

# Epiteliomul penisului și tratamentul său chirurgical



PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE  
... 9 MARTIE 1926.  
DE

**LIVIU RADU**

MEDIC INTERN AL SPITALULUI „GH. MĂRZESCU“ BRAȘOV

1 9 2 8

# Epiteliomul penisului și tratamentul său chirurgical

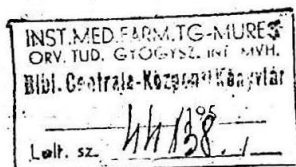


PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE  
..... MARTIE 1928.

DE

**LIVIU RADU**

MEDIC INTERN AL SPITALULUI „GH. MĂRZESCU” BRAȘOV



24 MAY 2005

1 9 2 8

# UNIVERSITATEA DIN CLUJ

## FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

---

Decan : D-nul Prof. Dr. *Botez A. M.*

### Profesorii :

Patologia generală și experimentală	Prof. Dr. <i>Botez A. M.</i>
Istologie și embriologie umană	" " <i>Drăgoia I.</i>
Clinica infantilă	" " <i>Gane T.</i>
" ginecologică și obstetricală	" " <i>Grigoriu C.</i>
Istoria medicinei	" " <i>Guiart I.</i>
Clinica medicală	" " <i>Hațiegan I.</i>
" chirurgicală	" " <i>Iacobovici I.</i>
Medicină operatoare }	" " <i>Martinescu Gh.</i>
Farmacologie și farmacognozie	" " <i>Michail D.</i>
Clinica oftalmologică	" " <i>Minea I.</i>
" neurologică	" " <i>Minovici N.</i>
Medicină legală	" " <i>Moldovan I.</i>
Igienă și igienă socială	" " <i>Negru D.</i>
Radiologia medicală	" " <i>Nișescu I. I.</i>
Fiziologia umană	" " <i>Pamfil Gh.</i>
Farmacia chimică și galenică	" " <i>Papilian V.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	" " <i>Predescu-Riton I.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	" " <i>Tătaru C.</i>
Clinica stomatologică (supl.) }	" " <i>Thomas P.</i>
Clinica dermato-venerică	" " <i>Urechia C.</i>
Chimia biologică	" " <i>Vasiliu T.</i>
Clinica psihiatrică	
Anatomia patologică	

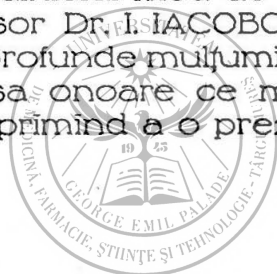
### Juriul de promoțiune :

Președinte : D-nul Prof. Dr. *Iacobovici I.*

Membrii : { D-l Prof. Dr. *Tătaru C.*  
                   " " " *Vasiliu T.*  
                   " " " *Papilian V.*  
                   " " " *Botez A. M.*

Supl. D-l Prof. Dr. *Țeposu E.*

Președintelui meu de Teză Dlui  
Profesor Dr. I. IACOBOVICI cele  
mai profunde mulțumiri, pentru  
distinsa onoare ce mi-a făcut,  
primind a o prezida.



Juriului meu de promoție recu-  
noștință și respect.



## Prefață

*Epiteliomul penisului este considerat, ca o raritate și este prea puțin studiat de medicii practicieni. Studentul care vede cele câteva rânduri, ce-i le consacră tratatele clasice, îl trece cu vederea și astfel rămâne aproape necunoscut.*

*Datorită acestei neglijente ce i-sa dat în iotdeauna acestei maladii, s'au văzut bolnavi mergând în serviciul de chirurgie, după ce au fost tratați timp îndelungat de sifilis.*

*Cancerul penian deși nu este prea des, nu constituie o raritate.*

*La noi în țară cât și în străinătate an de an în serviciile de chirurgie și dermatologie se pot vedea cazuri de cancer penian. Biopsia este hotărâtoare în diagnosticul cancerului penian și un examen anatomo-patologic precoce va fi salutar.*

*Mă voi ocupa cu acest subiect în această lucrare, cu care îmi închei viața de student, inspirat fiind în alegerea acestui subiect de ilustrul meu profesor Dr. I. Jacobovici și pentru aceasta țin să-i exprim cea mai profundă recunoștință și respect.*

*Nu voi putea uita nici când dragostea cu care am fost primit și sfaturile ce mi-a dat, când m'am angajat să fac această lucrare. Voi fi toată viața recunoscător pentru cunoștințele ce mi-le-am împărtășit ca student din lecțiunile teoretice și practice ținute de D-nia Sa, cu atâta conștiinciozitate, pline de idei savante și foarte recente, îmbrăcate într'o haină oratorică perfectă.*

*Aduc mulțumiri pe această cale șefului meu Docent Dr. L. Câmpeanu pentru dragostea cu care m'a primit în serviciul D-sale și pentru conștiinciozitatea și sinceritatea cu care caută să mă împărtășească din vastele Dsale cunoștințe teoretice și practice.*

*Voi fi întotdeauna recunoscător și voi fi mândru de chirurgia practică ce am însușit în serviciul Dsale.*

*Exprim vii mulțumiri D-lui Profesor Dr. Teposu pentru afaibilitatea cu care mi-a dat îndrumări în căutarea literaturii necesare acestei lucrări.*

*Dragoste și recunoștință pentru tot sprijinul material și moral părinților mei, iubire fraților mei.*

## Istoric

Cancerul penian a fost cunoscut din antichitate. Celsius descrie în lucrarea sa „De Re medica“ următoarele „quidam ferro aduxerunt, quidam scalpello exiderunt, neque ulli unquam medicina profuit, sed adusta protinus concitata sunt et increverunt donec occiderent. Excisia etiam post inductam cicatricem, tamen reverterunt et causam mortis attulerunt“.

În secolul al VI-lea al erei noastre medicii greci: Aetius, Paul d'Egine în secolul al VII-lea se ocupă de vegetațiile benigne și maligne ale penisului și de tratamentul lor. După ablația vegetațiilor ei sfătuiesc de-a le pudra cu „piatră tare“ dacă natura lor este benignă, dacă este malignă sfătuiesc cauterizarea. (P. D' Egine, de re medica L. b. cap. LVIII. Aetius L. 4. cap. II.)

Collisen în „Systema chirurgiae hodiernae“ scrie următoarele: „Decet tamen chirurgium, antequam amputationem membri virilis suscipiat, ut rite exploret an tota substantia penis corrupta; etenim praeputii tumores, excrescentiae, ulcera gangraena, inderdum totalem corruptionem mentiri possunt, ipsa glanda tamen incolume.“

În secolul al XVI-lea Ambroise Pare inventează special aparate pentru nenorocții cu amputația penisului. El adoptează bontului rămas o canulă de argint, care servește de uretră și ajută jetul urinar, salvând pe bolnavi din penibilă situație de-a se ciuci când urinează, fiind mai puțin alterată demnitatea de bărbat.

Aceste canule serviră până în secolul al XVIII-lea,

când marele chirurg Guillaume Fabrice de Hilden (G. F. H. opera 1682) formulează o tehnică de amputația penisului pe care Demarquay însuși și alți autori se bazează în procedeul lor.

În 1691. marele chirurg olandez Ruysch publică la Amsterdam „Observationum anatomico-chirurgicarum centuria“ în care recomandă amputația penisului prin ligatură. Această metodă se răspândește repede.

În secolul al XIX.-lea medicul englez Hey, pentru întâia oară arată rolul important al phimosei în etiologia cancerului penian.

Lebert în tratatul său de maladii canceroase face un studiu anatomicopatologic detaliat a cancerului penian, în acest sens mai târziu se ocupă Lisfrank (1841). Buret în 1828, descrie pentru întâia dată focarele secundare din corpii cavernoși. Travers, Erichsen se ocupă de etiologia cancerului penian.

Ricord studiază cancerul penian și îl dă ca o raritate înainte de 40 de ani, apoi stabilește raporturile sale cu sifilisul.

Marchettini în 1853 se ocupă de-a da prin anaplastie tegumente penisului, pentru a înlocui tegumentele ridicate. În acest timp școala din Lyon, ca tratament aplică termocauterizarea.

Demarquay în 1876 dă cea mai importantă lucrare din acel timp în cea ce privește epiteliomul penisului; cu 134 observații personale.

Actualmente sunt 2 concepții în cea ce privește tratamentul cancerului penian: după Anandale și de Paci: emasculația totală în toate cazurile.

Auvray et Morestin susține o chirurgie mai conservatoare.



Mauclaire aplică cancerului penian metoda întrebuințată pentru cancerul uterin și a sânelui, ridicând deodată penisul și lymfaticile.

Profesorul Toma Ionescu recomandă, ca atunci când este o leziune avansată când și parte din ganglionii inghinali sunt prinși de neoplasm, să se aplice emasculația totală. apoi extirparea ganglionilor lymfatici inghinali, iliaci și cei dealungul aortei abdominale. Prin acest procedeu se obțin rezultate bune, căci sunt foarte rare recidivele.

