

3654
UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I“ DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINA

No. 1617.

TUMORILE MALIGNNE ALE PENISULUI



TEZA
PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE -- Iunie 1940

DE

DIMOV BORIS

TIPOGRAFIA „RECORD“ CLUJ, STR. REGINA MARIA No. 9.

1940.



★ 4 4 0 0 0 3 6 8 8 ★

Biblioteca UMFST

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I“ DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINA

No. 1617.

TUMORILE MALIGNNE ALE PENISULUI

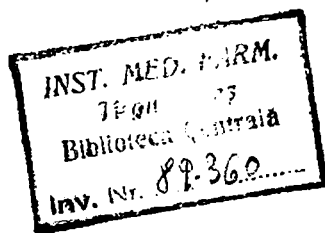


DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE .. Iunie 1940

DE

DIMOV BORIS



24 MAY 2009

TIPOGRAFIA „RECORD“ CLUJ, STR. REGINA MARIA No. 9.
1940.

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I“, DIN CLUJ FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan : Prof. Dr. I. DRĂGOIU

Profesori :

| | | |
|---|-----------|----------------------|
| Anatomie umană..... | Prof. Dr. | <i>Papilian V.</i> |
| Chimie generală meeicală | " " | <i>Secăreanu Ş.</i> |
| Chimia biologică..... | " " | <i>Manta I.</i> |
| Istologie şi embriologie umană | " " | <i>Drăgoiu I.</i> |
| Fiziologie şi fizică medicală | " " | <i>Benetato Gr.</i> |
| Anatomia patologică | " " | <i>Vasillu T.</i> |
| Bacteriologie | " " | <i>Baroni V.</i> |
| Patologia generală şi experimentală | " " | <i>Botez A. M.</i> |
| Igienă şi medicina preventivă | " " | <i>Moldovan I.</i> |
| Clinica medicală I. | " " | <i>Haşieganu I.</i> |
| Clinica medicală II. (Sem'ologie)..... | " " | <i>Goia I.</i> |
| Clinică chirurgicală (Sem'ologie)..... | " " | <i>Pop A.</i> |
| Clinică chir. şi boalele căilor urinare | " " | <i>Teposu E.</i> |
| Clinica obstetricală şi ginecologică | " " | <i>Grigoriu Cr.</i> |
| Clinica dermatologică şi sifiligrafică | " " | <i>Tătaru C.</i> |
| Clinica infantilă şi puericultură | " " | <i>Popoviciu Gh.</i> |
| Clinică neurologică | " " | <i>Minea I.</i> |
| Clinica psihiatrică | " " | <i>Urechia C.</i> |
| Clinica oftalmologică | " " | <i>Michail D.</i> |
| Clinica balneologică şi dietetică | " " | <i>Sturza M.</i> |
| Clinica oto-rino-laringologică | " " | <i>Buzoianu Gh.</i> |
| Clinica stomatologică | " " | <i>Aleman I.</i> |
| Medicina legală | " " | <i>Kernbach M.</i> |
| Radiologie | " " | <i>Negru D.</i> |
| Istoria medicinei | " " | <i>Bologa V.</i> |
| Farmacologie (Supl.)..... | " " | <i>Baroni V.</i> |
| Igienă şi medicină preventivă | Agr. | <i>Zolog M.</i> |
| Clinica boalelor contagioase | Conf. | <i>Gavrilă I.</i> |

JURIUL DE PROMOŢIE :

Preşedinte : Dl. Prof. Dr. *V. Bologa*

Membrii : { D-l. Prof. Dr. *I. Minea*
 " " " *V. Papilian*
 " " " *M. Sturza*
 " " " *Gr. Benetato*

Supleant : Dl. conf. Dr. *C. Stanca*

PĂRINȚILOR MEI,
TOATĂ DRAGOSTEA
ȘI RECUNOȘȚINȚA





Noțiuni de Anatomie, Istologie, Fiziologie.

Penisul, organul de copulație, este situat la om deasupra burselor, înaintea simfizei pubiene, de care este solid fixat printr'un ligament fibros și altul elastic. Penisul ia naștere în partea anterioară a perineului, în loja circumscrisă de aponevroza superficială și medie, se îndreaptă mai întâiu oblic în sus și înainte, alături de simfiză; aci se degajă de regiunea profundă, devine liber și se'nconjură de un înveliș cutanat.

Penisul este divizat, după majoritatea autorilor, în două porțiuni: o porțiune posterioară sau perineală și o porțiune anterioară sau liberă, această porțiune anterioară constituie penisul propriu zis.

În stare de repaus sau de flaciditate, penisul este moale, vertical-descendent, formând cu porțiunea perineală un unghi ascuțit, cunoscut sub numele de unghiul penian. În stare de erecție el devine dur, turgescenț, mult mai lung și mai voluminos: în acelaș timp penisul se ridică spre abdomen, și în situația aceasta, prelungește direcțiunea porțiunii perineale a uretrei: penisul, în ansamblul său, descrie atunci o lungă curbă, a cărei concavitate, puțin accentuată, privește în sus și înapoi.

Dimensiunile penisului sunt foarte diferite, după cum îl considerăm în stare de repaus sau în stare de erecție: în primul caz lungimea sa, măsurată dela simfiză la extremitatea anterioară a glandului, este de 10—11 cm. 2—3 cm. în plus la bătrâni; circumferința, măsurată în partea mijlocie, este de 8—9 cm.; în al doilea caz — când areolele, organe erectile sunt umplute cu sânge — penisul, totdeauna luat în porțiunea sa presimfizară, măsoară în medie 15—16 cm. lungime pe 10—12 cm. circumferință.

Conformația exterioară și raporturi. Se descriu penisului o parte mijlocie, corpul și două extremități — una anterioară alta posterioară.

Corpul are formă cilindrică, puțin lățită dinainte înapoi, prezentând deci o față superioară, cunoscută în genere sub numele de dosul penisului, două margini laterale, rotunzite

și netede și o față inferioară, a cărei parte mediană se ridică în momentul erecției sub forma unei proeminențe longitudinale formată de uretră.

Extremitatea posterioară sau rădăcina penisului, se găsește profund situată în grosimea perineului. Ea este fixată la peretele anterior al abdomenului, pe de o parte prin inserția corpilor cavernoși pe ramurile ischio-pubiene, pe de altă parte, printr'un ligament special, ligamentul suspensor al penisului. Acest ligament, de formă triunghiulară, al cărui vârf se inseră pe partea superioară a simfizei pubiene și pe partea învecinată a liniei albe abdominale, coboară în jos și înainte, lățindu-se sub forma unui evantai și, prin fibrele sale mediane, se fixează pe albuginea corpilor cavernoși, la dreapta și la stânga venei dorsale a penisului iar fibrele sale laterale, formează două lame alburii, cari se despart, înconjură lateral corpii cavernoși și se reunesc dedesubtul lor, constituind astfel un fel de lamă, care suportă penisul și determină forma unghiului penian. Ligamentul suspensor al penisului este compus aproape exclusiv din fibre elastice; cel mai mare număr din aceste fibre se fixează pe tunica fibroasă a penisului, restul descind mai jos și se pierd în rafeul burselor. — Înapoia ligamentului suspensor, rădăcina penisului este încă fixată de peretele anterior al bazinului, printr'un sistem de fascicule conjunctive, al căror ansamblu constituie ligamentul fibros al penisului. Aceste fascicule sunt foarte groase și foarte scurte: pe laturi, ele unesc tunica fibroasă a penisului cu arcada pubiană iar pe linia mediană, ele leagă uretra de partea inferioară a simfizei și de aponevroza perineală mijlocie.

Extremitatea anterioară a penisului, este constituită din gland, care este mai mult sau mai puțin acoperit printr'oplică, jumătate mucoasă, jumătate cutanată numită prepuțiu.

A.) Glandul este o proeminență conică, format prin umflarea corpului spongios al uretrei. El prezintă de studiat: un vârf, pe care este situat meatul urinar, o bază, formând un relief circular denumit coroana glandului mai pronunțată la fața dorsală decât la fața inferioară, este delimitată înapoi printr'un șanț circular, numit șanțul coronar sau balano-prepuțial. Porțiunea penisului care răspunde acestui șanț fiind îngustă, a primit numele de col.

Suprafața exterioară a glandului prezintă, în partea inferioară, pe linia mediană, un șanț longitudinal, care începe la 8—10 mm. înapoia meatului urinar și se întinde, lărgindu-se treptat, până la șanțul balano-prepuțial; în acest șanț

se inseră o mică plică mucoasă, de formă triunghiulară, care merge să se prindă de altă parte, în regiunea corespondentă a prepușului — acesta este frenul sau frâul penisului, de lungime variabilă, după cazuri. În condițiuni normale frenul permite totdeauna prepușului, să se răsfrângă cu ușurință înapoia glandului, descoperindu-l în întregime; sunt însă cazuri, unde frenul se'ntinde până la meatul urinar și atunci este așa de scurt, încât aduce o mare jenă mișcării prepușului, face erecția dureroasă și poate chiar să se rupă în timpul coitului; în alte cazuri din contra, frenul este puțin vizibil sau chiar lipsește complect. Oricare ar fi lungimea și modul său de inserție, frenul când există, intrerupe totdeauna la nivelul său șanțul balano-prepușial.

Pe fețele laterale ale penisului se văd două mici fosete, în funduri de sac — fosetele laterale ale frenului — la care ajung extremitățile șanțului de mai sus.

B.) Prepușul-este o plică tegumentară, care se dispune în formă de manșon în jurul glandului. Este format din pielea penisului care, ajunsă la extremitatea anterioară a organului se răsfrânge înăuntru, se'ndreaptă dinainte înapoi și ia în acelaș timp caracterele unei membrane mucoase; ea se îndreaptă astfel până la șanțul balano-prepușial, unde se răsfrânge din nou, de data aceasta dinapoi înainte, pentru a tapeta glandul și a se continua, la nivelul meatului, în mucoasa canalului uretral. Prepușul se mulează exact pe gland, de care este unit prin frenul penisului. Circumferința anterioară a prepușului, în întregime liberă, constituie ceea ce se numește inelul sau orificiul prepușial. Intre prepuș și gland există o cavitate, de ordinar virtuală, cavitatea prepușului. Pe pereții acestei cavități se depune, la indivizii certați cu igiena, o materie alburie, cazeoasă, foarte mirositoare, numită smegmă. Smegma prepușială este formată, în mod esențial, din celule epiteliale descuamate, la cari se amestecă produși de secreție ai unor glande sebăcee.

Lungimea prepușului variază mult, după cazuri: când el se'ntinde până la vârful glandului sau chiar îl depășește, formând înaintea lui un fel de vestibul — aceasta este poziția care se observă la copii înaintea vârstei pubertății și care de ordinar se modifică la adult dar ea poate să persiste și aici cu toate caracterele sale infantile — când, din contra, prepușul se oprește înapoia meatului și nu acoperă atunci decât o porțiune din gland, două treimi, jumătatea sa sau chiar numai treimea posterioară; alteori el este încă și mai scurt, reducându-se la un simplu gulerăș, situat înapoia

coroanei glandului și în acest caz, glandul în întregime se găsește în mod constant descoperit.

Dimensiunile orificiului prepuțial sunt deasemenea variabile; în marea majoritate a cazurilor, el este destul de larg, pentru a permite prepuțiului să excursioneze liber deasupra glandului, cu alte cuvinte să permită acestuia să iasă din învelișul său în momentul erecției și să reîntre aci din nou, când erecția încetează. Există totuș cazuri, când dimensiunile orificiului prepuțial sunt inferioare celor ale glandului, în care caz acesta se găsește continuu închis în cavitatea prepuțială — acestei dispozițiuni, adesea foarte jenantă pentru exercițiul coitului, se dă numele de fimoză și poate fi congenitală sau câștigată în urma diferitor boli, după cum vom vedea mai jos.

Constituția anatomică. Penisul este constituit din organe erectile, cari ocupă părțile centrale și dintr'un sistem de învelișuri, aplicate în jurul acestora.

Organele erectile, numite astfel pentru că au rolul de a intra în erecție, dând penisului rigiditatea necesară pentru actul copulațiunei, cuprind: corpii cavernoși, cari aparțin penisului propriu zis și corpul spongios, care depinde de uretră.

1. Corpii cavernoși, în număr de doi, unul drept și altul stâng, ocupă planul dorsal al penisului. Lungimea lor este de 15—16 cm. în stare de flaciditate și de 20—21 cm., în stare de erecție. La punctele unde întră în contact cei doi corpi cavernoși sunt fuzionați constituind septul penisului. Acest sept este incomplet, prezentând numeroase lacune, la nivelul cărora areolele celor doi corpi cavernoși, comunică larg între ele. Fața superioară sau dorsală a corpilor cavernoși prezintă o gutieră mediană sau antero-posterioară-gutiera supracavernoasă, în care este situată vena dorsală profundă a penisului, dispusă la dreapta și la stânga arterei și a nervului cu acelaș nume. Fața inferioară prezintă deasemenea o gutieră longitudinală și mediană — gutiera subcavernoasă — mult mai largă decât precedentă, care este ocupată de corpul spongios al uretrei. Fețele laterale, rotunzite, sunt înconjurate de jos în sus de ramurile venei dorsale profunde a penisului.

