui se passent dans la région ano-génitale, nous nous rendrons compte de la façon dont ce kyste dermoïde a pu se produire. Le cloaque, où aboutit, chez

l'embryon, le tube digestif d'une part, les conduits génito-urinaires, de l'autre, se divise en deux canaux distincts, sinus uro-génital et rectum, par la formation de deux replis latéraux. Les bords de ces replis se rapprochent et se fusionnent, de la même façon que les replis médullaires à l'époque où se ferme la gouttière médullaire. Plus tard on observe un processus analogue chez les embryons *féminins*, au niveau du sinus uro-génital, qui se cloisonne en un canal ventral, l'urèthre, et en un conduit dorsal du segment postérieur du vagin. Chez les embryons *masculins*, le sinus uro-génital ne se cloisonne pas, mais son orifice postérieur s'ouvre dans une gouttière formée par deux replis ventraux du tubercule génital. Ces derniers ne sont que des épaissements cutanés, revêtus, par conséquent, d'assises épithéliales d'origine ectodermique et ne présentant, comme le reste de l'épiderme à cette époque de la vie embryonnaire, aucune trace de bourgeons glandulaires ni pileux.

Dans le développement normal, les bords de ces replis uro-génitaux ou simplement uréthraux se soudent comme dans le cloaque et prolongent le canal jusqu'au niveau du gland. A la base de ce dernier, on remarque cependant un cloisonnement partiel de l'urèthre balanique, aboutissant à la formation du *sinus de Guérin*. Déjà en 1892, Retterer nous a donné une idée de la formation des urèthres doubles dont il a vu un cas dans le service de Lannelongue. Le tout se réduit à un cloisonnement analogue à celui du cloaque et du sinus uro-génital féminin. Dans le cas particulier qui nous occupe, le cloisonnement de l'urèthre n'a été que par-

tiel, c'est-à-dire qu'il porte sur une région limitée de l'urèthre.

Voici comment on peut se rendre compte de la façon dont notre kyste s'est produit : les replis uréthraux de la région périnéale se sont formés et rapprochés par leur face interne comme à l'ordinaire ; mais au lieu de se souder sur toute leur hauteur, sauf à l'extrémité profonde (urèthre), la réunion n'a eu lieu qu'en deux points : à leur extrémité profonde et au bord libre. Dans la partie moyenne, les deux replis n'ont fait que s'accoler, de façon que leur face interne est restée vêtue d'épithélium, et que le tissu mésodermique et vasculaire n'a pas passé d'un repli à l'autre. De cet arrêt de soudure dans la partie moyenne des replis, ou, ce qui revient au même, de la soudure partielle portant sur une partie profonde et sur le bord libre des replis, résulte un canal tapissé par des assises ectodermiques, qui ont continué à évoluer comme l'épiderme, mais sans former ni follicules pileux ni glandes sébacées.

Supposons que le processus ait débuté au sinus urogénital et se soit continué jusqu'au gland, nous aurions un urèthre double ; dans notre observation, il s'est limité à la région périnéale, c'est-à-dire que nous sommes en présence d'un kyste terminé en cul-de-sac en avant et en arrière ; le dernier canal suit nécessairement le raphé périnéal : il est tapissé par un revêtement épithélial semblable à celui de la peau, et sa paroi mésodermique est constituée par une trame musculaire et conjonctive rappelant celle du corps spongieux ; mais les vaisseaux ne s'y sont pas développés jusqu'à le transformer en tissu érectile.

Tel est, Messieurs, le cas remarquable que je tenais à exposer devant vous ; je le résume en une courte phrase : On peut rencontrer, au niveau du raphé qui s'étend de l'anus au prépuce, des kystes dermoïdes d'aspect canaliculaire, et dus à l'enclavement de la peau au moment de la formation de la gouttière uréthrale.