## Anatomia Patologică

Epiteliomul penisului este aproape în totdeauna primitiv, sunt cazuri însă de cancer penian secundar în urma unui cancer al organelor din vecinătatea lui; ca prostată, scrot, vesică, testicul; de unde neoplasmul trece și la penis. Mai există cancer al corpurilor cavernoși prin embolii metastatice.

Cancerul penisului poate avea un debut superficial sau profund.

Pe pielea penisului se remarcă de cele mai multe ori la început apariția lui, sub formă de butonaș, dur, roșu adesea ulcerat.

Aceste leziuni butonoase după câțva timp, devin foarte sângerânde la cea mai mică atingere, având la bază o duritate lemnoasă.

Incurând lângă această leziune primară va apare o a doua la fel, care va conflua cu prima lărgind astfel extinderea leziunii, care va progresa din ce în ce mai mult, ajungând să cuprindă chiar întreg penisul.

Neoplasmul odată extins, va pătrunde și în profunzime, când penisul se edemațiază, devine roșu mai ales în jurul leziunilor.

Cel mai frequent debut este în șanțul balano-prepuțial. Localizarea obișnuită este în apropierea frenului, unde datorită îndoiturii profunde cutanate, retențiile secrețiilor fiziologice înlesnesc iritația locală și pe acest fond, ca consecință va fi apariția neoplasmului.

Nu rareori tumoara la început nu poate fi depistată, fiind mascată de-o phimoză preexistentă, care dă aspectul de clopot penisului.

Infiltrația glandu'ui și a prepuțului se face aproape simultan: glandul devine dur se ulcerează, prepuțul se edemațiază, dând la palpare senzația de carton, se sclerozează și dacă nu există deja, dă naștere unei phimozе, care reține închise între gland și prepuț secrețiile fiziologice și infecțiile.

Debut pe gland; apare ca un buton dur gros, lemnos, lenticular, pe fața dorsală a glandului, aproape de meatul urinar.

În aceste cazuri vom avea și phimoză fie în urma faptului, că e atins de neoplasm și prepuțul, fie că e inflammat în urma unei infecții secundare supra adăugate sau dacă a existat dinainte.

În asemenea cazuri simptomul prim de cancer al penisului este tumefierea glandului prin prepuț și în aceste cazuri cancerul ia o evoluție în spre profunzime mai mult.

Debutul la meat este foarte rar și în aceste cazuri avem de-a face cu un cancer al uretrei. Meatul se va transforma în formă de pălnie neregulată, sfacelată, sângerândă, mucoasa glandului va fi îngroșată și tumefiată, iar prepuțul scleros în urma inflamației cronice.

Formele cancerului penian :

După Küttner sunt 3 forme; 1. hipertrofică, cea mai deasă. Proliferarea se face pe dosul penisului (glandului), producând fimoză și parafimoză, sub formă de vegetații conopidiforme.

Tumoarea se exulcerează și elimină o serozitate, caracteristică galben-murdară, foarte fetidă. Meatul nu se recunoaște, crește apoi tumora mult în volum și se extinde spre rădăcina penisului, luând penisul formă de „Cocean de varză“.

Pe secțiune vedem așa zisul „chou-fleur“ sau „blumenkohl“, făcând meatul uretral de nerecunoscut.

Testiculii sunt îndemni, epididimul deasemenea.

Extensia răului se face treptat dinainte înapoi, spre scrot, testicul, prostală, vezica urinară, vasele basinului și limfatice. Histologicește este asemănător cu cancerul cutanat, adică este un epiteliu pavimentos.

A doua formă de cancer al penisului este carcinomul razător; ulcer dur cu margini eversate, formă de ciupercă evoluând spre profunzime.

A treia formă, care este mai rară decât precedentele, este cea nepapilomatoasă; infiltrativă, fiind mult mai gravă.

Corpii cavernoși se cancerizează excepțional numai, Sunt autori cari cred că atunci ar fi vorba de sarcoame dezvoltate din trave conjunctive.

Ei sunt invodați direct sau prin metastaze. Invadarea frecventă pare să fie mai precoce în șanțul balanoprepuțial deoarece fascia penisului și albuginela oferă o rezistență mai mare în timpul dezvoltării neoplasmului pe piele și în țesutul subcutanat.

Intre baza glandului și extremitatea anterioară a cor-

pilor cavernoși este un spațiu unde se insinuiază ușor prelungiri plecate din epiteliom, când a plecat din acest loc (Morenstein).

Pe când inapoia invaginației glando-prepuțiale dermul și țesutul subcutan aderă intim de corpii cavernoși. Această conformație anatomică este considerată de mulți autori, ca o stavilă care opune oareșicare rezistență neoplasmului.

S'a observat, că epiteliomul disociază oa-ecum albuginea, deoarece la secțiune se vede că neoplasmul trimite prelungiri între fascia și albuginee, pe când o altă prelungire merge în corpii cavernoși. În aceste unde cancerul câștigă teren.

Școala franceză modernă a remarcat afinitatea pe care acesta o prezintă pentru albuginee, cu care s'ă în raport intim.

Infecțarea indirectă a corpilor cavernoși este dată de cele mai multe ori de metastase pe cale sanghină.

Corpii spongioși sunt extrem de rar invadați în cancerul superficial, în cancerul profund destul de frequent.

Clasicii admiteau extinderea cancerului la corpii spongioși, deoarece — ziceau ei — glandul este o simplă umfiătură datorită capului spongios.

Retterer studiind embriologia glandului, aduce o concepție diferită celei vechi. După el corpii spongioși întovărășesc uretra fără să formeze o umfiătură, iar glandul ar fi format de invelişul cutanat și fibros al penisului, cari la acest nivel și în deosebi pe partea dorsală s'au îngrosat și au devenit erectile. Tot la acest nivel albuginea corpilor cavernoși se confundă cu țesutul de invelis al glandului. În legătură cu acesta ar exista anostomose arteriale între gland și or-

ganele erectile; numeroase și de calebru mare în corpii spongioși, puține și îngust în corpii cavernoși.

Această concepție a lui Rettere explică numai în parte procesul de cancerizare. Poate că explicația trebuie să o căutăm și în anatomia glandului unde ymfaticile sale cât și cele a sanșului bolano-prepuțial merg toate pe dorsalul penisului.

Este de mare importanță pentru propagarea cancerului penisian, studiu al vaselor colectoare ale celor 2 rețele limfatice peniene.

Ele au fost considerate 4 la număr. Trunchiul inferior se termină într'un ganglion inghinal profund așezat în canalul crural și întru venii femurale. Al 2-lea trunchiu merge la ganglionul lui Cloquet, al 3-lea și al 4-lea trece înelul crural, și se conectează pe ligamentul lui Gimbernat și merge în ganglionii-retrocruali interni. După cum vedem aceste trunchiuri limfatice parvin la ganglionii așezați de-a lungul marginii interne a veniiferelor.

Trunchiurile inghinale intrând în canalul inghinal, merg pe părțile inferioare ale acestui canal și ajung la ganglionul retrocrual extern. După această descriere succintă a anatomiei limfatice vom trece la descrierea anatomiei patologice a lor. Kerner împarte în 2 grupe limfaticele 1., limfatice ce merg la ganglionii inghino-cruali sau la 2., ganglionii lombari. Studiul anatomiei limfatice explică foarte bine, bilateralitatea frecventă a adenopatiilor ori care ar fi poziția leziunii pe penis. De obicei primii cari se prind sunt ganglionii inghino-cruali. Se poate însă să fie primii și întâi ganglionii iliaci sau chiar ganglionii lombari. Ganglionii cancerosi tipici sunt mici și duri. Ei fac aderențe cu țesăturile vecine

și cele profunde dând periadenite, apoi procesul evoluând ganglionii nu se mai disting, întreg procesul ia o colorație roșie-violacee, se ulcerează, secreând un lichid murdar, letid.

Căile limfatice deasemenea se pot canceriza prezentându-se sub forma unui cordon dur; roșu, nedureros și fiind de obicei în continuarea unui ganglion canceros.

Metastazele vi cerale după Demarquoy sunt destul de frecvente în deosebi în persoanele cu un cancer penian vechiu. Ele pot atinge pulmonii pleura, peritoneul și pericardul (Ménétrier și Martínez.)

## Histologie

Histologic după cum se localizează neoplasmul pe partea cutanată sau pe mucoasa penisului vom găsi 2 forme. Tumora pe partea cutanată a penisului va afecta epitelul malpighian keratinizat și va fi analoagă cancerului cutanat obișnuit.

Leziunea pe mucoasă se va face pe socoteala epitelului malpighian mucos, care îi dă o trăsătură specială.

În genere cancerul penian se reduce la un cancer malpighian mucos.

După numeroși autori cancerul penisului pare să fie un epiteliom spino-celular.

Șanțul balano-prepuțial este locul de predilecție pentru dezvoltarea pe seama unui nev preexistent a nevo-carcinomului. Epitelioamele dezvoltate la nivelul mucoaselor sunt formate din epiteliu pavimentos stratificat, fără pătura cornoasă.