Extremitatea posterioară a corpilor cavernoși, ajunsă la nivelul simfizei pubiene, se divide în două ramuri, cari se îndreaptă oblic în afară, înapoi și în jos, subțiindu-se treptat și se termină sub forma unui vârf aproape de mijlocul ramurilor ischiopubiene. Prin partea sa superioară, rădăcina corpilor cavernoși repauzează pe ramura descendentă a pu-

bisului de care este intim unită printr'un țesut conjunctiv, foarte strâns, care se confundă, pe de o parte cu periostul, pe de altă parte cu invelișul propriu organelor erectile acest țesut constituie ligamentele pubo-cavernoase. Prin partea inferioară extremitatea posterioară răspunde mușchiului ischio-cavernos, ale cărui fascicule o înglobează mai mult sau mai puțin complect. Cei doi corpi cavernoși sunt însă reuniți, înainte de alipirea lor, prin fibre conjunctive dense constituind un ligament transversal intercavernos, care este legat de partea anterioară a bulbului și care depinde de aponevroza perineală mijlocie.

Extremitatea anterioară se termină printr'un fel de vârf moale unul drept unul stâng, care sunt separate printr'un unghi diedru, umplut de o expansiune fibroasă, îndreptată înainte, și numită lipamentul anterior al corpilor cavernoși. Acest ligament răspunde prin fața inferioară concavă, mucoasei uretrale, de care aderă intim, iar prin fața superioară dă naștere la o mulțime de prelungiri, cari iradiază în grosimea glandului; prin marginile laterale el se inflectează în jos și înapoi și se fixează pe părțile laterale ale corpului spongios. În afară de această expansiune fibroasă mediană, care după cum vedem, unește extremitatea anterioară a corpilor cavernoși de cupola inferioară a glandului, există încă două expansiuni laterale, mai puțin importante, cari se 'ndreaptă oblic către părțile laterale ale glandului, emițând în toate sensurile lame, din ce în ce mai subțiri, care pătrund între areole

Corpii cavernoși sunt constituiți dintr'o membrană albărie de consistență fibroasă, prezentând exact forma și dimensiunea corpilor cavernoși, pe cari ea îi înconjură — aceasta este albugineea, foarte extensibilă, foarte elastică și foarte rezistentă. Septul median, care separă cei doi corpi cavernoși, depinde de albuginee și are toate caracterele sale.

În interiorul albugineei sunt cuprinse sistemele trabeculare, care constituie țesutul propriuzis al corpilor cavernoși și care este format astfel: de pe fața internă a albugineei, se detașează numeroase prelungiri trabeculare, care despart spațiul cilindric al corpilor cavernoși, în lojete numite areole; trabeculele sunt constituite din țesut conjunctivo-elastic, dublate prin fibre musculare. Areolele corpilor cavernoși, de formă foarte neregulată, sunt de dimensiuni foarte variabile: relativ mici în vecinătatea albugineei, ele cresc de volum pe măsură ce se îndepărtează de această membrană și ating maximum de volum, în porțiunea axială a fiecărui corp ca-

vernos; ele comunică toate între ele, așa că, o injecție făcută în orice punct al corpurilor cavernoși, se răspândește cu cea mai mare ușurință în tot sistemul areolar al celor doi corpi cavernoși. Areolele comunică într'unul sau mai multe puncte ale pereților lor cu ramusculele terminale ale arterelor cavernoase și pe de altă parte ele dau naștere venelor semnificația lor este a unor capilare puternic dilatate și legate unele de altele prin numeroase anastomoze. Ansamblul lor formează cavitatea vasculară a unor capilare contractile, cari s'au specializat în vederea funcțiunei, cu totul particulare, care le-a fost destinată.

2. Corpul spongios al uretrei este un organ impar, median, situat pe planul inferior al penisului, de o lungime totală de 12—16 cm. Este format dintr'o parte mijlocie, corpul spongios propriu-zis, care ocupă gutiera antero-posterioară și mediană, pe care o formează la partea lor inferioară cei doi corpi cavernoși, dintr'o extremitate posterioară sau bulbul, în forma de pară care reprezintă umflarea posterioară a corpului spongios. Vârful acestei extremități răspunde unghiului de reunire al celor doi corpi cavernoși. Baza răspunde rafeului format din unirea celor doi mușchi transversi ai perineului. Fața inferioară repauzează pe aponevroza superficială, de care este unită printr'un rafeu median iar fețele laterale, rotunzite, sunt încrucișate de fasciculele celor doi mușchi bulbo-cavernoși. Fața superioară răspunde aponevrozei perineale mijlocii, care o unește solid de corpul cavernos și ramurile ischio-pubiene; prin intermediul acestei aponevroze este în raport cu glandele lui Cowper, care sunt situate în grosimea bulbului. În partea superioară bulbul este traversat foarte oblic de canalul uretrei și este încă traversat dinapoi înainte, la dreapta și la stânga, de linia mediană prin canalele escretorii ale glandelor lui Cowper.

Extremitatea anterioară a corpului spongios, după cum am văzut la început, se umflă, pentru a da naștere glandului.

Corpul spongios prezintă o structură analoagă corpurilor cavernoși, fiind compus dintr'un înveliș propriu sau albugineea, care închide în interiorul lui țesutul erectil. El diferă de corpul cavernos prin aceea că albugineea sa este mai subțire și mai bogată în fibre elastice: traveele sale sunt mai subțiri și areolele mult mai mici numai în părțile centrale ale bulbului întâlnim lacunele mari, cari caracterizează corpul cavernos, în rest și mai ales la nivelul glandului țesutul erectil prezintă un sistem lacunar foarte strâmt.

Invelișurile penisului. Organele erectile pe cari le-am

descriu, sunt inconjurate de un sistem de învelișuri concentrice, care continuă la nivelul penisului, planurile superficiale ale regiunilor vecine. Se descriu separat învelișurile la nivelul corpului penisului și la nivelul prepuțului.

1. Pe corpul penisului, mergând de la părțile superficiale către cele profunde, distingem: A) Un înveliș cutanat, care continuă pielea regiunii pubiene și a burselor, în partea posterioară, pentru ca în partea anterioară să se îndoiească pentru a forma, după cum am văzut, prepuțul. Această piele este subțire, foarte mobilă, de culoare închisă și prezintă pe toată întinderea sa peri și glande sebacee. B) Invelișul muscular îmbracă pielea penisului pe fața sa profundă, cu un sistem de fibre musculare netede, care se continuă înapoi cu dartosul penisului și care sunt dispuse în direcție oblică și transversală, luând un aspect mai mult sau mai puțin plexiform. Aceste fibre musculare se contractă sub acțiunea frigului și în orgasmul venerian, ele comprimă canalele venoase situate dedesubtul lor, favorizând astfel staza venoasă în organul copulator și contribuind la fenomenul erecției. C) Invelișul celulos este situat sub piele și dartos; acest țesut celular lax, foarte bogat în fibre elastice și aproape lipsit de grăsime, este traversat de vase și de nervi superficiali, cari se prelungesc până la prepuțiu și se datorează marea mobilitate a pielii penisului. D) Invelișul elastic numit încă fascia penisului, este aplicat direct pe organele erectile, cărora le formează o teacă și de care aderă în mod intim; pe această elastică alunecă pielea și dartosul, în diferite excursiuni ale prepuțului. Fascia penisului răspunde, prin fața profundă, vaselor cari merg sau vin de la corpul erectil; ea este în raport, pe părțile laterale, cu venele laterale cari converg către vena dorsală profundă și, pe linia mediană cu vena dorsală profundă, cu cele două artere dorsale și cu nervii cu același nume. Inapoi fascia penisului se continuă cu ligamentul suspensor și cu aponevroza perineală superficială iar înainte se fixează la baza glandului și la fundul de sac circular pe care-l formează mucoasa prepuțului, reflectându-se pe coroana glandului.

2. La nivelul prepuțului găsim cele trei învelișuri superficiale ale penisului, care contribuie la constituirea lui; dar cum primele două sunt răstrânte pe ele înșile și deci sunt duble, în realitate noi întâlnim, mergând din părțile superficiale către cavitatea prepuțială, cinci straturi diferite: un strat tegumentar — pielea — un strat muscular, format din dartos, un strat celulos, care continuă stratul omolog al penisu-

lui, un al doilea strat muscular, care reprezintă dartosul reflectat înăuntru la uivelul inelului prepuțial și un ultim strat, care nu este altceva decât stratul tegumentar rășfrânt pe el însuși, ca și stratul muscular; acest strat tegumentar, trecând dela fața superficială a prepuțiului pe fața profundă, devine o membrană mucoasă, dispusă *pe toată întinderea glandului*, posedând papile, acoperite de numeroase straturi de celule epiteliale dar în întregime lipsite de glande sudoripare și de peri. Din contră ea prezintă numeroase glande sebacee, rudimentare, cunoscute sub numele de glandele lui Tyson. Aceste glande au sediul către fundul cavității prepuțiale, mai ales în șanțul balano-prepuțial, pe coroana glandului și în fosetele laterale ale frenului. Produsul lor de secreție constituie unul din elementele smegmei prepuțiale.

Vasele și nervii penisului.

1. Arterele penisului se disting în două grupe: arterele tunicilor și arterele organelor erectile.

A) Arterele destinate tunicilor penisului provin din arterele rușinoase externe, ramuri ale femuralei, din artera perineală superficială și din artera dorsală a penisului, ramuri ale rușinoasei interne.

B) Arterele organelor erectile emană din rușinoasa internă și merg separat la corpul spongios și corpii cavernoși.

a) Arterele corpului spongios provin: pentru bulb, din transversa profundă a perineului sau bulbo-uretrală; pentru corpul spongios propriuzis, din artera bulbo-uretrală și artera spongioasă — această din urmă naște sub simfiză și pătrunde pe fața superioară a corpului spongios. În fine, dorsala penisului trimite numeroase ramuri pentru fața superioară și ramuri terminale pentru gland.

b) Arterele corpilor cavernoși sunt cele două artere cavernoase, cari ajunse sub aponevroza perineală medie, pătrund în corpii cavernoși și îi parcurg dinainte înapoi până la extremitatea anterioară. Dealungul lor, cele două artere cavernoase sunt legate prin numeroase anastomoze transversale iar la extremitatea anterioară a corpilor cavernoși, ele se unesc formând un fel de arcadă.

c) Modul de terminare al arterelor în organele erectile ale penisului este variabil: unele, destinate exclusiv elementelor istologice, se ramifică în grosimea septelor și sfârșesc prin a forma o rețea capilară, cu ochiuri largi și poligonale, din care iau naștere venele — este rețeaua nutritivă a organului; — altele, în raport cu erecția, constituie rețeaua func-

țională sau erectilă și se deschid în areole, aplicându-se pe pereții lor, unde formează adevărate buchete erectile — acestea nu dau nici o colaterală, sunt ramuri terminale, prezentând la extremitatea lor mici umflături în buton, care sunt perforate de un orificiu — orificiul arterio-areolar, și care se deschide în areolă. Ținând seama de această dispoziție, este ușor de înțeles mecanismul erecției; în condițiuni ordinare, orificiul arterio-areolar fiind închis, sângele din buchetele erectile nu pătrunde în areole, acestea fiind mai mult sau mai puțin goale; urmează excitația nervoasă, care trebuie să aibă ca rezultat erecția, și atunci orificiul se deschide, fie prin mecanismul contracției fibrelor longitudinale ale ramusulei arteriale care-l precede, fie printr'o acțiune inhibitoare asupra fibrelor circulare, care formează sfincterul; sângele arterial, sub presiune puternică, se proiectează atunci liber în areole și le distinde, de unde turgescența progresivă a organului în întregime și în fine aceea rigiditate care caracterizează erecția — distensia areolelor este cu atât mai puternică, cu cât scurgerea sângelui în vene este mai bine împiedecată, aceste vene fiind comprimate, în acelaș timp, prin fascia penisului și prin fasciculele terminale ale mușchilor ischio-cavernoși și bulbo-cavernoși.

2. Venele penisului formează două sisteme: unul superficial, care provine din tunicile penisului, se unesc cu venele scrotale și dau naștere la un canal comun situat exact pe linia mediană, vena dorsală superficială; și altul profund care provine din organele erectile, și sunt dispuse separat pentru corpul spongios și pentru corpii cavernoși. Cele două sisteme, deși separate unul de altul prin fascia penisului, comunică larg între ele, înapoia glandului, la nivelul originii celor două vene dorsale și pot astfel să se suplinească reciproc.

3. *Limfaticele* penisului se subdivid, ca și venele, în superficiale și profunde.