Epiteliomul acesta normal este infiltrant, dar poate avea și o arhitectură vegetantă. S'au se poate prezenta

sub formă de cordon mai mult s'au mai puțin gros, mai mult sau mai puțin regulat și mai mult sau mai puțin anastomozat. Există două forme histologicește a) trabeculară și b) plisată.

## Etiologia

Cancerul penisului apare la o vârstă înaintată. Bîcord, Iacobovici și alți autori îl semnaleză după vârsta de 40 ani.

Cancerul penian poate fi și juvenil, desigur este foarte rar.

În etiologia cancerului penian pot fi 2 cauze: 1) generală 2) locală.

Dintre cele generale hereditatea și contagiunea. Hereditatea care a fost de mult discutată și studiată nu mai este astăzi admisă.

Problema contagiunii câștigase în cancerul penian o importanță mare de unde numeroase discuții.

Este admisă din secolul al XVII-lea și fusese acceptată mai târziu de Velpeau. Barthelemy 1888 Totuși în 1902 De Borís se îndoește asupra veracității acestei etiologii.

Profesorul Hartmann observă 6 cancer și a căror soții au avut sau au prezentat în aceeaș epocă cu ei o tumoră malignă. El insistă de-a nu neglija în interogatoriu ce luăm bolnavilor date asupra stării sănătății soțului sau soției.

Se cunosc îndeajuns numeroasele experiențe cu grefe făcute pe animale și mai ales pe soareci. Câteva cazuri de contagiune au fost citate, totuși după majori-

tatea autorilor, ca Pothert cancerul penian simultan cancerului uterin ar fi numai o coincidență.

Cauzele locale posibile de-a da naștere unui cancer penian sunt după Profesorul Iacobovici și alți autori: traumatismele, inflamația și transformarea tumorilor benigne în maligne.

Contuziile masturbației invocate de unii sunt numai ipoteze.

Deja Haye fimoză congenită e admisă de toată lumea ca o realizatoare a unui neoplasm.

Totuși trebuie avut în vedere, că fimoză e adesea secundară, ocazionată chiar de compresia cancerului însuși.

Barnay și alți autori recomandă circumcizia la adulții la cari prepuțul nu descoperă complet glandul.

Prepuțul lung prilejește murdăria și însuși necurătenia este o cauză provocatoare a epiteliomului penian; după Ricord, Demarquay și alții.

Transformarea tumorilor benigne în maligne este o cauză importantă a cancerului penian. Un nev se poate transforma într'un nevo-carcinom. Tot așa orice organ sau părți din organ, cari suportă transformări structurale pot suferi transformări neoplazice.

### Simptomatologia

Morfologic leziunea cancarizată se prezintă, ca o ulcerăție neregulată, cu marginile ușor denivelând pielea, cu tendință distructivă, repauzând pe o bază îndurată acoperită cu o secreție vâscoasă, murdară și foarte fetidă, care sângerează la cea mai mică atingere. Poate să producă printr'un proces necrozant pierderi de substanțe



mai mult sau mai puțin mari în tegumente și părțile profunde ale penisului.

Penisul cancerizat e adesea edemațiat, roșu, de consistență dură, lemnoasă.

Mirosul cancerului penian e caracteristic. Dă-  
rerea de obicei nu se semnalează tumora fiind  
în majoritatea cazurilor insensibilă la început și nu  
mai după ce tumora s'a dezvoltat mult apar adeve-  
rate dureri.

Jena în micțiune o găsim numai în cancerete pro-  
funde, când este erodată și uretra. În cancerul superficial  
dificultatea vine de acolo, că glandul distrus sau defor-  
mat se opune jetului urinar. În aceste cazuri consecința  
va fi sindromul cistitei cu întreg cortegiul ei: urina tul-  
bure, polakiurie, dureri la micțiune.

De aci rinichiul se infectează prin; pielo-nefrită, as-  
cendentă, urmează intoxicația uremică, bolnavul deven-  
ind și impotent.

S'au văzut cazuri însă în deplină cancerizare, ero-  
date, inflamate, la cari existau erecții chiar frecvente.

Pierderile de sâng. sunt foarte mari, când sunt  
erodate vase mai mari și consecutiv anemii, cari pot  
aduce moartea bolnavului.

Ganglioni obișnuit sunt prinși, mai ales când leziu-  
nea este veche. Ganglionii cancerosi sunt mici sau mari,  
duri, prinzând și țesăturile vecine. Adenopatia este bi-  
laterală de obicei.

### Forme clinice

Clinic Profesorul Maurice Chevassu distinge două  
tipuri de cancer penian: a) cancerete cari se văd și b)  
cancerete cari nu se pot vedea.

Formele vizibile fiind ajutate de morfologia lor, vor fi ușor depistate: nu tot așa va fi cu formele, cari nu se pot vedea.

Totuși când ni se prezintă un bolnav trecut de vrâsta de 40 ani cu o fimază ce ascunde o tumoretă, să ne așteptăm la cancer. In toate aceste cazuri după cum recomandă Prof. Jacobovici și Chevassu să nu se facă amputația penisului ori cât ar fi de tipic cazul până ce nu s'a văzut leziunea și după ce din ea s'a făcut examen histologic.

Deci să nu lăsăm nici o fimoză neincizată in asemenea cazuri, ca să vedem aspectul glandului și să facem biopsia.

### Diagnosticul

Am văzut la capitolul simptomotologiei epiteliomului penian trăsăturile lui caracteristice, când este tipic și in plină evoluție; nu tot așa este de ușor diagnosticarea lui la început, lucru atât de necesar pentru a salva bolnavul de mușlațiuni dureroase și inutile, ba chiar delo o moarte s gură.

Diagnosticul cancerului penian la început este foarte greu de făcut, căci se lasă să fie confundat cu o leziune sifilitică, de care adesea este tratat

Vom refera aci majoritatea afecțiunilor cu cari se aseamănă la început și modalitatea de-a le diferenția.

In fimose când avem balanopostite după ce am făcut reducerea fimozei vom observa, că leziunea pe care o ascundea este superficială, prezintă o suprafață tapetată de plăci albe, acoperită de epiteliu descuamat, sau o masă de puroi. Rar prezintă o ulceratie. Prepușul e și el inflammat, cald, edematos.

Fimoza datorită lipsei de igienă a bolnavului poate ușor duce la erodare în cazuri de diabet, când controlul zahărului în sânge ne va arăta adevărata cauză.

Herpesul e superficial, nu interesează decât stratul malpighian, prezintă o bază suplă, marginea tăiată, la apăsare iese o serozitate clară. El se repetă la același individ din timp în timp.

Vegetațiile veneriene se pot confunda cu formele vegetante ale epitelioamelor. Un simplu curetaj poate arăta, că baza leziunii este superficială, bine limitată, neîndurată. Biopsia se impune în asemenea cazuri.

Kistul sebaceu e rar. Compresat lasă să iese prin micul să orificiu materia sebacee.

Abcesul cronic al pensului îl găsim la retracțiile post blenoragice.

Șancru moale se diferențiază evident prin morfologia lui: durerea, adenopatia, care tinde spre supurație, autoinoculația și evidențierea bacilului Ducrey.

Biopsia diagnostică micozele ulcerate, de altfel destul de rare pe penis.

Granulomul ulceros este mai des în Brazilia și India. Leziunea debutează printr'un nodul, ce se întinde sub forma unui placard ulcero-granulos către regiunea inghinală, pube, perineu și invadează mucoasele. Durează mai mulți ani, nu prinde ganglionii, și nu provoacă casexie. Biopsia arată existența unui plosmodiu.

Tuberculoza peniană este destul de rară. Este caracterizată de obicei printr' o ulceratie persistentă cu caracter morfologic special, prezentându-se cu un fond neregulat cenușiu-gălbui, care secretă o serozitate ce se concretizează formând o crustă subțire și netedă. Marginile violacee, policiclice serpiginoase, decolate sau sunt îngroșate.

Ganglionii inghinali sunt foarte infiltrați nu sunt nice odată duri, iar prepuțiul rămâne elastic și nu formează fimoză.

Rare ori găsim o tumoretă mică care se inflamează și ramolindu-se se fistulizează : puroiul galben și consistența lui caseoasă ajută diagnosticul. Tuberculoza peniană o găsim între 20—30 ani, perioadă când cancerul penian este numai excepțional.

Tuberculoza verucoasă se prezintă ca o formație papilomatoasă sau hiperkeratozică. Desvoltată complet tuberculoza verucoasă se compune din 3 zone:

a) Împrejur o zonă eritematoasă, netedă; b) o zonă mijlocie mai ridicată violacee sau brună, presărată de cruste, aderențe sau ulceratii, de unde la presiune putem obține picături de puroi. c) Suprafața centrală este sau cicatricială și deprimată, sau verucoasă. Examenul de laborator în deosebi biopsia precizează diagnosticul. Inocularea la cobai își are meritul de-a confirma diagnosticul, dar are inconvenientul întârzierii

Leziunile sifilitice primare cu antecedente caracteristice, cu morfologie clasică, ganglionii caracteristici și examenul serozității la ultra-microscop pun precis diagnosticul. Sifilidele vegetante sunt excepționale la organele genitale. Ele afectează forma plăcilor papilomatoase, adesea crustoase. Aceste plăci mucoase hiperofice și vegetante se găsesc la oamenii murdari în plicele genito-crurale. Diagnosticul diferențial de cancerul penian îl vor face antecedentele și leziunile secundare.

Sifilidele terțiare ulcero-vegetante și gomele se pot confunda cu cancerul penian. Biopsia este hotărâtoare în aceste forme învechite a sifilisului.

Eritroplosma lui Ruyrat (1911) este o epiteliomă

papilară, benignă. Prezintă o suprafața roșie strălucitoare extensibilă, foarte rezistentă la toate topicele. Ea evoluează într'o epiteliomă spino-celulară, cu prinderea precoce a ganglionilor corespunzători.

Dacă vom face o asemănare și dacă vom căuta să diferentiem aceste maladii de cancerul penian amintindu-ne morfologia lui, de formele cari se pot vedea și cari nu se pot vedea; nu va fi greu să mergem pe urmele unui diagnostic precoce și precis, prin care vom salva bolnavul dela o moarte sigură.

După o statistică expusă de către Dl Profesor Dr. I. Iacobovici la congresul național de obstetrică-ginecologie-urologie în 25 Octomvrie 1925, procentual cancerul după vârstă apare în felul următor:

Anii	Bărbați	Femei	Total	Procente
0—20	1	2	3	0,25
21—30	8	45	53	4,76
31—40	47	155	202	17,15
41—50	131	211	342	29,16
51—60	167	145	312	26,59
61—în sus	167	97	264	22,48

În acest referat Dl. Prof. Iacobovici arată, că în decurs de 5 ani la clinicile din Cluj au fost 27,411 bolnavi, dintre cari 1177 canceroși. Iar din acest număr 9 au fost cancere ale penisului, deci un procent de 0,75.

## Tratamentul :

După cele mai recente cercetări tratamentul cancerului penian poate fi făcut prin următoarele procedee :

1. chirurgical,
2. electocautrizare, termocauterizare,
3. Curieterapie,
4. Radioterapie.

Procedeul care ne dă rezultatul cel mai sigur este totuși tratamentul chirurgical, care constă după gravitatea leziunii din :

- a) Exereza simplă a tumoarei,
- b) Amputația parțială sau totală a penisului,
- c) Emasculația totală.

Singura contra indicație a acestor procedee ar fi întinderea prea mare a tumoarei; generalizarea ei.

Deci în tratamentul chirurgical vom recurge la diferite procedee ce se aplică în chirurgia modernă : după gravitatea cazurilor.

Când o leziune este minimă se va face extirparea tumoarei. Aceste cazuri sunt mai rare, căci majoritatea cazurilor ce se prezintă în cabinetul nostru medical sunt într'o fază înaintată, când o simplă extirpare a tumoarei ar fi insuficientă.

Amputația parțială a penisului se va aplica ori de câte ori vom avea o leziune, care cuprinde glandul numai și când pe traectul trunchiului la palpate nu vom simți noduli mici sau mari canceroși, cari vor fi foarte sigure de recidivă.

În asemenea cazuri vom face o extirpare mai largă, eventual amputație totală.

Technica operatorie în amputația penisului după Profesorul Dr. I. Jacobovici :

Înainte de-a recurge la amputație, vom aplica o anestezie locală de obicei cu novocaină, care se va injecta în lungul penisului dorsal și inferior pe traectul nervilor penisului, apoi prin transfixie vom anestezia în profunziune.

După ce am obținut o anestezie bună, vom spăla penisul cu benzină iodată, vom badijona cu tinctură de iod, apoi vom face izolarea perfectă, iar porțiunea care va fi amputată o vom îmbrăca într'un prosop, căci astfel vom obține un câmp operator steril.

Vom căuta apoi locul de elecție pentru amputație la o distanță de circa un deget dela neoplasm, unde vom face incizia pielii în circumferință, apoi vom face incizia țesutului celular, vom pensa arterele și venele dorsale și le vom secționa. Pielea și țesutul celular odată secționate se retractă și rămâne astfel o porțiune din corpul cavernos și spongios liberă.

Se va controla apoi încă odată dacă pe traectul corpilor cavernosi nu există nice un nodul canceros.

După acest control vom recurge la secționarea corpilor cavernosi.

Înainte de aceasta însă vom secționa corpul spongios pentru a evita de-a răni uretra.

Fiecare corp cavernos va fi secționat oblic, tăind mai mult din partea inferioară. Această porțiune formând un V deschis permite ușor afrontarea celor două bonturi. După aceasta vom face ligatura arterelor cavernoase și sutura celor două bonturi a corpilor cavernosi unul cu altul, prin fire transversale.

În partea superioară se suturează de piele, iar în partea inferioară se va sutura pielea la corpul cavernos și de mucoasa uretrală.

Este foarte important, ca mucoasa uretrală să fie bine fixată de piele pentru ca nu cumva să se ectropionizeze spre lumenul uretral, ca apoi mai târziu să dea o strictură a meatului. Pentru a evita această complicație, vom aplica patru fire de catgut, cu cari vom fixa mucoasa uretrală de pielea de pe bont: unul superior, inferior și două laterală. Bontul astfel format va prezenta o analogie cu penisul de câine.

Când avem o leziune întinsă, care cuprinde aproape întreg penisul; vom face amputația totală a penisului la nivelul simfizei pubiene.

În aceste cazuri creerea unui bun orificiu uretral e greu.

După Durand (Lyon 1913) se va face o incizie în pielea scrotului și acolo se va fixa uretra. După acest procedeu urinarea se poate face ușor în picioare.

S'a încercat, ca să se facă o uretrotomie anterioară; prin acest procedeu se va evita, ca urina să se scurgă pe scrot și să dea dermite ale scrotului.

Delpech și Bouisson despart scrotul în două jumătăți înainte de-a secționa penisul și suturează apoi după amputație buza anterioară a fiecărei jumătăți de scrot de cea posterioară. Thierch după ce a amputat penisul disecă uretra și o aduce la perineu.

Montaz face o simplă butonieră perineală, fără de-a mai diseca uretra.

Technica operatorie în amputația totală a penisului.

Se face întâi desinfecția locală, anestesia, izolare, ca și în amputația parțială a penisului, apoi se face un meat perineal, sectionând uretra prin perinen la nivelul porțiunii spongioase, când prin o incizie circulară la ni-



velul inserției penisului, se taie ligamentul suspensor și se disecă penisul până la inserția rădăcinilor cavernoșilor, cari se despică de pe ramurile închio-pubiene.

Bontul uretral ce rămâne se secționează înapoi cu un cm. lungime, iar mucoasa uretrală se va fixa de pielea inciziei perineale.

Emasculația totală se face mai rar, pentru că epiteliomul penian rar prinde și testiculii, apoi pacienții țin; ca cel puțin aceste semne de virilitate săi rămână.

Din punct de vedere fiziologic încă va suferi bolnavul, datorită secreției interne, care va fi tulburată, prin lipsa secrețiilor testiculare, cari sunt enucleați.

Montaz recomandă emasculația totală, el se justifică astfel „Cu emasculația totală nu mai există poftă sexuală pe care supresiunea penisului nu o mai poate satisface.

Desigur este un avantaj, însă după studiile recente s'a constatat, că secrețiunea internă a testiculilor este prea importantă chiar la bătrâni și deci nu trebuie să ne hazardăm la emasculație decât în extremis.

### Exereza ganglionilor

Incepând cu lucrările lui Kütner, Cuneo și Marcille se fac cunoscute limfaticile penisului și de atunci se face în majoritatea cazurilor și ablația ganglionilor, pentru că s'a constatat deficitul operator, în cazul când nu se aplică și acest timp operator; prin dese recidive și metastaze ganglionare.

După Moncleire se vor recurge la următorii timp operatorii în acest scop:

a) Extirparea ganglionilor inghino-crurali drepti și stângi.

Incizie cutanată supra pubiană și ablația tesutului celular subcutan.

b) Secționarea penisului.

c) Sutura cutanată și uretro-cutanată.

Apoi un pansament compresiv în regiunea inghino-crurală.

Vindecarea per primam în toate operațiunile acestea este mai rară datorită infecției ce se localizează în urma faptului, că nu putem aplica un pansament, care să se mențină steril; fiind obligat bolnavul să urinese se vor produce iritații în jurul uretrei și se vor forma sfacele și infecții.

Arnold, Smith apoi mai târziu Demerquay arată, că adenopatia în cancerul penian adesea retrocedează, după amputația penisului. Ei demonstrează; după cum mai târziu se arată și de alți autori, că aceste adenite sunt cauzate de infecții secundare, adesea chiar de tbc.