A) *Limfaticile* superficiale provin din tegumente. Ele formează două rețele principale, una pe prepuțiu rețea prepuțială, alta pe rafeul median, rețeaua rafeului. Din rețeaua prepuțială pornesc un oarecare număr de trunchiuri, care se unesc aproape imediat, într'un trunchiu colector comun, trunchiul limfatic dorsal superficial, care urmează exact acelaș traect ca și vâna dorsală superficială. Ajuns la rădăcina penisului, el se bifurcă de ordinar la dreapta și la stânga, pentru a se vărsa în ganglionii inghinali, în ganglionul cel mai ridicat din grupul supero-intern. Rețeaua rafeului dă de

asemenea naștere la 8 sau 10 trunchiuri care înconjură fețele laterale ale penisului, în semicerc, pentru a câștiga fața sa dorsală; aci, unele dintre ele se pun în comunicație cu limfaticele dorsale, altele, conservând independența, continuă traectul lor și se'ndreaptă izolat spre ganglionii inghinali interni cei mai ridicăți. De remarcat că trunchiul limfatic dorsal este adesea dublu, în caz nu rar se'ntâmpla să vedem cele două canale încrucișându-se în X și ajungând, cel din partea dreaptă la un ganglion inghinal stâng și viceversa, cel din partea stângă la un ganglion inghinal drept această încrucișare poate să se observe încă pentru trunchiurile rafeului care nu sunt tributare trunchiului limfatic median. Gérard Marchant (1889) a semnalat pe traectul limfaticelor dorsale, existența a numeroase flexuozități, cari erau situate mai ales la schimbarea de direcție și care imbracă după cazuri, forma de anse simple, de 8 în cifră, sau în veritabile ghemuri. Aceste flexuozități, care amintesc până la un oarecare punct dispozițiunea unor artere helicoidale, au rolul de a permite canalelor limfatică să se adapteze dimensiunilor noi, pe care le dobândește penisul, trecând din starea de flaciditate în stare de erecție.

B) *Limfaticele profunde*, după cum le indica numele, provin din părțile subtegumentare ale penisului. Ele nasc pe gland, unde formează o dublă rețea: o rețea superficială, cu ochiuri foarte strâmte, situată în mucoasă — rețeaua mucoasei — și o rețea profundă, cu ochiuri mult mai largi, situată dedesubtul mucoasei și primind vase eferente, din rețeaua precedentă — aceasta este rețeaua submucoasă. Cele două rețele comunică larg la nivelul meatului, cu rețeaua uretrei; ele intră deasemenea în relație, inapoi coroanei glandului, cu rețeaua mucoasă a prepușului, care comunică la rândul său, în jurul orificiului prepușial, cu rețeaua tegumentară. Din rețeaua submucoasă pleacă numeroase ramuscule, care se îndreaptă către fosetele frenului și constituie aci două mici plexuri — plexurile laterale ale frenului Panizza. Limfaticele eferente ale celor două plexuri laterale ale frenului se'ndreaptă oblic în sus și inapoi, urmând la dreapta și la stânga părți corespunzătoare a șanțului, balano-prepușial; ele formează astfel, în jurul coroanei glandului un fel de gulerăș limfatic. Ajunse pe dosul penisului, trunchiurile din dreapta și stânga se varsă, fie în trunchiul comun impar median, fie în colectoarele multiple al căror număr variază dela 2—4 — acestea sunt limfaticele dorsale profunde. Ele sunt mai mult sau mai puțin flexuoase, uneori ghemuite pe ele inșile, merg alături de vena omonimă, sub fascia penisului și ajung astfel înaintea simfizei. Aci ele se anastomozează, formând un fel de plex

— plexul presimfizar, în care sunt cuprinși nneori mici ganglioni sau mai curând mici noduli ganglionari, cunoscuți sub numele de noduli presimfizari.

Modul de terminație. Toți autorii clasici admiteau că limfaticele glandului se'ndreaptă către ganglionii inghinali superficiali. Contrar acestei opinii Cunéo et Marcille conchid, în urma unor cercetări minuțioase, că acest mod de terminație este anormal: „E probabil că într'un număr de cazuri, când ganglionii superficiali sunt injectați, ei se umple prin intermediul limfaticelor prepuțiale iar acestea din urmă prin intermediul anastomozelor pe care-le prezintă cu rețeaua balanică“. Pentru ei, trunchiurile limfatice se divid, după traectul și modul lor de terminație, în două grupe: unele se'ndreaptă către canalul crural — acestea sunt trunchiurile crurale, altele se angajează în canalul inghinal, — acestea sunt trunchiurile inghinale; trunchiurile crurale, în număr de trei sau patru, se'ndreaptă transversal în afară, fiind situate în mod constant sub aponevroza, ajung în canalul crural și se termină astfel: unul, trunchiul inferior, într'un ganlion inghinal profund, situat pe partea externă a venei femurale; altul, trunchiul mijlociu, în ganglionul lui Cloquet, al treilea, trunchiul superior, după ce a traversat inelul crural, se termină în cel mai intern dintre ganglionii iliaci externi, — ganglionul retro — crural intern.

Trunchiurile inghinale — cel mai adesea unul singur — pătrund în canalul inghinal, mergând dedesubtul cordonului spermatic. Ele ajung astfel în abdomen și se termină în cel mai extern ganglion iliac extern — ganglionul retro crural extern — adică acel ganglion care este situat pe artera iliacă externă, la nivelul originei circomflexe iliace. Acestor căi limfatice trebuie să mai adăugăm trunchiurile subsimfizare, care traversează diafragma uro-genital, odată cu vâna dorsală profundă și se termină în ganglionii prevezicali constituind astfel pentru limfaticele profunde ale penisului, un nou grup de ganglioni regionali.

Nervii penisului sunt foarte numeroși și de origini diferite: nervii tunicelor provin din ramura genitală, a genito-cruralului, din ramura genitală a celor doi nervi mari abdomino-genitali (toți aceștia, ramuri ale plexului lombar) și din nervul rușinos intern, ramură a plexului sacrat: nervii organelor erectile, senzitivi și motori, provin din sistemul simpatic-plexul hipogastric și din sistemul cerebro-spinal-nervul perineal superficial și nervul dorsal al penisului și două ramuri ale nervului rușinos intern. Organele erectile sunt ele

însăși foarte bogate în nervi cea mai mare parte a filetelor nervoase se distribuie elementelor musculare care înconjură vasele sau cari sunt anexate trabeculelor.

Introducere și istoric.

Deși destul de rare, tumorile penisului au fost înregistrate dela începuturile artei medicale. Hipocrat secolul IV. înainte de Christos ardea cancerul penisului cu fierul roșu, cum se făcea la toate plăgile infectate; Celse sec. II. după Christos amintește de cancerul penisului în cartea sa „de R. Medica“ spunând că este o boală foarte gravă, care duce totdeauna la moarte. Calliseau în „Sistema chirurgiae hodiernae“, vorbește de amputația penisului, operație foarte gravă, motiv pentru care medicii au datoriat ca înainte de a o pune în aplicare să caute să vadă dacă în adevăr este indicată. În sec. XVI-lea Fabrice d'Acua-pendente și Ambroise Paré au practicat mai multe amputațiuni pentru cancerul penisului și Ambroise Paré a inventat o canulă de argint ce se adapta la nivelul organului amputat spre a dirija jetul de urină. Scultet (1635) a făcut o amputație pentru cancerul penisului, cu rezultat bun. În Germania Doebel, către sfârșitul sec. XVII-lea practică pentru prima dată o amputație pentru cancerul penisului. Ruyschi, preocupat de gravitatea hemoragiilor din timpul operației, descoperă procedeul ligaturii vaselor și raportează la 1691 mai multe cazuri operate după acest procedeu, cu rezultat bun; metoda aceasta a fost adaptată de cei mai mulți chirurși, până către sfârșitul sec. al XVIII-lea. Ladran (1730) reia metoda amputației penisului fără ligatură, practicând mai multe operațiuni cu rezultate bune dar a fost combătut de partizanii ligaturii cari exagerau tulburările cauzate de hemoragiile din timpul operației. Warner, Pollutci nu operau cancerul penisului decât după compresiunea arterelor pe ramurile pubelui Guillaume Fabrice de Hilden preconizează o tehnică de amputație deosebită de celelalte care este folosită multă vreme. Către sfârșitul sec. al XVIII-lea și începutul celui de al XIX-lea, Boyer în Franța și Hey în Anglia, au publicat mai multe lucrări prin care au izbutit să consacre întrebuințarea bisturiului în tratamentul cancerului penisului; odată cu aceste lucrări se precizează importante noțiuni în legătură cu boala, Hey arătând rolul important pe care-l are fimoză în neoplasia acestui organ.

Dela începutul sec. XIX-lea tratamentul chirurgical este singura metodă folosită — totuși anumite procedee precum,

cauterizarea cu pasta caustică de Wiena și cu clorura de zinc sau cu termocauterul au fost încă întrebuințate cu anumite rezultate. Paul Hérier publică în „Gazette des Hopitaux“ 1884 rezultatele obținute de el cu aceste metode. Middeldorf, la 1854 recomandă amputația penisului cu cuțitul galvanocauterului; această operație a fost apoi utilizată în Franța de Sédillot (1869) apoi de Kauffmann, Vulpeau, Amussat, Chasseignac, Mosel, Trélat, Ollier, Lavallé etc. Avantagiile acestei metode, după autorii de mai sus constau în absența hemoragiei, în timpul operației, în lipsa retenției de urină și-a pioemiei în zilele care urmează. Cu toate avantajii procurate de aceasta metodă, amputațiile cu instrumente tăioase au predominat. Până la 1830 chirurgii s’au limitat la simpla amputație a penisului; la 1832, Delpech preconizează o metodă mai radicală, constând dintr’o amputație totală, cu raderea pubisului; ulterior Capdé (1873), Pearce—Gould, Harisson 1886, Horteloup și Moritez au contribuit la perfecționarea acestei metode, mai mult sau mai puțin radicale. Annandale (Edinburg 1873) și de Paci propun emasculația totală, care este apoi folosită de Morisani, Rubio și în Franța de Chalot (1892).

După cum vedem majoritatea autorilor s’au ocupat în special de tratamentul tumorilor maligne ale penisului, neglijând celelalte laturi ale patologiei și astfel se explică numeroasele erori terapeutice cari s’au făcut — au fost amputate mai multe penisuri din cauza confuziunilor ce s’au făcut între afecțiuni banale (papilome ulcerate, actinomicoze etc.) și cancer. Pe la jumătatea sec. al XIX-lea Lebert, Lisfranc, Buret etc. acordând mai multă importanță patologiei, decât laturei terapeutice, studiază anatomia patologică a epiteliomului penisului, iar Travers și Erichsen se ocupă de etiologia lui — în fine Ricord insistă asupra rarității afecțiunii sub 50 de ani și stabilește raporturile tumorilor maligne ale penisului cu sifilisul observat în antecedentele bolnavilor. Demarquy (1876) publică un studiu amănunțit asupra cancerului penisului, bazat pe numeroase observațiuni clinice. Auvray și Maurestin au combătut metoda emasculației totale — ei insistă asupra necesității unui diagnostic precoce, arătând astfel posibilitatea unui tratament mai conservator. Diagnosticat precoce operația pentru cancerul penisului se poate limita numai la extirparea neoplasmului, într’o zonă de țesut sănătos. Serrin reunește în teza sa de doctorat (1901) 20 de operațiuni de emasculație totală, pentru cancerul penisului, cu rezultate bune. Totuși unii autori au combătut metoda —

astfel Küttner a demonstrat că ridicarea totală a scrotului și-a testicuilor sănătoși nu împiedică recidivele, ele putând apare la nivelul panglionilor inghinali și nu în burse sau în cordoanele spermatice cum credeau partizanii emasculației totale. La aceeaș concluzie ajunge și Légueu în raportul său la congresul internațional de chirurgie din 1908. Mauclairie ridică deodată penisul și căile limfatice corespunzătoare.

În România, profesorul Toma Ionescu a operat mai multe cazuri de cancer al penisului, folosind procedeul emasculației totale. În cazurile avansate, când sunt prinși ganglioni limfatici, T. Ionescu preconizează emasculația totală, urmată de extirparea ganglionilor inghinali, iliaci și cei aortici abdominali — prin acest procedeu recidivele sunt foarte rare.

Frecvența.

Cancerul penisului este destul de rar, în raport cu alte localizațiuni ale neoplasmelor. După statisticele în vigoare, în Franța, cifra pe care o reprezintă cancerul penisului, este de 3%, față de alte localizațiuni; statisticile din alte țări dau proporții asemănătoare. Totuș, unii autori dau cifre cu mult mai ridicate, pe când alții dau cifre cu mult mai scăzute.

Astfel Barker în Anglia, din 9991 de cancere ale pielii, găsește 1749 localizate la penis — deci o proporție de 17,49%; Maxwell, în Chicago află 12% cancer penian, din totalitatea cancerelor. Wini Warter, constată 14 cancere peniene dintr'un total de 548 de localizațiuni — adică un procent de 2,55%; Billroth, dintr'o statistică de 862 cancere, găsește 26 localizate la nivelul penisului, deci un procent de 3,01%; raportând numărul cazurilor numai la cancerele sexului masculin el dă un procent de 5,02%; Fischer găsește 6 cancere la penis, dintr'un total de 223 cazuri — adică un procent de 2,69%; Kessel în Rusia, din 345 cancere, găsește 7 localizate la penis, adică un procent de 2,02%; Leighton, din 1364 cancere constatate la Saint-Louis (U. S. A.) găsește 18 cancere peniene, adică 1,31%; Paget, din 500 cancere, constată 5 localizate la penis, adică un procent 1%; Sibery, din 620 cancere, găsește 6 localizate la penis, deci 1,15%; Ducuing (Toulouse) din 2300 cazuri de cancer constată 7 localizațiuni la penis — adică o proporție de 0,30%; La noi, prof. Iacobovici găsește din 1777 cancere, 9 localizate la penis, deci un procent de 0,76%. Datele de mai sus au o valoare aproximativă, după cum declară însuși autorii lor.