Barnay dă în statistica sa 40% adenopatii banale în cancerul penisului. Ricaud dă următoarea formulă în asemenea cazuri:

1. A nu opera adenopatia, dacă nu e netă sau dacă aceea prin aderențele ei prezintă un caz de noli tangere.

2. Dacă adenopatia este formată de ganglioni mici, duri dând degetului impresia de neoplasm; în asemenea cazuri, un examen histologic este foarte necesar, căci ne va clarifica.

3. Dacă adenopatia este netă de natură inflamatorie sau chiar dacă bănuim, trebuie să așteptăm și să supraveghem bolnavul. Amputația va face să retrocedeze ori ce adenopatie necanceroasă. Vom fi gata să intervenim mai târziu, dacă ganglionii măriți persistă sau se măresc și mai mult.

Desavantajul acestei metode e, că bolnavii fiind obligați să vină în cabinetul nostru mereu la termen, pentru

a fi examinați, apoi ideea că vor trebui din nou să fie operați îi va face să întârzie, prezentându-se abia după ce au deja metastaze ganglionare, când e prea târziu.

Exereza ganglionilor inghino-crurali este simplă dacă nu sunt aderente, cari să amenințe vasele mari.

Vom proceda pentru exereza în felul următor:

Se va face o incizie pe traectul arcadei lui Fallope, iar alta urmând traectul vaselor.

Exereza ganglionilor iliaci nu trebuie făcută decât în cazuri absolut necesare.

În asemenea cazuri când neoplasmul a invadat și acești ganglioni, e de recomandat de a se aplica procedeul lui prof. Toma Ionescu; practicând emasculația și extirparea ganglionilor iliaci și ganglionilor situați de-a lungul aortei abdominale. Cu acest procedeu al profesorului Toma Ionescu se obțin rezultate frumoase.

### Tratamentul prin Rezele

La început se credea, că tratamentul prin razele x, va fi bun datorită faptului, că este mai puțin mutilant, ca procedeul chirurgical.

Azi s'a constatat, că nu este bun, căci nu influințează decât pentru un timp asupra neoplasmului și că peste câțva vreme va recidiva.

Și la epiteliomul penisului, ca în toate epitelioamele mucoaselor obținem prin Razele X rezultate prea puțin satisfăcătoare.

Profesorul Chevassu descrie un caz de cancer al penisului, care refuză orice intervenție chirurgicală. El a recurs la razele X. După trei ședințe de radioterapie profundă penisul se elimină în bucăți, iar mai târziu

(după un an) bolnavul sucombă cu voluminoase adenopatii inghino-iliace și cu dureri pelviene puternice.

### Tratamentul prin Radium

M. Monard a comunicat rezultatul obținut în ultimii ani la institutul de Radium din Paris. El constată, că leziunile, cari nu au atins corpii cavernoși sau ganglionii regionali au dat rezultate frumoase.

Ferrari tratează prin curieterapie un caz de cancer penian. Leziunea se cicatrizează, dând doar o simfiză.

Alte procedee în tratamentul cancerului penian în afară de procedeu chirurgical, cu ieterapie și radioterapie, este tratamentul prin curenți de înaltă frecvență. Acest procedeu prin procesul de electrocoagulare ce produce are avantajul, că nu mutilează.

M. Le Fur (Paris) arată, că din 10 cazuri tratate 7 cazuri s'au prezentat după doi ani la dânsul fără recidive, deci 70% vindecați.

Tratamentul prin thermocauterizare. Doctorul Milian dela spitalul Sant-Louis a cauterizat 59 cazuri de epiteliom al penisului, dintre cari 45 nu au recidivat. Asemenea Doctorul Perin încă prezintă 20 de cazuri tratate de dânsul.

Când este indicat acest tratament? :

- a) în epiteliomul naevo-carcinomatous.
- b) Să se practice când încă nu sunt adenopatii.
- c) Să fie profundă cauterizarea și rapidă.

În asemenea cazuri rezultatele sunt bune. În conveniențele sunt puține: avem dureri și inflamații tranzitorii, hemoragii excepțional numai.

Avantajul acestui tratament este, că nu e nevoie

de-o instalație specială, iar la bolnavii, cari nu se pot deplasa pentru a urma ședințe de radioterapie, Radium-terapie, dă rezultate rapide și necostisitoare.

## Prognosticul

Cancerul penisului ca și al celorlalte organe este fatal, dacă nu se intervine la vreme. Este totuș mai benign acesta decât al celorlalte organe și chiar el variază, după forma lui apoi depinde și de precocitatea diagnosticului.

Naevo-carcinomul are un mers rapid și fatal, dacă nu este diagnosticat și tratat la timp.

Cancerul bazo-celular din contra are o evoluție lentă și îl putem ușor îndepărta la început.

Cancerul spino-celular și formele apropiate au un mers foarte variabil; după individ, fără ca să putem prevedea evoluția lui rapidă sau lentă.

Prognosticul va fi bun, când după amputația penisului, ganglionii vor regresa, cea ce denotă necancerizarea lor.

Prognosticul va fi aproape în totdeauna fatal, în cazuri e când există adenopatie canceroasă, chiar după cea mai bună curățire ganglionară; inghinală, crurală și iliacă.

## Observații

### Observația I-a.

A. K. în vrătă de 52 ani se 'prezintă la clinica chirurgicală din Cluj, în ziua de 16/VI. 1920, suferind de epiteliom al penisului.

Antecedente heredo-colaterale. Bolnavul declară că înainte cu douăzeci de ani, iau murit părinții, tata în

boală necunoscută, iar mama sa în febră tifoidă, are doi frați sănătoși. Simptome în legătură cu afecțiunea lui actuală nu se găsesc din interogatoriul făcut bolnavului.

#### Antecedente personale.

La vârstă de 24 ani a contractat ca militar o pneumonie, deatunci încoace nu a suferit până în prezent de vreo boală mai gravă. A uzat alcool în tinerețe, neagă infecții venerice.

Boala actuală, a debutat înaintea cu 9 luni, când a observat lângă orificiul uretral extern apariția unei soluții de continuitate a mucoasei, care mai târziu s'a acoperit cu cruste.

Urmând tratament la un medic, aceste leziuni s'au cicatrizat. După timp de 4 săptămâni au apărut din nou leziuni similare în sulcul glandului, staționând aci timp de-o lună.

După acest timp au luat caracter mult mai malign: evoluând rapid, până ce a ajuns la mărimea actuală. De prezent are turburări în micțiune și du eri.

Ganglionii inghinali nu sunt măriți. În această stare se prezintă la clinica dermato-venerică din Cluj, de unde ne este trimis nouă.

#### Examenul local.

Glandul penisului este tumefiat, prepuțul edemațiat în partea dorsală și retractat. Din cauza mărimii enorme a glandului prepuțul nu îl acoperă.

În sanțul balano-prepuțial se prezintă o tumoră exulcerată, care se delimitază în partea anterioară la orificiul uretral extern, iar în partea posterioară interesează și prepuține.

Frenul este complet distrus. La palpație prezintă

o bază dură aproape lemnoasă, iar la cea mai ușoară atingere sângerează.

Exulcerația prezintă la suprafață o secreție galben murdară, cu un miros penetrant, fetid.

Ganglionii inghinali, mai ales cei din partea dreaptă sunt măriți ajungând mărimea unui bob de fasole, în stânga mai puțin măriți.

În scrot de partea dreaptă se simte un chist de mărimea unei nuci, lipit de testicul. Testiculul stâng prezintă neregularități ușoare.

Examen anatomo-patologic.

Suprafața ulcerată fără epiteliu, pe unele locuri se văd la suprafață rămășițe de trabecule epiteliale din rețeaua lui Malpighi.

Restul tumoarei este constituit din dopuri epiteliale, pavimentoase, bine limitate de o membrană conjunctivă. Aceste dopuri celulare sunt pline, iar printre ele se găsește țesut conjunctiv infiltrat cu celule rotunde și vase sanghine.

Celulele acestea prezintă o cantitate mare în kariokinesă.

Proliferația neoplasică nu pleacă din trabeculele epiteliale, ci din profunzime din derm; este deci o tumoră malignă epiteliodă.

Diagnosticul: Epiteliom al penisului.

Tratamentul chirurgical. După ce s'a făcut anestezie rachidiană cu stovaină-strichnină, se trece la evadarea ganglionilor din ambele părți a regiunilor inghinale și apoi la amputația penisului după procedeul practicat în clinica noastră. După 6 zile se scot firele din regiunea inghinală.

Micțiuni normale, starea generală foarte bună, la 4—VIII. părăsește serviciul nostru pe deplin vindecat.

## Observația II.

B. V. de 36 ani funcționar la CFR se prezintă în serviciul nostru în ziua de 17/XII 923, cu epiteliom al penisului.

An ecedente heredo-colaterale fără importanță.

Antecedente personale.

Neagă orice maladii infecțioase sau venerice. Tabagic și alcoolic moderat.

Boala actuală,

Datează de 5 luni, când bolnavul a observat o tumoretă dură și dureroasă în șanțul balano-prepuțial la palpate.

Această tumoretă crește mereu și elimină o secreție purulentă, fetidă, care stagnează în cavitatea prepuțială datorită fimozei congenitale pe care o prezintă.

Mergând la un medic, i s'au făcut spălături ușoare și s'a reușit tragerea prepușului înapoi, când bolnavul observă, că tumoreta ce o simțea prin prepuș este o leziune distructivă ce cuprinde  $\frac{1}{2}$  suprafață a șanțului balano-prepuțial și o parte a glandului.

Această leziune cu toate tratamentele medicamentoase nu cedează, ci continuă a distruge țesuturile învecinate, cuprinzând aproape întreg șanțul balano-prepuțial și glandul. În această stare se prezintă în serviciul clinicii dermatologice de unde după ce i s'a făcut examenul anatomo-patologic a fost transportat în serviciul nostru recomandându-i-se operația.

La Examenul anatomo-patologic se constată :

În secțiuni se vede un epiteliu pavimentos cu straturi cornoase bine reprezentate, trabeculi neregulați și proliferati.



În derm se găsește o însemnată proliferație de cordoane celulare, cari reproduc straturile epidermului, însă celulele spinoase sunt foarte atipice. În mijlocul acestor cordoane epiteliale se văd formații de perle epiteliale.

Diagnosticul se impune de epiteliom pavimentos cu perle epiteliale.

Examenul local.

Penisul este edemațiat, de culoare roșu-violacee, prezentând o leziune mare a glandului și a prepuțului apoi o leziune ce merge spre rădăcina penisului.

Leziunea primară neregulată, limitele ei ușor denivelând pielea, cu tendință distructivă; fundul ei acoperit de o secreție vâscoasă, fetidă, sanghinolentă la atingere, cuprinzând  $\frac{3}{4}$  din circumferința glandului, rămânând liberă numai  $\frac{1}{4}$  inferioară.

A doua leziune este rotundă, cu margini ce sângerează ușor la atingere, fundul acoperit de o masă necrotică murdară, care comprimată dă o secreție murdară și fetidă.

Ganglionii inghinali mici, palpabili, nedureroși la presiune.

Testiculi liberi, nimic de remarcat patologic.

La 22/XII se face intervenția chirurgicală, de către Dl. Profesor Dr. I. Iacobovici.

După ce s'au extirpat ganglionii din ambele plițe inghinale; se pansează plaga, deasemenea se pansează și penisul, iar la 3—I se face amputația totală a penisului.

Se face o incizie longitudinală pe fața inferioară a penisului; pe linia mediană, care interesează numai pielea și țesutul celular.

După aceea se pun în evidență vasele uretrale, și apoi se face ligatura lor. S'a izolat canalul uretral pe o întindere de 3 cm și s'a tăiat în țesut sănătos.

Se trece apoi pe partea dorsală a rădăcinii penisului, se prepară vasele dorsale, se face ligatura lor iar mai pe urmă se recurge la prepararea corpilor cavernoși tăindu-i la nivelul simfizei pubiene. Se face ligatura lor și se completează hemostaza, făcând ligatura a încă câtorva ramuri din rușinoasa externă.

Uretra se suturează la piele prin câteva fire de catgut.

Se introduce o sondă în vezică și se fixează cu un fir de piele.

Operația s'a făcut sub anestezie generală. Pe scrotul edemațiat se aplică comprese reci, iar bontului rămas i-se aplică pansament steril.

În ziua de 4—I edemul progresează la nivelul scrotului ajungând mărimea unui cap de făt. Se desface pansamentul, se controlează plaga când se observă, că pe lângă sondă se scurge urină, care se infiltrează în scrot.

Se descinde la incizia largă a scrotului și două contra incizii, apoi se drenează cu tuburi de cauciuc.

În timpul operației se elimină foarte mult puroi.

Zilnic se pansează cu soluție Dakin și se fac spălături vesicale cu oxicianură de Hg.

La 16—I starea generală este mult mai bună, plăgile sunt curate și în unele locuri începe să granuleze. Urina clară.

La 18—I plaga inghinală este vindecată complet, plaga penisului granulează foarte frumos.

La 25—I edemul scrotului dispărut complet, se schimbă sonda și se fac spălături vesicale.

La 10—II bolnavul este complet vindecat.

(Personală)

D. G. în vârstă de 62 ani, se prezintă în serviciul nostru în ziua de II/X. 926, suferind de epiteliom al penisului.

Antecedente heredo-colaterale: fără importanță.

Antecedente personale: neagă infecții venerice, alcoolic și tabagic moderat.

Boala actuală datează de o lună, a debutat în mod rapid.

Intr'o zi bolnavul observă la nivelul prepuțiului o mică eroziune de culoare alburie, moale și dureroasă la presiune.

Orificiul extern al uretrei este hiperemiat și bolnavul are usturimie în timpul micțiunii pe canalul urinar și în special la meat.

Din zi în zi eroziunea se mărește pe toată suprafața glandului, devenind tot mai dureroasă și de o consistență dură, lemnoasă.

Dela un timp din marginea tumoarei exulcerează un lichid murdar, fetid. În ultimul timp tumoarea se exulcerează pe întreaga suprafața ei. Bolnavul văzând că tumora crește mereu, se prezintă în clinica chirurgicală din Cluj, unde imediat i se face biopsia și se constată anatomo-patologic, că e un cancer spino-celular.

La examenul local se constată, că penisul este mărit de volum, cu ulceratii cratariforme, cari cuprind o porțiune a glandului, având baza murdară, purulentă, ușor sângerândă la atingere.

La 22/IX 926 se face operația, după procedeul obișnuit în serviciul clinicei chirurgicale din Cluj. Operația este făcută de către Dl. Prof. Dr. I. Iacobovici. Se face amputația parțială a penisului.

La 5/X bolnavul părăsește clinica vindecat.

## Observația a IV-a.

(Personală.)

B. I. în vârstă de 51 ani, din Reșița, suferind de epiteliom al penisului, intră în serviciul clinicii chirurgicale din Cluj la 10/IX. 926.

Antecedente hereditare nimic important. Nevasta lui a avut 7 copii la termen dintre cari numai unul trăește, restul au murit.

Antecedente personale. N'a suferit de boli contagioase. La 21 ani a suferit de blenorogie. Alcoolic și tabagic moderat.

Boala actuală debutează înainte cu 8 luni, în mod lent cu mici vezicule transparente la nivelul prepuțului. Aceste vezicule, după un timp oarecare s'au fistulizat, de unde s'a scurs o secreție seroasă. Pe acest fond se formează cruste, iar sub cruste se formează o ulcerăție din ce în ce mai mare.

Bolnavul nu are dureri, nice tulburări în micțiune.

În ultimul timp bolnavul observă, că i-se tumefiază penisul mult, că ulcerățiunea progresează din ce în ce mai mult și cuprinde toată fața dorsală a penisului. În ultimul timp are și dureri, iar ulcerăția secretă continuu o substanță muco-sanghinolentă, cu un miros foarte fetid.

Semne subiective. Această tumefacție a penisului și ulcerăția îl determină pe bolnav, să se prezinte în serviciul nostru.

Examenul local.

Se constată, că este penisul mărit de volum cu ulcerății crateriforme, având o colorație, murdară, purulentă, distrugând complet meatul.

Prepuțul edemațiat și tumefiat; sanțul balanoprepuțial transformat într'o ulcerăție purulentă.

Pe ambele laturi ale tegumentelor penisului se văd diseminați nodulii, tumorete și ulcerăriuni conoidiforme.

Restul tegumentelor penisului încă nealterate prezintă o colorație violacee și sunt tumefiate până la rădăcina penisului.

Uretra în formă de creion, dură pe toată lungimea ei. Ganglionii din ambele plice inghinalale măriți și palpabili.

Examenul de laborator :

Urina : Culoarea galben deschisă, albumină : negativ, puroi : negativ, reacție : acidă, zahăr : negativ, sediment : urați, carbonați, leucocite, micro i.

Reacția Wassermann negativă. Examenul anatomo-patologic. Se face biopsia din tumora penisului.

Resultatul cercetărilor :

Se vede la microscop proliferatie epitelială, care merge spre profunzime.

Diagnosticul : carcinom spino-celular.

Tratamentul preoperator : se desinfectează regiunea tumorală cu apă oxigenată și se aplică pansament cu vazelină sterilă.

Operația se face în ziua de 20/IX. 926 în doi timpi.

Se face o incizie curbă pe regiunea subinghinală întrecând arcada crurală spre regiunea inghinală.

Sa descopere din ambele părți vena safenă externă, care se leagă și se secționează, se procedează apoi la extirparea ganglionilor crurali și inghinali, apoi se suturează plăgile în două straturi.

Se face apoi hemostaza penisului cu un tub de cauciuc; se face o incizie circulară la rădăcina penisului, secționând pielea până la aponevroză.