În timp de 15 ani Ricaud întâlnește 60 cazuri de cancer penian în secțiile de boli venerice ale spitalului Ricord-Cochin și, după cum spune autorul, „această proporție de 4 pe an, este slabă în raport cu numărul consultațiilor“.

Lenormand a avut ocazia de a observa și opera 12 bolnavi atinși de cancerul penisului și conchide: aceasta este o cifră relativ ridicată, căci e vorba de un cancer destul de rar și care se vede, mai curând în serviciile de venerologie sau de urologie, decât în serviciile de chirurgie generală; 9 din observațiunile lui Lenormand au fost culese, în timp de 6 ani, pe care el i-a petrecut în spitalul Saint-Louis, pe câta vreme, în 8 ani, la „Pitié“ și la clinica lui Cochin el n'a reunit decât 3 observațiuni.

Din cele 4840 cazuri de cancere, cari s'au perindat prin Institutul de cancer din Cluj, numai 37 au fost localizate la penis, adică un procent de 0,75%.

Statisticile cari au putut aduna mai multe cazuri de cancer al penisului, în întreaga literatură, până în prezent sunt: cea a lui Englisch, cu 540 cazuri și cea a lui Asmus cu 473 cazuri. Touraine (1937) referindu-se la datele tuturor statisticelor din Europa, privitoare la cancerul penisului, dă ca frecvență medie, un procent de 0,2—2% din totalitatea cazurilor de cancer.

În adevăr, cancerul penisului este o afecțiune destul de rară în Europa și America. Raritatea afecțiunii o mai dovedește și faptul, că sunt chirurghi cu o mare activitate operatorie, cari, n'au putut întâlni, în întreaga lor carieră, decât un număr restrâns de cazuri; acelaș lucru îl putem spune despre Institutele și clinicele mai deseamă, în care s'au făcut numeroase cercetări.

În alte regiuni, în particular în Ex'tremul Orient, cancerul penisului este cu mult mai frecvent. Cercetările chirurgilor englezi în India și mai ales ale chirurgilor francezi în Indochina, stabilesc aceasta în modul cel mai evident: cancerul penisului reprezintă 10% din totalul cancerelor observate în Cochinchina, de Lalung, Bonnain și Bablet, — 17% din cele observate de le Roy des Barrés, la Tonchin — raportate numai la sexul masculin, dau un procent de 31% din totalul cancerelor. Nu știm dacă procentele mari ce am văzut că le-a dat Barker și Maxwell, nu reprezintă cancere observate în Extremul Orient. (Nu ne-au putut parveni lucrările originale ale autorilor, ci noi am reprodus aceste date, așa cum le-am găsit menționate în alte publicațiuni, fără să avem posibilitatea de a le controla autenticitatea.)

O frecvență relativ destul de mare se pare că există și în unele țări ale Americii de sud Davalos, la Assomption (Paraguay) a putut să adune 20 de cazuri în 3 ani.

Etiologie și patogenie.

Vârsta la care se observă cancerul penisului este redată, după diferiți autori, în modul cel mai variat, după statistica lui Demarquay și a lui Kaufmann, proporția cazurilor în raport cu vârsta este următoarea: între 21—30 ani, 6% din cazuri; între 31—40 ani 10,1% din cazuri; între 41—50 ani 22% din cazuri; între 51—60 ani, 30% din cazuri; între 61—70 ani 22% din cazuri; între 71—80 ani 8,4% și în fine între 81—90 ani 1,4 din cazuri. Rezultă din aceste date că neoplasmul penisului este o boală a vârstei înaintate, atingând maximum de frecvență în cel de al 6-lea deceniu. Toți autorii sunt de acord pentru a spune că este rar înainte de 50 ani; printre cei 12 bolnavi ai lui Lenormand, numai 3 aveau mai puțin de 50 ani, și 5 depășiseră vârsta de 70 de ani. Cancerul penisului se comportă, în raport cu vârsta ca și cancerul cutanat.

Se pare că în țările în care este mai frecvent, cancerul penisului este mai precoce și lovește vârstele mai tinere: jumătate din bolnavii lui Mascunan (5 din 10) nu aveau încă 40 ani și Hueck Otto, observând mai multe cazuri de cancer al penisului în China, provincia Canton, relevă 6 cazuri între 20 și 40 ani.

Origina veritabilă a cancerului penisului rămâne necunoscută, ca și a cancerului în general. Totuși se află în etiologia lui câteva puncte cari merită să fie discutate. E vorba mai întâiu de rolul favorizant al *fimosei*: el este relevat în 85% din cazurile lui Barnay, de 8 ori din 10 bolnavi observați de Mascunan; Hays a găsit de asemenea din 12 bolnavi, 9 atinși de fimoză. Din cei 59 de bolnavi observați de Demarquay 47 erau atinși de fimoză, deci o proporție de 79,15%; Kaufmann, din contra, notează o proporție cu mult mai mică 17,7%; el susține că, față de frecvența fimozei, cancerul penisului este extrem de rar. Travers, Bruns, Billroth au găsit cancerul penian la bolnavi care au fost operați de de fimoză încă din tinerețe. Cazurile de neoplasm al penisului sunt excepționale la popoarele cari practică circumcizia din motive religioase. Chirurgii unor spitale din Europa centrală, în cari erau internați numai iizraeliți, spun că nici odată n'au observat cancerul penisului. Wolbrast, făcând statistică

asupra cazurilor de cancer, din spitalele izraelite din New-York, arată că printre cele 985 cazuri de cancere observate la bărbați, nu a găsit nici un cancer penian. Statisticile făcute de chirurgii englezii din India, privite sub acest punct, de asemenea sunt absolut demonstrative: pe când la indienii necircumciși localizația cancerului la penis dă un procent de 10%, această maladie este necunoscută la musulmani. Samporno arată totuși că la javanezi a putut constata cancerul penisului într'o proporție de 9 % deși aceștia sunt aproape toți circumciși. În sudul Asiei, la indochinezi, hinduși și mahomedani, proporția cancerului penian este foarte ridicată la primele două popoare, fimoză constatându-se și ea destul de frecventă, în vreme ce la mahomedani, cari practică circumcizia, cancerul penisului este, dacă nu necunoscut, în orice caz foarte rar. Dat fiind că neoplasmul se poate dezvolta și acolo unde prepușul este mobil, Wolbrast merge până la recomandarea circumciziei ca metodă profilactică. Fimoza acționează prin lipsa unei igiene locale, retențiile de urină, acumularea de smegmă, formarea de aderențe, balanopostita cronică și iritațiile prelungite, cauzate de toate acestea, cari știm dela patogenia cancerului în general, că reprezintă o condiție locală necesară apariției neoplasmului. Ca și pentru celelalte epitelioame și aici leziunea malignă poate să se desvolte pe *alterațiunile preexistente ale mucoasei*, alterațiuni care cel mai adesea sunt și vor rămâne indefinit benigne, dar cari uneori pot evolua într'un cancer, fără să putem preciza cauzele și determinismul acestor transformațiuni, căci „a numi aceste alterațiuni prelabile stări precanceroase, este, a constata un fapt fără a-l explica) Lenormand).

Desvoltarea cancerului pe un *papilom* al glandului sau al șanțului balano prepușial, este rară în raport cu extrema frecvență a vegetațiunilor cari se întâlnesc în aceste regiuni. Araison, Lenormand etc., au observat fiecare câte un caz. Darier a descris acele vegetațiuni, de un roșu strălucitor, de aspect catifelat, cari sunt din punct de vedere istologic epitelioame papilare.

*Leucoplasi*a există la nivelul mucoasei genitale, ca și la nivelul altor mucoase malpighiene și, ca în alte locuri, este considerată drept un „cancer în stare potențială“ a cărei evoluție malignă, deși nu constantă, este totdeauna posibilă. Mult mai rar s'au observat la nivelul glandului transformațiuni celulare de același tip, ca și cele din *maladia lui Paget*; Mamelooone și Suma au putut să reunească 7 cazuri de maladia lui Paget localizate la gland. Mai recent, Yashida și

Funahasli au publicat observațiunea, foarte demonstrativă, a unui om care a fost operat excizia limitată, pentru o leziune a glandului, în care se găseau celulele lui Paget și care, 4 ani mai târziu, revine cu un epitelion, pentru care i s'a practicat amputația penisului.

Sifilisul ca factor predispozant pentru cancerul penisului a fost foarte mult discutat. Barney, Cripps și Sibley citează cazuri de neoplasm penian, dezvoltat chiar pe locul unui sancru sifilitic anterior. Le Roy de Barres a întâlnit sifilisul în 50% din cazurile de cancer penian observate de el. Shivers, din 5 cazuri de cancer penian, la 3 a găsit reacția Wassermann pozitivă. Solente relevă că sifilisul, ca cea mai frecventă boală, observată în antecedentele bolnavilor cu cancer penian. Touraine, după o anchetă amănunțită, a publicat în 1937 un studiu critic, în care arată că sifilisul să găsească în $\frac{3}{4}$ din cazuri (74,5%) în antecedentele canceroșilor, dacă se caută cu grijă — nu a putut să fie eliminat decât în 12,7% din cazuri și conchide autorul „Această proprie permite să deducem, nu numai o simplă coincidență, ci o relație dela cauză la efect. „Kozakievicz (1939) publică un caz de cancer penian apărut la un vechi sifilitic, cu evoluție foarte lentă și însoțit de ganglioni inghinali stângi, ulcerati și fistulizati. Weissenbach Levy-Fränkell, Martineu, Temime, prezintă la „Soc. de Derm. et de Syf.“ 9 Zevr. 1939, un caz de cancer penian apărut la un sifilitic vechiu de peste 20 de ani, în acelaș timp purtător de o fimoză veche, relativ strâmtă. Observația spun autorii“ permite să discutăm partea respectivă a celor doi mari factori etiologici, cari se găsesc așa de frecvent la origina cancerelor genitale ale omului. În general, în antecedentele acestor bolnavi e vorba, fie de un sifilis recent, fie mai adeseori de sifilis vechiu, rău sau deloc îngrijit. Acest cancer apare uneori în pielea, clinic, sănătoasă dar mai adesea chiar la nivelul unei leziuni sifilitice active sau cicatrizate. Hibriditatea sifilo-cancerosă astfel realizată, constituie, după Touraine, un argument de foarte mare valoare pentru a afirma acțiunea cancerigenă a sifilisului. În fine tot Touraine spune că în 45,8% din cazuri, sifilisul evoluează spre o stare precancerosă. Alți autori admit că în această privință ar avea un oarecare rol numai cicatricea care rămâne după vindecarea șancrului dur.

Diferite afecțiuni locale și epidermice precum *eritroplasia glandului* maladia lui Bowen et. au fost considerate ca un stadiu precanceros. *Vegetațiunile veneriene, ulcerațiunile de orice natură, fistulele urinare, elefantiaza*, constituie de ase-

menea posibilități de transformare malignă, ca și tumorile benigne ale penisului. În fine, *cicatricea unei plăgi accidentale și cicatricea unei rupturi a frenului*, în cazurile lui Foederl, precum și *cicatricea șancrului*, la unul din bolnavii lui Lenormand, au suferit degenerescență cancerosă. *Traumatismele locale, contuziile* survenite la cei ce practică masturbarea, *acțiunea iritantă a medicamentelor* utilizate în extremul Orient contra sifilisului și șancrului moale, medicamentele ce au la bază *extract de cantaridă*, constituie tot atâtea factori favorizanți, pentru apariția cancerului penian.

Ereditatea este o chestiune care, după majoritatea autorilor, nu vine în discuție în etiologie cancerului penian.

O ultimă chestiune care se pune în legătură cu cancerul penian este chestiunea *cancerului conjugal*. Există, în adevăr în literatură, citat un număr de cazuri în cari s'a observat coexistența unui cancer al penisului la om și a unui cancer al colului uterin la femeie. Demarquay notase acest fapt dar el nu observase decât o singură dată, pe un total de 134 cazuri de cancer al penisului. Clemon și Brouardel au raportat deasemenea un caz. Mauclaire a discutat chestiune în 1920 la „Société de Chirurgie“ alături de o observație a lui Guirou; mai recent Giordano a revenit asupra acestui punct. Guelliot, spune Mauclaire, ar fi găsit în literatură 23 cazuri de astfel de cancere conjugale. Acesta este un fapt foarte impresionant: „În fapt există puține observațiuni, în raport cu frecvența cancerului penisului și mai ales a cancerului uterin; și apoi, multe observațiuni ar fi poate discutabile: bolnava despre care a vorbit Giordano era moartă de 5 ani, când a apărut cancerul penisului la soțul ei“ (Lenormand).

Anatomie patologică.

Epiteliomul constituie varietatea obișnuită a cancerului penian. Este vorba de un epiteliom pavimentos, analog cancerului, pielei. Excepțional s'au observat *sarcome*, și mai rar încă *endoteliome*. Aceste tumori nu pot fi deosebite de cancerele epiteliale, decât prin examenul istologic; clinic distincția nu este posibilă; semnalăm numai că malignitatea lor, după majoritatea autorilor, este mai mare decât a epiteliomului.

Localizarea inițială a cancerului penisului este variabilă. După Ricaud, cel mai adesea apare la nivelul glandului sau a șanțului balano-prepuțial, sau în fine în tecile de inveliș ale penisului. Acelaș lucru reese din observațiunile lui Le-

normand; în 8 cazuri el a putut preciza punctul de plecare al cancerului după cum urmează: de 4 ori glandul, de 3 ori șanțul balano-prepuțial, odată marginea liberă a prepuțiului. După Forgue cancerul penisului ia naștere, cel mai adesea în ordinea următoare: pe gland, șanțul balano-prepuțial, pe prepuțiu sau la nivelul uretrei peniene. După Marion, debutul cancerului se face de ordină la nivelul glandului în șanțul balano-prepuțial sau pe fața internă a prepuțiului; foarte rar afecțiunea debutează la nivelul frâului penisului.

În cazurile unde cancerul se dezvoltă pe o leziune pre-existentă, degenerescența malignă poate să survină simultan în puncte diferite și pot exista, în acest caz, mai multe focare inițiale de cancer; unul din bolnavii lui Lenormand, purtător de vegetațiuni vechi, prezenta astfel 3 focare distincte de transformări epitelio-matoase — în aceste cazuri e foarte verosimilă observațiunea lui Lenormand, care spune că a putut constata mai multe focare de cancer incipient al penisului într'o leucoplăsie balanică. În acest stadiu se află, după cum s'a spus foarte just, „cancere care se văd“ și acelea „care nu se văd“, pentru că sunt mascate printr'o fimoză. Primele sunt de un diagnostic destul de ușor și întră aici cancerele localizate la nivelul tecilor de inveliș, la nivelul prepuțiului, forme care au la început caracterele obișnuite ale cancruidelor cutanate. Cancerele glandului și ale șanțului balano-prepuțial se pot de asemenea diagnostica ușor în fazele incipiente când prepuțul încă moale și neinvadat prin procesul neoplasic, se lasă ușor răsfânt înapoi, descoperind leziunea.

Cancerul penian e un cancer *primitiv* — rareori rezultatul unei metastaze sau unei invaziuni secundare, cum e cazul cancerului corpilor cavernoși, secundar celui testicular. După situația lui cancerul penisului poate fi *superficial* sau *profund* — obișnuit sub numele de epiteliomul penisului se înțelege cancerul superficial. Frecvența localizării la debut a cancerului penian, în locurile mai sus menționate, se datorește faptului că secrețiile se acumulează mai ușor și sunt mai persistente, de unde o stare de iritație mai prelungită în regiunile respective.

La început epiteliomul se prezintă sub un aspect variabil: când apare sub forma unor *vegetațiuni*, analoge vegetațiunilor banale, dar mai dură și care sângerează foarte ușor, — când e vorba de o *ulcerație* cu margini îngroșate și dure, când avem de a face cu o *placă de leucoplăzie* care

se'ngroașe. Uneori debutul este mascat printr'o *fimoză veche* sau *recentă*, rezultatul *balano-postitei* pe care o ocazionaază adesea epiteliomul; în acest caz la orificiul prepușial se constată totdeauna o scurgere sero-purulentă, uneori colorată cu puțin sânge, iar la palpate prin intermediul prepușului se simte o indurație. În curând în vecinătatea primei leziuni apare o alta similară cu ea și care confluând cu prima dă o leziune întinsă, care crește treptat, ajungând să cuprindă întreg penisul. Pe măsură ce cancerul se întinde la suprafața penisului, pe aceeași măsură el invadează țesuturile subjacente. Infiltrația glandului se face aproape simultan cu a prepușului; glandul devine dur și se ulcerează, prepușul se edemațiază dând la deget senzația de carton și de multeori se produce o fimoză secundară, reținându-se aci secreția care se produce. În cazul producerii acestei fimoze evoluția se face mai ales în profunzime. Foarte rareori debutul cancerului se face pe meatul urinar, care ia atunci o formă de pâlnie neregulată, sfacelată sângerândă, mucoasa glandului va fi îngroșată și tumefiată, iar prepușul se va scleroza în urma infiltrației cronice. După câțiva timp tumora poate să îmbrace o formă *proliferativă*, caracterizată prin formarea, la nivelul glandului, a unei veritabile *conopide*, sângerând și invadând progresiv tot glandul și prepușul. În această masă există crăpături uneori veritabile ulceratiuni din care se degajă un miros forte fetid. Meatul urinar dispăre cu totul în această masă și în unele cazuri uretra fiind perforată, urina iese prin una din fisurile ce despart mugurii cărnoși neoformați. Aspectul penisului devine monstruos, iar volumul de dublu sau triplu față de cel normal. Ganglionii inghinali sunt prinși în majoritatea cazurilor și nu rar se întâmplă ca, într'o perioadă avansată a neoplasmului să vedem acești ganglioni ulcerându-se și proliferând la rândul lor; dar uneori mult timp nu e vorba decât de adenite inflamatorii și nu neoplazice.

Forme clinice — Küttner având în vedere formele mai frecvente îmbrăcate de cancerul penisului, distinge următoarele forme clinice:

1. *Forma hipertrofică* — cea mai frecventă dintre toate, debutează sub forma unui buton, la nivelul glandului; proliferarea se face pe partea dorsală a glandului, îmbrăcând aspectul unor vegetațiuni conopidiforme; tumora se ulcerează, din ea se scurge o serozitate galbenă murdară și foarte fetidă, caracteristică pentru cancerul penisului; meatul urinar dispăre cu totul în masa tumorală care proliferază în mod progresiv spre rădăcina penisului, dându-i aspectul foarte

caracteristic de „cocian de varză“. Extensiunea neoplasmului se face apoi treptat la organele din vecinătate dar testicolii și epididimul rămân cel mai adesea indemni.

2. *Forma ulceroasă* — debutează sub aspectul unei ulcerăriuni, situată în șanțul balano-prepuțial, cel mai adesea cu marginile răsrânte câteodată proliferante, cu baza îndurată, sângerând ușor și care dă loc la un proces necrozant și terebrant, cu pierderi mari de substanță. Deobicei aceste două forme coexistă, vegetațiunile neoplasice necrozându-se cad și lasă în urma lor ulcerăriuni înconjurate de formațiuni vegetante. În forma ulceroasă, penisul poate fi complet distrus sau înlocuit cu o masă care-l face de nerecunoscut.

3. *Forma infiltrativă* — este a treia varietate frecventă de cancer al penisului. Ea debutează pe gland sub forma unui nodul, care are puțină tendință de propagare către suprafață dar care invadează rapid organul în profunzime. Penisul devine atunci de o duritate lemnoasă, ia un volum considerabil, tumora evoluează rapid și după majoritatea autorilor se pare că aceasta este forma cea mai malignă dintre toate cancerelor penisului.

4. *Epiteliomul papilar* — este o varietate care provine din degenerescența accidentală epiteliomatoasă a vegetațiunilor veneriene. Foarte deseori se întâmplă de a vedea „un buchet de papile conținând dela început germenul unui epiteliom“ (Darier); acesta se înconjură, după un timp variabil, de un fin burelet periferic, în mijlocul căruia răsar poliferațiuni papilare. Pe piele aceste vilozități se acoperă cu un invelis cornos; pe mucoasa glandului și șanțul balano-prepuțial (cazurile cele mai frecvente) ele sunt lipsite de invelișul cornos: acesta este „epiteliomul papilar descoperit al lui Darier“ sau „eritroplazia lui Queyrat“, care se manifestă sub forma de placarde superficiale, ușor indurate, cu margini nete și precise. Suprafața lor catifelată, de culoare roșie închisă, este uscată și strălucitoare. Rezistă la toate medicațiunile caustice și progresează încet în toate direcțiile. După unii autori, acesta nu este un cancer propriu zis, ci mai curând o formă precanceroasă.

5. *Forma pseudo-efantiazică* — interesează deobicei jumătatea anterioară a organului și se traduce printr'o umflare monsturoasă care evoluează lent și care este străbătută de fistule multiple prin care se scurge urină. Touraine și Picquard (1937) prezintă un astfel de caz la „Soc. de Derm. et de Sif.“ care data de aproape 3 ani. A fost interpretată ca o afecțiune cronică a penisului, prezentând mult timp

tabloul clinic al unei micoze și a cărei natură canceroasă n'a devenit aparentă decât foarte târziu. Indolența leziunilor și existență a numeroase fistule supurative, a făcut ca autorul să se gândească la o micoză, ceea ce a determinat să facă insămânțări pe mediile de cultură obișnuite dar n'au crescut decât saprofiți banali. Insemnând pe mediul lui Sabouraud a obținut abundente culturi de ciuperci. După ablația tumorii, secționând-o pe un plan sagital, a constatat că masa indurată este constituită în mare parte dintr'un țesut alb, omogen, în care nu se recunoștea nici un detaliu de structură. La baza tumorii persistau corpii cavernoși care se pierdeau subțindu-se în țesutul precedent. La extremitatea liberă, o zonă strâmtă, de aspect mai spongios, părea că reprezintă restul glandului. O secțiune transversală a penisului, trecând prin nivelul unei fistule, arăta o tumoră cuprinsă în grosimea penisului, întinzându-se la suprafața sa, cam de 15 mm. diametru, traversată prin câteva ramuri torsionate ale fistulei. Examenul istologic confirma existența unui epiteliom spinocelular la acest nivel. Explicația acestui fel de tumoră autorul o dă astfel: „E vorba aici de un epiteliom inițial care ar fi provocat o obstrucție limfatică și în mod secundar o transformare pseudo-elefantiazică a penisului“. Se pare însă că aici cancerul, n'a fost decât evoluția finală a unei stări inflamatorii foarte veche.

Intre aceste forme menționate, toate intermediarele sunt posibile.

Invadarea cancerului penisului se face mai frecvent și mai precoce prin șanțul balano-prepuțial deoarece fascia penisului și albuginea oferă o rezistență. Intre baza glandului și extremitatea anterioară a corpiilor cavernoși există un spațiu prin care se infiltrează foarte ușor neoplasmul, când are ca punct de plecare această regiune: inapoia șanțului balano-prepuțial dermul și țesutul subcutanat aderând un timp de corpiii cavernoși, aceasta dispoziție constituie o barieră care opune o oarecare rezistență neoplasmului. Cancerul pătrunde mai curând corpiii cavernoși decât corpul spongios al uretrei, a cărui teacă fibroasă constituie o barieră de protecție, care împiedică adeseori extensiunea neoplasmului. S'au văzut cazuri în cari corpiii cavernoși au fost excepțional atinși de cancer și atunci se pare că a fost vorba de sarcome, care aveau drept punct de plecare traveele conjunctive, insinuate între diversele formațiuni ale penisului. Corpiii cavernoși mai pot fi invadați și indirect, prin metastaze dela distanță, aduse pe cale sanghină, mai ales dela organele din apropiere (testi-

col și prostată). Corpul spongios, care este excepțional atins în cancerul superficial, este interesat în aproape toate cancerurile profunde, mai ales în acelea cari au debutat la nivelul uretrei.

Extensiunea cancerului, și propagarea lui în vecinătate se face, fie prin continuitate directă, fie prin nuclei la distanță, fără conexiune directă cu restul tumorii, dar strâns legat de pozițiunea limfaticilor penisului. Michon și Broca au arătat mici nuclei embolici, în plin țesut sănătos erectil, unii de mărimea unor boabe de mei, alții vizibili numai la microscop și cari sunt constituiți de spații erectile, pline de celule neoplazice. Uretra rămâne neatinsă în majoritatea cazurilor, chiar și atunci când extensiunea tumorii a interesat tot penisul și i-a răsturnat complect întreaga arhitectură. În fazele ultime, cancerul, pe lângă că poate interesa tot penisul și scrotul, el poate cuprinde partea inferioară a abdomenului, fața internă a coapsei și în cazuri mai rare, prostata și vezica urinară.

Având în vedere poziția căilor limfatice ale penisului, putem înțelege ușor corelația dintre localizările cancerului penian și adenopatiile corespunzătoare. Prin continuitatea plexului presimfizar ne explicăm adenopatia inghinală dreaptă, pe care o întâlnim în cazul când leziunea inițială este situată în partea stângă. De asemenea putem înțelege legătura care există între adenopatiile inghinale și cancer sau posibilitatea interesării ganglionului iliac, fără ca ganglionii inghinali să fie atinși.

Frecvența adenopatiilor satelite în cancerul penian, după Martin, Gusmann este în medie de 75%, după alții frecvența este cu mult mai mică. În orice caz invazia ganglionară are o importanță covârșitoare în privința tratamentului, care dă rezultate cu atât mai slabe, cu cât această invazie este mai accentuată. Cancerul penian poate evolua de multeori fără adenopatie corespunzătoare sau adenopatia, deși prezentă, este simplă inflamatorie și nu neoplazică. Acest fapt prezintă mare importanță în conduita tratamentului, deoarece a evitat de multe ori evidările ganglionare, complectare operatorie care era considerată de o necesitate absolută în operația cancerului penian; în cazurile de adenopatii inflamatorii, acestea cedau la câteva zile după îndepărtarea neoplasmului iar dacă nu cedau, erau considerate neoplazice și atunci se proceda la evidarea complimentară.