Se prepară apoi uretra care se secționează cu un bont mai lung, se secționează apoi corpul cavernos și se suturează cu trei fire de catgut, trecând firele și prin septul corpilor cavernos.

Se face apoi ligatura vaselor dorsale ale penisului și se suturează tegumentele până la uretră.

Bontul uretral se suturează formând 2 lambouri, cari se fixează cu 2 fire de catgut la segmente, apoi se introduce în vezică o sondă fixându-se cu un fir de tegumente.

Tratament post operator. După 6 zile se scot firele din plăgile inghinale. Bolnavul continuă a fi afebril. Bontul se vindecă definitiv în ziua de 18/X. când părăsește serviciul.



Observația a V-a.

S. A. de 74 ani se prezintă la noi cu o tumoră malignă a penisului.

Antecedente heredo colaterale. Părinții morți bătrâni, nevasta lui a avut 6 copii dintre cari 1 copil trăește numai.

Antecedente personale. Nu a suferit de vreo infecție venerică, uzează moderat de alcool și este tabagic. La 64 ani suferă un traumatism la ochiul stg, care a fost enucleat la clinica oftalmologică din Cluj.

Boala actuală datează de acum opt luni când bolnavul observă, că sub prepuțiu se desvoltă o mică tumoretă, care crește din ce în ce mai mult. După câțva timp tumora a început să se ulcereze, iar când bolnavul încearcă să o spele cu apă caldă, sângerează. După vre'o trei luni bolnavul mai observă o altă tumoretă pe partea inferioară a prepuțului, cu mult mai mică de-

cât precedenta. Aceste tumori cresc din ce în ce mai mult, producându-i bolnavului jenă în micțiune,

Văzând bolnavul, că aceste tumori nu au tendință spre vindecare, ci cresc mereu, producând și o secreție sero-purulentă, fetidă, se decide să cerceteze un medic, care îl îndrumă să vină în serviciul nostru și în aceste condițiuni se prezintă la noi.

Acı în urma examenelor clinice și de laborator, i-se pune diagnosticul de cancer spino-celular.

Examenul local.

La inspecție se constată, că penisul e mărit de volum, prepuțul este edemațiat și ușor congestiv prezentând o fimoză.

La palpație glandul este dur, ușor neregulat și mărit, restul penisului este infiltrat, nedureros.

Palpând regiunea inghinală se constată în dreapta un grup de ganglioni de mărimea unor alune, iar în stânga de mărimea unor boabe de fasole.

În ziua de 23/XII. 926. se face de către Dl. Profesor I. Iacobovici operația, care consta din ablația ganglionilor regionali și amputația totală a penisului,

La 15/I. 927. bolnavul părăsește serviciul vindecat.

### *Observația a VI-a.*

(Personală)

B. G. în vârstă de 40 ani intră în clinica dermato-venerică din Cluj, în ziua de 18/VIII. 927. unde după ce i-se face tratament antisifilitic, care însă n'a influențat boala lui este transportat în clinica chirurgicală din Cluj, unde după ce i-se face examenul anatomo-patologic i-se pune diagnosticul de cancer al penisului.

Antecedente heredo-colaterale. Părinții morți la adânci și bătrânețe, are 3 frați sănătoși, o soară moartă. A avut 3 copii, dintre cari unul a murit la vârsta de 8 ani.

Antecedente personale.

A fost rănit în război la mâna stgă. Blenorogie, sifilis neagă să fi avut.

Boala actuală datează de 2 săptămâni, la început pe gland a avut o mică leziune. După 3 zile s'a tumefiat prepuțul fimosându-se.

La Examenul anatomo-patologic se constată un epiteliom al penisului.

Examenul local. Capătul penisului tumefiat prezintă o fimoză. La nivelul glandului o tumoretă exulcerată care secretă o serozitate sero-purulentă, fetidă.

Ganglionii regionali nu sunt măriți, nu se palpează.

În ziua de 9/IX. 927 se face operația, care constă din eliminarea tumoretei.

Bolnavul în ziua de 20/IX. 927 părăsește serviciul vindecat.

### *Observația a VII-a.*

*(Personală)*

B. M. de 54 ani se prezintă în serviciul meu la spitalul de chirurgie „Gh. Mârzescu“ din Brașov în ziua de 15/X. 927, suferind de o tumoră malignă a penisului.

Antecedente heredo-colaterale. A avut 7 copii sănătoși, tatăl lui a suferit de cancer al stomacului.

Antecedente personale. Alcoolic și tabagic. Nu a suferit înainte de vreo boală infecto-contagioasă. Nu a suferit de sifilis și nice de blenorogie.

Boala actuală. Înainte cu 4 ani, se ivește o leziune mică, ea o granulă de grâu, care câte odată dispărea, apoi



iar își facea apariția. După 2 luni ajunge mărimea unei boabe de mazăref dură, fetidă și care sângerează la cea mai mică atingere.

Bolnavul încearcă să se trateze singur, cu scrum de țigare, însă nu observă nici o îmbunătățire. După 4 luni tumora crește, cuprinde aproape întreg glandul și astfel se prezintă în serviciul nostru spitalicesc.

Din examenele de laborator și din examenul anatomo-patologic și clinic reiese, că este o tumoră malignă: un epiteliom al penisului.

Se recurge la tratamentul chirurgical și în ziua de 28/X. 927. i-se face ablația ganglionilor regionali și amputația parțială a penisului. Bolnavul se vindecă repede, nu are turburări în micțiune, jetul este puternic și în ziua de 9/XI. 927. părăsește serviciul vindecat.



## Concluzii

1. Epiteliomul penisului este mai rar, ca epiteliomul altor organe. Apare mai des la vârstă înaintată între 40—70 ani, uneori și sub această vârstă.

2. După 40 de ani orice fimoză congenitală prezentând o scurgere care nu este blenoragică, trebuie să fie suspectată de-a ascunde un neoplasm.

3. Între cauzele predispozante, ca cele mai importante trebuie semnalate: iritațiunile pielii și a mucoasei prepuțului (Șancre, balanite, fimoză, care împiedică curățirea fundului glando-prepuțial.)

4. Epiteliomul penisului are o evoluție înceată, extirpat la timp recidivează cu greu.

5. Cu toate că diagnosticul este ușor, biopsia trebuie făcută în toate cazurile, căci astfel se vor evita complet eventuale diagnostice greșite și ca consecință mutilațiuni inutile.

6. Tratamentul chirurgical va consta din ablația tumorii, amputația parțială sau totală a penisului și emasculația totală. Se va nîzui a se păstra o parte cât mai mare din penis, care este din punct de vedere al micțiunii o ușurare considerabilă.

7. Exererea ganglionilor se va face în acelaș timp sau puțin înainte de amputație.

8. În afară de tratamentul chirurgical, tratamentul prin Radium pentru formele incipiente este bun, căci vom obține vindecări fără mutilațiuni.

Tratamentul prin Razele X este de nerecomandat, căci prin el nu obținem rezultate mulțumitoare.

Tratamentul prin curenți de înaltă frecvență și termocauterizare ne dă rezultate satisfăcătoare, rapide și puțin costisitoare.

Văzută și bună de imprimat

Președintele tezei:  
(ss) Prof. Dr. I. Iacobovici

Decan al facultății de medicină:  
(ss) Prof. Dr. M. Boteș

## BIBLIOGRAFIE

1. *Albertin*: Cancer du pénis et chaîne lymphatico ganglionnaire secondaire. Buletin. Soc. Chirurg. Lyon 1901—1902, V. p. 287—290.

2. *Alexander (S.)*: Epithelioma of penis, partial amputation of penis and lymphnodes. Annals of surg. (Philadelphía.) 1908, XLVIII. p. 449.

3. *Angus (W. R.)* Three cases of epithelioma of the penis. Med. Journal of Australia (Sydney) 1924, II. p. 626.

4. *Auché et Binaud (V.)* Sur un cas de leukokeratose du gland et d'epithelio du prépuce. (Rapport de Le Dentn.) Bul. acad. med. (Paris). 1899, XLII. p. 289—302.

5. *Ascarreta*. — Cancer del pene. Rev. Med. cirugía J. farm. (Barcelona) 1897. XI. p. 179—182.

6. *Barringer (B. S.) et Dean (A. L.)* Epithelioma of the penis. Trans. of the american assoc. of genito urinary surg. (Baltimore), 1923. XVI. p. 113—130. (B. S.) et Dean. — Epithelioma of the penis. Journal of urol. (Baltimore), 1924. XI. p. 497—514

7. *Begoutin*: Epithelioma de la verge à plaques ulcérées multiples, avec marche rapide et perforation précoce de l'urètre. Bul. Soc. Anat. Bordeaux. 1896 XVII. p. 338.

8. *Bérard (L.) et Chalier (A.)* Epithelioma dela verge. Amputation total du pénis. Lyon médical, 1909. CXIII. p. 700—703.

9. *Berechet Nicolae*: (Teză de doctorat) Iași 1901.