Cancerul penian dă rareori *metastaze* la distanță; totuși unii autori au constatat metastaze în viscere-pleură, pulmoni, pericard sau la nivelul unor oase precum: calcaneul, verte-

brele etc.; alteori metastazele se opresc în pielea pubelui și a perineului. Simeon și Chavannaz raportează un caz de epiteliom al penisului care a dat metastaze în peretele aortic și în a cincea vertebră lombară în același timp. Ficatul, stomacul și sistemul nervos central încă au fost interesate de câteva ori. Oricare ar fi procentul de metastaze menționate până acum, în întreaga literatură, cancerul penisului dă mai puține metastaze decât toate celelalte forme de cancer și este considerat sub acest raport, — dar numai sub acesta, — un cancer benign.

Din punct de vedere *istologic* cancerul penisului, în absoluta majoritate a cazurilor este un *epiteliom*. Cel situat pe partea cutanată a penisului (tecile de inveliș și partea cutanată a prepușului) are toate caracterele unui cancer cutanat, deoarece ca și el ia naștere la nivelul unui epiteliu malpighian cheratinizat. Cancerul dezvoltat pe partea mucoasă a penisului (cavitatea prepușială, șanțul balano-prepușial) ia naștere dintr'un epiteliu malpighian mucos și este, în cea mai mare parte a cazurilor, un epiteliom spino-celular; structura lui este mai ales trabeculară, constituită din cordoane mai mult sau mai puțin groase, și anastomozate între ele, în ochiurile cărora se găsesc celule neoplazice. *Epiteliomele epidermoide*, reproducând tipul cutanat, se deosebesc de cele dezvoltate pe regiunile mucoase ale penisului prin alterațiuni ale cheratinizării. *Epiteliomul cu celule nediferențiate* a cărui formă mai frecventă este epiteliomul cu celule prismatice de tip bazal — *epiteliomul bazo-celular* — mai mult sau mai puțin tipic este o formă mai puțin frecventă și se caracterizează printr'o evoluție lentă. *Epiteliomul cu celule diferențiate*, urmând tipul epidermoid se deosebește de celelalte, după gradul diferențierii, care poate fi: slabă, în cazul *epiteliomului epidermoid de tip mucos* (vechiul epiteliom pavimentos intermediar sau mixt sau forte, *epiteliomul epidermoid de tip cutanat* (vechiul epiteliom spino-celular). Acestea sunt *epiteliomele ulcero-vegetante*, cu extensiune locală și ganglionară rapidă, fiind formate din cordoane ramificate, cu o stromă cu ochiuri largi și puternic vascularizate. Epiteliomul epidermoid constituie forma cea mai obișnuită a cancerului penian. Epiteliomul nediferențiat este cu mult mai rar decât precedentul.

Lenormand semnalează *cancerile conjunctive* ale penisului: *sarcom*, *neosarcom*, *endoteliom* și *mielomele* din cari s'au publicat câteva observațiuni. Acestea sunt tumori excepționale, de un interes pur anatomo-patologic. *Nevocarcino-*

mele, de asemenea destul de rare, sunt epitelioame dezvoltate din celulele nevice; au o evoluție extrem de rapidă și dau metastaze într'un stadiu foarte precoce. În fine Pautrier și Waringer publică câteva cazuri de *sarcome histiocitare* dintre cari unul a interesat penisul și regiunea inghinală.

Studiu clinic.

Debutul cancerului penian, este cel mai adesea insidios. O leziune veche, o vegetațiune, cicatricea unui vechiu șancru, se poate transforma într'o mică excrescență carnoasă, care sângerează ușor sau se ulcerează, fără ca bolnavul să observe această transformare, mai ales că durere nu există și fimoză ascunde leziune. Primul lucru care face pe bolnav să consulte medicul, este o secreție abundentă, puroioasă și extrem de fetidă. Cam în acelaș timp, bolnavul se plânge de înțepături, de senzația de arsură la extremitatea penisului.

Simptomele subiective însă, în cancerul penian, sunt de obicei foarte discrete. Când ulceratiunea progresaază apar și simptome mai evidente. Penisul este edemațiat, de culoare roșie și la palpație apare de o duritate lemnoasă, în cazul când și corpii cavernoși sunt atinși. Majoritatea bolnavilor se prezintă la consultație pentru că sunt frapați de deformația organului, fără să fi avut vre-odată fenomene dureroase sau turburări în micțiune. Când se prezintă din cauza durerii, această este în legătură, fie cu o manevră particulară, ca tracțiuni pe prepuțiu, tentative de coit, erecțiuni sau împrejurări speciale ca infecțiunea gravă și edemul-secundar al organului, iritațiuni prin urină, ulceratiune balanică etc. Când cancerul este local foarte întins, durerile pot deveni insuportabile. Impotența nu există nici în formele cele mai avansate penisuri pe jumătate distruse, sunt încă capabile să între în erecție, Micțiunea este rar tulburată; în unele cazuri foarte avansate, complicate de distrucții uretrale și de fistulizații pe prepuțiu, s'au văzut bolnavi urinând „în stropitoare“. Jena în micțiune apare de obicei atunci când glandul este distrus sau diformat. Pentru a învinge obstacolul creat jetului de urină, vezica lup'ă se congestionează, se hipertrofiază, mucoasa se rupe pe alocuri din cauza efortului ceea ce explică ușurința cu care se infectează, urmând astfel un sindrom de cistită cu polakiurie dureri la micțiune, urini tulburi etc. La rândul său rinichiul poate de asemenea să se infecteze dând o pielonefrită ascendentă. Retenția de urină nu se produce decât atunci când cancerul comprimă uretra sau când o fimoză strânsă

astupă meatul. S'au descris cazuri de uremie prin retenția de urină, provocată de o obstrucție a uretrei prin vegetațiuni canceroase. Scurgerile purulente, putrede, ale cancerului penian, adesea amestecate cu sânge constituie de multe ori unicul simptom, numit „simptomul semnal“. Hemoragiile rare și de mică intensitate la început devin grave și abundente când sunt invadați corpii cavernoși. Priapismul a fost semnalat în mai multe rânduri după prinderea corpilor cavernoși. Deformația penisului crește cu evoluția; el apare mărit de volum, acoperit uneori aproape în întregime de muguri fungoși cari în totalitatea lor dau aspectul caracteristic de „cocian de varză“ pe care l-am văzut la Anatomia patologică sau ne apare ulcerat, crestat de adevărate cratere și în bună parte distrus. Toată porțiunea interesată de tumoră este acoperită cu o secreție extrem de fetidă care face imposibilă viața bolnavului în societate. Adenopatia inghinală ca și cea lombară precum și prinderea ganglionilor iliaci sunt destul de frecvente. Ganglionii canceroși sunt la început mici și duri alunecând sub deget, și indolori. Cu evoluția afecțiunii ganglionii se măresc, se înconjură de infiltrații (periadenită) și contractă aderențe cu țesuturile vecine și cu pielea. După un timp mai mult sau mai puțin lung ei formează o masă imobilă, pielea ce-i acoperă ia o colorație roșie-violacee, se subțiază și se ulcerează; în câteva cazuri s'au observat edeme ale gambei datorite compresiunilor venoase exercitate prin procesul neoplasic. Limfaticile pot fi cancerizate formând traecte moniliforme pe fața dorsală a penisului. Metastazele viscerale și generalizare sunt extrem de rare — mai frecvente la operați.

Evoluția — epiteliomului penisului se face către moarte într'un interval de 1—3—5 ani. Se cunosc însă cazuri cu evoluția rapidă (6—7 luni) precum și cazuri unde durata poate fi cu mult mai lungă. Schreiner pe 60 de cazuri de cancer penian, semnalează, 19 evoluând între 2—14 ani, iar 41 între 6 luni și 1 an. Lépınay (Cassablanca) publică în 1936 observațiunea unui cancer ulcerat al glandului, cu voluminoase adenopatii inghinale bilaterale, care s'a dezvoltat la 40 de ani după un șancru și manifestațiuni secundare sifilitice; bolnavul nu suferise nici un tratament specific, iar tumora lui a evoluat timp de mai mulți ani, fără fenomene alarmante. Danbrin (Toulouse) prezintă la „Société de Chirurgie“-Bordeaux 1936 un cancer al penisului cu destrucție totală. Bolnavul cu starea generală destul de bună frapa medicii prin dispariția totală a penisului, în locul căruia prezenta o zonă deprimată și ulcerată, având toate caracterele

unui neoplasm. Tumora a evoluat lent (în timp de 5 ani) producând mari desordini locale, fără atingerea marcantă a stării generale și neîngrijind prea mult bolnavul; această tumoră n'a antrenat nici o adenopatie inghinală și a debutat la nivelul scrotului. Autorul se'ntreabă dacă această lipsă de adenopatie din vecinătate nu indică menținerea în stare benignă a acestei tumori mai mult timp și dacă transformăția malignă nu este de dată recentă. Examenul istologic a arătat un epiteliom spino-celular. Touraine prezintă la „Soc. Franc. de Derm. et Syph.” 1937, un epiteliom spino-celular al penisului, care în timp de 3 ani nu s'a manifestat decât printr'o elefantiază locală și prin numeroase fistule uretrale supurate. Gaté. Cuilleret și Moreau prezintă la „Reunion Derm. de Lyon” — Mai 1937 un cancer cu evoluție rapidă la un pacient de 31 de ani, al cărui mers pare să fi fost influențat printr'o infecție cu șancru moale, care domina tabloul clinic. Observațiunea prezintă importanță mai întâiu pentru diagnostic pentru că, aspectul papilomatos și proliferativ al ulcerățiunii principale a făcut pe autor să suspecteze neoplasmul, ceea ce a determinat să practice o biopsie; și în al doilea rând este interesant prin faptul că supraadăugarea șancrului a făcut să se activeze procesul canceros și să evolueze mai rapid. Sunt cazuri după cum citează Ferrari și Viallet (Alger) în care tumora a evoluat timp de 23 de ani. Gougerot citează un caz de epiteliom nediferențiat cu evoluție foarte lentă progresivă, care a rămas în acelaș stadiu după 8 ani. Ca și în cancroidul feței, cu cari prezintă analogii mari epiteliumul dobândește după cum am văzut dimensiuni mari, se'ntinde la regiunile învecinate, producând pierderi mari de substanță, însă, cașexia, care este stadiul final al tuturor tumorilor, nu survine decât foarte târziu — aceasta pare că se datorește rarității metastazelor observate la cancerul penisului. Acesta rămâne totuși o afecțiune gravă, care odată apărută nu are tendință să retrocedeze și de care bolnavul nu poate scăpa decât cu prețul unei mutilări grave, prin operațiuni cari dau o mortalitate ridicată și recidive destul de numeroase. Moartea este datorită, în ordinea obișnuită a cazurilor, extensiunii locale și pelviene a neoplasmului și survine prin hemoragie, infecție sau cașexie și foarte rar prin metastaze.

Diagnostic și diagnostic diferențial al cancerului penisului nu prezintă dificultăți decât în perioada inițială și este foarte important să-l diagnosticăm în această fază căci numai atunci să sperăm că vom putea să-l operăm cu maximum de șanse de vindecare durabilă, și cu minimum de mutilație. În acea-

stă perioadă cancerul penisului se poate confunda cu o serie de afecțiuni, toate mai benigne și fiind nedagnosticat, poate să ia proporții mari, până când aspectul caracteristic de tumoră îl va face evident. În perioada de stare cancerul este ușor de diagnosticat, totuși anumite forme pot da loc la confuziuni. Astfel un epiteliom al penisului, care se dezvoltă sub o fimoză, poate fi confundat cu o balano-postită cronică, cu un șancru simplu sau chiar cu un șancru sifilitic. Formele vegetante pot fi luate drept papilome dar la un examen mai atent se pot diferenția ușor, pentru că acestea din urmă sunt puțin indurate și nu au tendință spre ulcerare; de asemenea aceste forme se mai pot confunda cu vegetațiunile banale. Când cancerul, la debutul lui se prezintă ca o ulcerăriune a mucoasei, se poate crede că avem de a face cu un șancru; aceasta este eroarea cea mai frecvent comisă și pentru acest motiv Lenormand afirmă că mai mulți din bolnavii lui, cu epiteliom al penisului, au fost supuși la un tratament antisifilitic, mai mult sau mai puțin prelungit din cauza confuziei cu un șancru vechi. Alteori e vorba de depistat transformarea canceroasă a unei plăci leucoplazice a glandului sau a prepușului, placă ce se îngroașe și fisurează și sângerează. În toate aceste eventualități trebuie să acordăm cea mai mare importanță la două semne, cari nu lipsesc niciodată în cancerul de debut: indurația vegetației sau a ulcerării și sângerarea la cel mai mic contact. Dacă există vre-o îndoială în loc să recurgem la „preținsele tratamente de probă” trebuie să excizăm leziunea suspectă și să facem o biopsie.