10. *Betances (L. M.)*: Les épithéliomes du gland. Quelques remarques sur leur diagnostic et pronostic. Presse méd. Paris. 1919. XXVII. p. 321—223.

11. *Bilhaut (père) et Bilhaut (M.)*. — Deux cas d'amputation de la verge pour épithélioma. Ann. de chir. et d'orth (Paris) 1913. XXVI. p. 161—171.

12. *Bock*—*Gas d'epithelioma de la verge*. Ann. Soc. anat. path. de Bruxelles, 1897, No. 44, p. 37.
13. *Briddon* (G—K.) — *Operation for cancer of the penis*. Ann. of surg. (Philadelphie). 1899. XXIX. p. 342.
14. *Gabot* (F.) — *Notes on four cases of epithelioma of the penis*. Americ. Journ. of dermat. et gen. ur. dis. (St-Louis), 1906, X. p. 63—65.
15. *Cathelin*. — *L'énigme etiologique du cancer*. Paris 1927.
16. *Chalot*. — *De l'extirpation dela verge et des bourses*. Congrès français de chir. 1894.
17. *Chargin*. — *Carcinoma of the penis*. Jour. of cutan. dis. (Chicago), 1919. XXIII. p. 211.
18. *Chevassu*. — *Diagnostic dn cancer de la verge*. Presse méd. 1926 No. 75, p. 148 et in. *Diagnostic des principoux cancers par Hartmann*. 1927, p. 58.
19. *Glaisse* (A) et *Durrieux* (A). — *Epithelioma du prépuce chez un diabétique*. Bull. Soc. Anat. Paris. 1899, p. 978.
20. *Creite*. — *Peisscarcinom bei einem zweijährigen Kinde*. Deutsche med. Wochenschr. (Leipzig) 1905. XXXI. p. 894. et *Deutsch. Zeit. für chir.* (Leipzig) 1905. L. XXIX. p. 299—306.
21. *Gunéo et Marcille*. — *Note sur les lymphatiques du gland*. Bull. Soc. Anat. 1901.
22. *Demarquay*. *Maladies chirurgicales du Pénis*. Paris 1877.
23. *Durand*. — *Epithélioma de la verge avec ulcération néoplasique de la région pubienne; amputation partielle du pénis sans émasculatation*. Lyon méd. 1913, p. 671—673.
24. *English* (J). — *Das Peniscarcinom*. Wiener med. Wochenschr. 1902 II. p. 1929, 1903, III. p. 32, 82, 141 et *Allg. Wiener med. Zeitschr.* 1902. XLVII. p. 163.
25. *Evans* (W.) — *Epithélioma of penis*. Med. Press. et circ. (London) 1911. n. sér. XCII. 685.
26. *Fischer* (H.) — *Total extirpation of penis for carcinoma*. Ann. of surg. (Philadelphia) 1916, p. 719.
27. *Gottheil* (W. S.) — *Epithelioma of the penis*. Intern. Journ. of surg. (New-York) 1897, p. 16—18.
28. *Gualdrini* (G.) — *Due casé di carcinoma del pene*. *Gaz. degli ospedali* (Milano) 1907, p. 239.

29. *Guyon (F.)* — L'épithélioma de la verge. Rev. gén. de clin. et thérap. (Paris) 1905, p. 358.
30. *Hadda (S.)* — Totale emaskulation bei ausgedehntem Peniscarcinom. Arch. f. Klin. chir. (Berlin) 1921, p. 244—260.
31. *Hutchinson (J.)* — The best form. of operation for epithelioma of the penis. Clin. Journ. (London) 1902, p. 155.
32. *Ihle (M.)* — Zwei operativ behandelte Fälle von Karzinom des penis im jugendlichen Alter. Monats. f. prak. Derm. (Hamburg) 1890, p. 384.
33. *Prof. Dr. Juvara.* (Revista de chirurgie) București 1912 emasculatia în epiteliomul penisului.
34. *Jaboulay et Horond (R.)* Syphilis et Cancer phogédénique de la verge. Lyon méd. 1908. p. 377.
35. *Prof. Dr. Jacobovici (J.)* Cancerul. (Cluj, lucrare. 1927.)
36. *Prof. Dr. Jacobovici (J.)* Cancerul penian (curs în ziua de 3/III. 1926. Cluj.)
37. *Prof. Dr. Toma Ionescu.* Emasculatia în epiteliomul penian. Bul. Soc. chir. din București. 1906—1907, IX. p. 250. Bul. Soc. de chir. București. 1900—1901, II. p. 200.
38. *Justus.* (A peniskarcinom Radium-terapiája.) Orvosi hetilap (Budapest. 1907. 41, 157.
39. *Dr. Jiaenu.* România medicală 1926. București.
40. *Keyszer.* Zur Radiumbehandlung des operablen Penis Karzinome Berlin. Klin. Wochens. 1918. LV. p. 362.
41. *Khostoff.* (B. N.) Ueber operationen beim diffusen Krebs des männlichen Gliedes. Zeits. f. Urol. (Berlin) 1910. IV. p. 649—659
42. *Koenig (E.)* Ein epidermoid am Penis. Arch. f. Klin. Chirurg. (Berlin) 1919—1920. p. 340—280.
43. *Kretschmer (H. L.)* Carcinoma of the penis. Surg. clin. (Chicago) 1918. II. p. 269—280.
44. *Von Kuester.* Zur Kasuistik des Penis carcinoms. Allgem. med. central zeit (Berlin) 1910. p. 127.
45. *Kuttner.* Ueber das Peniscarcinom und seine Verbreitung auf dem hymphwege. Beit. zur Klin. chir. (Tübingen) 1900, p. 1—791  
Zur Verbreitung und Prognose des Penis carcinoms. Verhand der deuts. gesellschaft. f. chir. (Berlin) 1899. XXVIII. 2<sup>o</sup> part. p. 118—122. et Arch. f. Klin. chir. (Berlin) 1899. LIX. p. 181—185.

46. *Lecène.* — Epithélioma de l'urètre propage au gland. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1906.
47. *Legueu et Michon.* Tome IX. du *Traité de chirurgie*. Le Dentu-Delbet.
48. *Le Pileur et Delbet.* (P.) Cancer de la verge traité par la fulguration. *Jour. de méd. de Paris*. 1909. p. 274—277.
49. *Lesfranc.* Clinique chirurgicale de la Pitié, 1841.
50. *Maisonnnet et Bureau.* — Tumeur maline du penis chez un jeunes hommes. *Soc. de méd. mil. Bull. mens. (Paris)*. 1924. XVIII. p. 295—228.
51. *Mc. Gavin* (V.) Cancer of the penis. *Clín. Journ. (London)* 1916. XLV, p. 21—28.
52. *Massey* (G. B.) — Cancer of the penis: report of two cases. *American Journ. of Surg. (New-York)* 1915 XXIX. p. 299.
53. *Mencièrè* (L.) Epithelioma de la verge ayant pour point de départ une petite ulcération et une végétation apparues huit jours après un coit. *Jour. de méd. de Bordeau*. 1897. XXVI. p. 383.
54. *Miner* (C. H.) Primary sarcom of the penis. *University. med. Mag. (Philad.)* 1896—1897. IX. p. 832—834.
55. *Morestin.* Cancer de la verge. (*Bull. et mém. Soc. Anat. de Paris*. 1901. p. 448., 1902 p. 419., 1903 (p. 517.) Cancer de la verge. *Bull. Soc. franc. de derm. (Paris)* 1907. CIX. p. 278—281.
56. *Ozenne.* — Gomenes de la verge (*Rev. de chir.*) 1884. p. 532.
57. *Peters* (W.) Zur Prognoses des Penis Karzinoms. *Zeits. f. Urol. (Leipzig)* 1921. XV. p. 410—414.
58. *Dr. Plăcinteanu* — (Epiteliomul penisului). *Buletin Soc. medicilor și naturalistilor din Iași* (1922-23).
59. *Dr. Poenariu*: Emasculația în epiteliomul penisului *Bull. Soc. chir. București* 1906—1907 p. 251.
60. *Ricaud* (J.) — Contribution a l'étude du cancer de la verge (Paris) 1927.
61. *Salrases.* — Tuberculose de la verge. *Semaine médicale de Paris* 1921. p. 505—507.
62. *Stoppato V.* — Di un carcinoma del pene con enorme elefantiasi del prepuzio *Clín chir. (Milano)* 1917. p. 456—476. (1. pl.)
63. *Thaler* (O.) — Ueber die in der Heidelberger chirurgischen Klinik 1889—1899 behandelten Fälle von carcinoma penis. *Thèse de Heidelberg* 1901.

64. *Wilson (D.-D).* — Epithelioma of penis Med. monographie. (Topeka) 1899. o. p. 1528—1531.

65. *Wensel (C.-N.)* — Beitrag zur statistik des Carcinome penis. (Th. de Bonn) 1898.

66. *Visely (A.)* — Contribution à l'étude du cancer de la verge. Th. de Parist 1896.