— Diagnosticul exact este mai dificil când leziunea inițială, având sediul la nivelul șanțului balano-prepușial sau la baza glandului, este ascunsă sub un prepușiu, care nu poate să se resfrângă înapoi, pentru a descoperi regiunea afectată; poate fi vorba de o fimoză congenitală strânsă dar cele mai adesea, fimoză a devenit de curând ireductibilă, prin inflamația prepușului, care se îngroașe și își pierde elasticitatea. Se vorbește atunci de balano-postită, de o inflamație datorită retenției de smegmă și aceasta cu atât mai mult, cu cât aproape totdeauna, se scurge prin orificiul prepușial o cantitate mai mare sau mai mică de puroiu — trebuie să ne pară suspecte totdeauna cazurile în cari puroiul, care se scurge prin orificiul prepușial este, mai mult sau mai puțin amestecat cu sânge. Se spune în mod clasic, că trebuie să ne gândim la cancerul penisului, oridecâte ori avem de a face cu o fimoză ireductibilă, la un om trecut de 30—50 ani, care nu este diabetic. Formula este justă dar pare prea exclusivă:

„Fără indoială, diabetul este o cauză frecventă a balano-postitei, care se însoțește de iritația inflamatorie a prepușului și de fimoză ireductibilă; dar diabetul și cancerul nu se exclud și e bine ca chiar la un diabetic, în toate cazurile indoielnice, să debridăm prepușul, pentru a inspecta leziunile posibile ale glandului sau ale șanțului balano-preputial (Le-normand). Circumcizia examenul atent al leziunilor, biopsia în cazurile de indoială — acestea sunt mijloacele cari vor permite să depistăm cancerul penisului, chiar acela „care nu se vede“ dela început. Într'un stadiu mai avansat diagnosticul cancerului penisului devine mai evident; nici odată nu ne înșală acele tumori proliferative (Burgeonante) și sângere-rânde, ale căror vegetațiuni exuberante acoperă glandul, depășesc prepușul și formează o masă adesea considerabilă. Acelaș lucru se poate spune despre formele ulcerose și mutilante, cari erodează și distrug glandul, invadează și perforază prepușul, se întind la tecile penisului și la corpul cavernos. E necesar să notăm mica importanță a semnelor funcționale, chiar în cazurile avansate: oarecari dureri, cari par mai mult în raport cu fenomenele inflamatorii supra adăogate, decât cu neoplasmul însuși; o deviație a jetului urinar, fără turburări serioase ale micțiunii, afară de cazul invadării penisului. Două puncte, de importanță practică mare, trebuie să rețină atenția chirurgului în această perioadă: infecția secundară a cancerului și gradul său de extensiune.

Orice cancer al penisului este un cancer infectat: proba ne este furnizată prin supurație care însoțește în mod constant acest cancer, prin sfacelarea frecventă a mugurilor mai mult sau mai puțin importanți ai tumorii. Flora microbiană este din cele mai variate și adesea foarte virulentă. Această infecție supra adăogată explică unele complicațiuni ale cancerului penisului și constituie un factor de care trebuie să ținem foarte mare socoteală la indicațiunile terapeutice. Infecția obișnuită a cancerului penisului explică în majoritatea cazurilor, adenopatiile inflamatorii, de care este însoțit; dar atunci o chestiune se pune: ganglioni crescuți de volum sunt ei canceroși sau simpli inflamatorii? Asupra acestui punct părerile chirurgilor sunt divergente. Clinica arată, în mod indiscutabil, că unii ganglioni nu sunt canceroși pentru că se poate observa, după simpla amputația a penisului, adenopatiile retrocedând, apoi dispărând. Se întâmplă, pe de altă parte că, ganglionii crescuți de volum, cari au fost ridicați la operație, nu prezintă la examenul microscopic, decât leziuni banale fără urme de cancer. Majoritatea autorilor pri-

vesc cancerizarea ganglionilor ca foarte rară. Degorce admite că ea nu se întâlnește decât în 4% din cazuri. Monod a găsit ganglioni indemni la majoritatea bolnavilor; Lavan a examinat metodic ganglionii ridicați în 21 cazuri de cancer al penisului și n'a găsit decât în 2 cazuri, leziuni epiteliomatoase — și totuș acest chirurg preconizează ca metodă de tratament, extirparea în bloc a penisului și a țesutului celulo-ganglionar, din cele două regiuni inghinale. Alți autori cred mult mai frecventă invadarea neoplazică a ganglionilor. Majans socotește la 40–50% acest proces; cifrele aduse de le Roy des Barres sunt impresionante, cu atât mai mult, cu cât el este unul dintre chirurgii cu cea mai mare experiență, în acest domeniu: făcând evidarea bilaterală a regiunilor inghinale, în 74 cazuri de cancer al penisului, de 38 ori el găsește leziuni epiteliomatoase ale ganglionilor. Aceste leziuni sunt precoce, deoarece s'a putut constata în 10 cazuri de cancer, ce datau de mai puțin de 6 luni. Această degenerescență epiteliomatoasă a ganglionilor se poate asocia cu leziuni inflamatorii și se pot vedea ganglioni atinși de o simplă adenită, alături de ganglioni indiscutabil canceroși. Atingerea ganglionilor este aproape totdeauna bilaterală — 30 cazuri din 38. Din toate acestea le Roy des Barres conchide: „Se pare logic că, în toate cazurile de cancer al penisului, ganglionii de ambele părți trebuie considerați ca atinși de procesul canceros și indicația terapeutică trebuie să țină cont de acest fapt; chiar și atunci când clinic nu există adenopatie decât de o parte, trebuie acționat de ambele părți“. Ricord și Fournier citează un număr de cazuri de cancer ulcerat al penisului în care confuzia, s'a făcut cu ulceratiunile sifilitice ale perioadei terțiare; deosebirea de neoplasm se face prin aceea că ulceratiunile sifilitice au forma de obicei regulată, țesuturile pe cari sunt situate sunt suple, hemoragiile sunt absente, și dispar rapid sub influența tratamentului specific. Cancerul profund infiltrat se mai poate confunda cu indurația plastică a corpilor cavernoși: nodulii canceroși se pot desvolta în interiorul corpilor cavernoși, simulând indurația plastică dar apariția lor este totdeauna consecutivă unui cancer al glandului sau al prepușului pe când indurațiile plastice sunt primitive; în fine evoluția nodulilor canceroși, ulceratiunea lor rapidă, cuprinderea ganglionilor clarifică diagnosticul. Tuberculoza penisului poate îngreui diagnosticul uneori, deși se prezintă destul de rar; se caracterizează printr'o ulceratiune cu un fond neregulat, cenușiu-gălbui, care secretă o serozitate galbenă și după concretizarea căreia se formează

o crustă subțire și netedă. Marginele ulcerățiunii violacei, policiclice, serpiginoase, decolate sau sunt îngroșate.

Ganglionii inghinali sunt puternic infiltrați, nu sunt niciodată duri, iar prepușul rămâne elastic și nu se formează fimoză. Tuberculoza verucoasă prezintă 3 zone: în jurul zonei eritematoase netede, o zonă mijlocie mai ridicată, violacee sau brună, presărată de cruste aderente sau ulcerății, din cari la presiune se scurg picături de puroi și în fine o zonă centrală sau cicatricială, deprimată sau verucoasă. Inoculările la cobai clarifică diagnosticul dar au inconvenientul prin faptul că necesită un timp îndelungat, așa că și aici biopsia are importanța ei. Un alt punct diferențial constă în aceea că tuberculoza peniană se întâlnește între 20—30 ani, perioadă în care cancerul este excepțional. Afecțiuni ce pot intra mai rar în discuție mai sunt: herpesul genital caracterizat prin apariția unor vezicule, situate în stratul superficial; eritroplazia, psoriaza prepușială, maladiile lui Bowen și Paget, chistul sebaceu și abcesul cronic al penisului care se întâlnește în retractiile post-blenoragice. Granulomul ulceros întâlnit mai frecvent în Brazilia și India, 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 antrenează cașexie, iar biopsia pune în evidență un plasmodiu. Eritroplasma, care este un epiteliom papilar benign extensibil, cu suprafața roșie strălucitoare, poate să evolueze într'un epiteliom spinocelular, cu interesarea precoce a ganglionilor corespunzători, când de fapt diagnosticul nu poate pune în evidență leziunea inițială.

Din toate acestea, putem vedea că diagnosticul clinic nu dă totdeauna siguranță și pentru confirmare trebuie să recurgem la biopsie. Acest examen are importanță, pe lângă că elucidează diagnosticul și în aplicarea tratamentului, operator sau cu iradiățuni, al cărui succes depinde de structura istologică a neoplasmului. Părerea susținută mult timp de unii autori, că biopsia dă o lovitură de biciu leziunii și că deschizând, prin inciziunile ce necesită, căile limfatice sanguine, contribuie la generalizarea neoplasmului, s'a dovedit absolut neintemeiată. Biopsia este o intervenție totdeauna inofensivă, dacă se evită de a nu se practica în naevocarcinom, dacă în caz de rezultat pozitiv urmează cât mai curând tratamentul și dacă se iau măsurile de asepsie necesară. Ca tehnică vom avea grijă să anesteziem regiunea din care recoltăm țesutul de analizat, cu soluție de novocaină 0,5% dar

nu în locul însuș unde se va face biopsia, pentru a evita dilacerarea țesuturilor ce vor fi examinate, ci în jurul lui. Biopsia nu trebuie făcută niciodată din zona necrotică. Se alege marginea leziunii și se practică secțiuni ce permit a regăsi suprafața și zona profundă, pentru a putea face secțiunea microscopică perpendiculară pe leziuni și nu paralelă, cum se fac greșeli adeseori. Hemoragia se combate printr'un tamponament menținut pe loc câteva minute și pentru evitarea erecțiilor, cari congestionează organul, se vor prescrie bromuri.

Prognosticul cancerului penisului, ca și al cancerelor în general este infaust. În comparație cu celelalte neoplasme, cancerul penisului, ca și celelalte cancere cutanate, are însă oarecari caractere de benignitate. Evoluția după cum am văzut este în majoritatea cazurilor destul de lentă. Ca și epitelioamele malpighiene, cancerul penisului are foarte puțină tendință la generalizare și metastazele viscerale sunt aici aproape excepționale; în această privință putem spune alături de Lavan, că acesta este „un bun cancer“. De altfel tendința sa la extensiunea locală, la invadare limfatică, la recidive după exereză, îl fac un cancer redutabil și Lenormand nu poate admite apropierea pe care Lavan o face între acest cancer și epitelioamele cutanate. Se pare că există mult mai mari analogii între evoluția cancerului penian și aceea a epiteliomelor mucoasei buco-faringiene, cari au aceeași malignitate locale și limfatică. Rămâne deci justificată afirmația tuturor autorilor că acest fel de cancer constituie afecțiune gravă, care odată apărută nu are nici o tendință de retrocedare și de care bolnavul nu poate scăpa, în cele mai bune cazuri, decât cu prețul unei mutilări grave.

Tratamentul.

După cum am văzut la partea istorică cancerul penisului a fost tratat în totdeauna exclusiv chirurgical; și astăzi de altfel a rămas esențialmente chirurgical, deoarece Curierterapia nu se poate aplica în toate cazurile. Operația consistă, în linii generale, în amputația largă a penisului, într'o zonă de țesut sănătos și, oricare ar fi momentul intervenției, această este urmată de ablația ganglionilor tributari teritoriului limfatic al penisului. Intervenția va fi practică cât mai precoce posibil, va fi mai mult sau mai puțin importantă, ținând seama de întinderea și invadarea canceroasă și numai în cazuri speciale, când avem de a face cu bolnavi epuizați, cașec-

tici sau când leziunea este strict limitată (cazuri incipiente), chirurgul se va limita la operațiuni mai simple sau paleative. Se mai poate încă aminti tratamentul radioterapic, considerat ca un tratament conservativ.

Procedee operatorii. a) Amputația simplă a penisului, cuprinde următorii timpi I. Incizia, care este ovalară sau circulară, circumscriind penisul la o distanță oarecare de neoplasm; în jos bisturiul va inciza cel puțin la un cm. înapoia planului vertical, care trece prin partea superioară a inciziei. II. Ligatura vaselor, care se face după ce ajutorul îndepărtează ușor pielea spre pubis. Pe fața dorsală, bisturiul taie țesutul celular, descoperă venele dorsale și cele două artere dorsale laterale, care sunt prinse cu pense hemostatice, legate și secționate. III. Secțiunea corpilor cavernoși și-a uretrei care se face pe dosul penisului, prima dată fiind secționată corpul cavernos până la uretră care la rândul ei este secționată după un plan perpendicular pe axul longitudinal. IV. Sutura corpilor cavernoși albuginea fiecărui corp cavernos este suturată la țesutul spongios. Aceste suturi sunt perfect hemostatice, ligatura izolată a arterelor cavernoase este în cea mai mare parte a cazurilor inutilă. V. Închiderea plăgii. Din punct de vedere al reunirii țesuturilor, plaga se închide în 2 planuri. În planul superior corespunzând corpilor cavernoși, se va reuni pielea înaintea corpilor cavernoși, având grija ca unele fire de sutură să treacă prin acești corpi. În planul inferior se va sutura pielea la corpul spongios și la plaga uretrală. Pentru a preveni stricturile, care ar putea rezulta dintr-o cicatrice circulară, înainte de a face sutura, se va prinde uretra, urmând peretele ei inferior, pe o lungime de câțiva mm. și căutând astfel să realizăm un orificiu eliptic, mai larg decât un orificiu circular. Operație cunoscută sub numele de meato-plastie. Plaga închisă va da forma unei rachete cu mânerul superior. Urmează sondă „a demeure” care altădată se menținea până la vindecare dar care astăzi tinde să dispară din uz, obținându-se rezultate tot atât de bune și fără ea.

b) Ablația simplă a neoplasmului a fost recomandată de Lisfranc, care observase incelineala propagării tumorii, dela tegumente către profunzime. Operația constă, după localizarea epiteliomului, în ridicarea unei părți din fren, decorticarea glandului, circumcizie sau diatermo-coagularea tumorii și-a unei zone limitată, de țesut sănătos limitrof. Operația nu este aplicabilă decât în cazurile cu totul incipiente, când nu există nici o adenopatie inghinală și constituie, după cum spune Desaive „Un ideal foarte rareori accesibil”.

c) Extirparea penisului împreună cu rădăcina corpiilor cavernoși a fost numită operația lui Cabadé și Pearce Goul, pentru că aceștia sunt autorii cari au practicat-o pentru prima dată. Intervenția consistă în ablația într'un singur timp a corpiilor cavernoși în totalitatea lor, desinserându-i ramurile ischio-pubiene, împreună cu tot. bulbul corpului spongios. Davalos completează intervenția printr'o rezecție parțială a scrotului; într'un prim timp (perineo-scrotal) se secționează uretra și corpii cavernoși, cât mai îndărăt posibil, urmând că în al doilea timp să facem rezecția penisului și-a tegumentelor dela bază, uretra fiind apoi suturată la perineu. Sutura scrotală face astfel o proeminență care ușurează micțiunea. Pentru a evita inconvenientul unei iritațiuni a pielii scrotului prin urină, unii autori propun, fie sutura uretrei la perineu, îndărătul scrotului, fie incizarea rafeului scrotal, urmată de sutura celor două jumătăți separat, constituind astfel un scrot bifid, pe care bolnavul îl desface în momentul micțiunii. Aceste metode sunt foarte puțin utilizate, deoarece iritația locală este mai puțin jenantă pentru bolnav, decât urinarea pe vine. Extirparea penisului, împreună cu rădăcina corpiilor cavernoși, se aplică în cazuri de tumori întinse, cu nuclei neoplazici diseminați în corpii cavernoși.

d) Emasculația totală constă în extirparea completă a organelor genitale externe: penis, testicule și învelișurile lor. Operația a fost practică pentru prima dată de Annandale (1873), apoi de Chalot, Legueu, Bazy, Albarran, Péan, Tédénat, cari au contribuit la perfecționarea ei. Este indicată în cazurile avansate de cancer al penisului cu extensiunea leziunilor pe scrot, cordonul spermatic, regiunile inghinală etc. Operația cuprinde următorii timpi: I. Incizia, formată dintr'o parte transversală, care merge dela o regiune inghinală la alta, trecând pe deasupra rădăcinei penisului; această incizie va fi ușor oblică în jos și înăuntru, la extremitățile sale, ca și arcada lui Faloppe și exact transversală pe linia mediană. A doua mergând dela extremitatea inciziei transversale, de fiecare parte a penisului, va incadra regiunea burselor, în ambele părți; fiecare din aceste incizii laterale, ajungând îndărătul scrotului, pe linia mediană, va fi prelungită printr'o incizie mediană până la 2 cm. înaintea anusului. II. Evidarea ganglionară — ganglionii inghinali descoperiți prin decolarea lambourilor, vor fi complect ridicați; ei sunt disecați (manoperă uneori extrem de grea) pentru a fi ridicați în bloc. Evidarea trebuie să cuprindă ablația ganglionilor inghinali superficiali și în plus disecția canalului crural și a

canalului inghinal. Mauclaire propune de a se ridica în bloc tumora peniană și teritoriul limfatic regional, bilateral, printr-o evidare necrotică a celor două regiuni inghino-crutale. Exereza este atunci foarte largă „și avem șansele de a trece de teritoriul infiltrat, evitând astfel grefele operatorii — șansele vindecării sunt, în acest caz mari“. Cunningham propune o operație foarte largă, care consistă în a ridica țesutul adipos și toți ganglionii limfatici ai părții inferioare a abdomenului și dealungul vaselor crurale. Nicolle face extirparea țesutului celular și a ganglionilor limfatici din regiunile inghinale, apoi procedează la disecția limfaticelor de pe dosul penisului, face amputația acestuia și ridică totul în bloc. Oricare ar fi procedeul de extirpare al ganglionilor scopul este de a nu lăsa nici unul afectat pe loc, ceea ce are o importanță capitală pentru rezultatul operației. III. Ligatura și secțiunea celor două cordoane spermatiche, care se face la eșirea lor din canalul inghinal de fiecare parte după ce cordonul a fost izolat de elementele sale, legate separat. IV. Secționarea și ablația penisului și a scrotului care se face după procedeele indicate mai sus. V. Sutura corpilor cavernoși și a bulbului corpului spongios. VI. Sutura uretrei la piele, care se face în unghiul posterior al inciziei — înaintea punctului de sutură se vor apropia lambourile laterale ce s'au disecat la început și se va termina prin sutura plăgii superioare transversale. Se lasă o sondă a deure, până la completă vindecare. Profesorul Juvara a modificat procedeul clasic de emasculație totală, cu evidarea ganglionară bilaterală. El propune următoarea tehnică: secționarea tegumentelor prin două inciziuni: una pubo-inghinală și alta periscrotală, ce înconjură pedicolul burselor și păstrează, din partea lor posterioară, un lambou în formă de V pe care-l atașează înaintea pubelui, face o butonieră în el, la nivelul uretrei și o scoate pe aceasta prin butonieră. Cordoanele spermatiche descoperite prin incizie bi-inghinală, se urmăresc în sus și se secționează, după ce au fost bine legate. Disecția și extirparea ganglionilor inghinali se face apoi în ambele părți — pachetul ganglionar fiind supra aponevrotic, se scoate cu ușurință în bloc. În al doilea timp, se taie ligamentul suspensor al penisului și se incizează învelisul său aponevrotic, reperându-se și legându-se pedicolul dorsal. Cu vârful bisturiului se secționează aci corpii cavernoși iar corpul corpilor cavernoși. Sutura corpilor cavernoși se face printr-o sutură pe muchie și se leagă apoi și celelalte vase, făcându-

se o bună hemostază. În modul acesta, se extirpă dintr'odată toată tumora, adică: penisul, testiculele și pachetul ganglionar. Ultimul timp constă din reconstituirea orificiului uretral și sutura plăgii.

e) Evidarea ganglionilor inghinali sau inghino-iliaci constituie adesea unul din timpii operației radicale pentru cancerul penian, însă aceasta se poate face și ca operație unică, fie când leziunea primitivă a fost tratată prin radio — sau Curieterapie sau când tratamentul chirurgical al acestei leziuni primitive a fost executat la o dată anterioară. Technica operației a fost pusă la punct de Gosset și reluată de Fruchaud. Ceeace trebuie făcut este o celulo-adenectomie regională complectă, o disecție perfectă, nelăsând pe loc decât organele esențiale. Technica lui Fruchaud permite evidarea complectă a triunghiului lui Scarpa și abordarea ganglionilor retrocrurali, grație unei mobilizări a arcadei crurale. Fruchaud nu urmărește mai sus ganglionii iliaci, cum face Toma Ionescu căci el considera operația inutilă, când neoplasmul a prins și acești ganglioni. Operația cuprinde următorii timpi: I. Fixarea punctelor anatomice cari permit delimitarea zonei suspecte; II. Disecarea marilor vase; III. Mobilizarea arcadei crurale; IV. Liberarea finală a masei ganglionare; V. Sutura planurilor după o tehnică convenabilă. Ca variante ale operațiilor de mai sus, de care de altfel nu se deosebesc prin nimic ca tehnică, mai putem aminti: 1. amputația parțială a penisului, combinate cu evidarea ganglionilor, într'o singură ședință operatorie; 2. Amputația totală a penisului, combinată cu evidarea ganglionilor, de asemenea într'o singură ședință operatorie și 3. emasculația totală, combinată cu evidarea ganglionilor într'o singură ședință operatorie.

Preoperator este indicat să ne îngrijim de o desinfecție, cât mai complectă a câmpului operator; unii autori precum Ramstedt înfășură cu un bandaj imbibat cu sublimat, — Leighton folosește tifonul iodat. Școala din Bordeaux preconizează desinfecția regiunii neoplazice cu soluție Dakin sau prin pansamente imbibate cu diferite vaccinuri antimicrobiene. Alți autori chiuretează mugurii exuberanți ai neoplasmului, înainte de operație propriu zisă.

Postoperator trebuie să ne îngrijim de micțiuni regulate și de controlul cât mai des al sondei — în cazul când am lăsat pe loc o „sondă a demeure“. Curațenia și funcționarea bună a noului meat urinar are cea mai mare importanță; sonda permanentă se poate ridica după câteva zile. În privința drenajului postoperator, părerile sunt împărțite: unii

autori, în scopul de a evita neplăcerile provocate de prezența hematoamelor în plăgile mari operatorii, folosesc drenajii cu meșe de tifon sau tubul de cauciuc; alții suturează complet plăgile, și în fine alții lasă pe loc, în regiunea organului extirpat, o meșe „de control sau de siguranță” și după evidarea ganglionilor inghinali, drenajuri bilaterale, indicate, mai ales în cazurile de adenite inflamatorii.

Indicațiile tratamentului operator și a tipului de operație sunt în directă legătură cu stadiul în care se află tumora. Afară de cazurile cu totul incipiente, când se poate vorbi de extirparea tumorei într'o zonă de țesut sănătos sau de amputația parțială a organului, în rest amputația organului, cu sau fără ablații ganglionare și emasculația totală, sunt intervențiile de elecție. — Cari sunt indicațiile celor două procedee: Chalot, protagonistul emasculației totale, indică aceasta operație în cazurile când cancerul s'a extins în așa măsură, încât'a cuprins scrotul, testiculele și căile seminale. Mulți autori sunt de aceeași părere cu el, dar majoritatea chirurgilor folosesc emasculația totală în cazurile mai puțin avansate. Unii autori, precum Dabney, cred că emasculația totală permite o mai bună disecție a canalelor inghinale, în cursul evidării ganglionare; pentru a avea acces liber spre vasele limfice, se va ridica cordonul spermatic, și se va îndepărta sau se va putea repune la loc după ce operația va fi terminată, întrucât s'a dovedit că este inutilă exereză cordonului și castrația, în cele mai multe cazuri. Mai mult anatomia căilor limfice arată că metastazele nu pot să se producă în conținutul scrotal și deci, dacă penisul singur e invadat de neoplasm, emasculația totală n'are rost să fie practică; operația de elecție în aceste cazuri este amputația penisului însoțită de evidarea ganglionară, în aceeași ședință, sau într'o ședință ulterioară când avem posibilitatea să controlăm dacă adenita este datorită procesului neoplazic sau este simplă inflamatorie. Limitând astfel indicațiile emasculației totale, se pare că simpla amputație, însoțită sau nu de evidarea ganglionară, poate satisface tratamentul în majoritatea cazurilor de cancer penian. Procedeele de elecție, așa cum se tinde să se impună în ultimii ani este amputația organului într'o ședință, urmată de evidarea ganglionară într'o a doua ședință, la un interval de 5—6 zile după prima.

Rezultatele operațiilor depind, în primul rând de extensiunea procesului tumoral, socotind că s'a folosit procedeul operator cel mai potrivit și în al doilea rând de grijile duse la refacerea câmpurilor și tratamentul postoperator, care am văzut de altfel că este cu totul elementar. Operațiile mici precum, ablația tumorii sau amputația parțială, nu dau de-

obiceiului nici un fel de complicațiuni; accidentele postoperatorii ca desfacerea imediată a marginilor plăgii, care întârzie procesul de vindecare și dă o cicatrice vicioasă sau stenoza secundară a orificiului uretral prezintă astăzi numai o importanță istorică.

Amputația totală cu sau fără evidarea ganglionilor și emasculația, fiind operații cu mult mai întinse, constituie, în multe cazuri un „locus minoris resistentiae“ pe care se greșează ușor infecții cari dau rol la complicații locale și generale, limforagii, hemoragii, cari alterează starea bolnavului și de multe ori antrenează moartea sau în cel mai bun caz prelungesc cu mult procesul de vindecare. Morțile cauzate de traumatismul operator sunt destul de rare — după majoritatea statisticilor, un procent de 5—6% și s'ar explica prin efectuarea întregii operații (ablația penisului și evidarea ganglionilor, într'un singur timp-Strauch). Extirparea ganglionară datorită mediului septic în care se lucrează, constituie o agravare a prognosticului, din cauza supurațiilor prelungite ce se pot ivi, a edemelor cronice, septicemiei etc. contribuind astfel să mărească procentul mortalității postoperatorii. Alți autori vorbesc de neurastenia operațiilor, cauzată de această mutilare operatorie și se citează cazuri când pacienții au ajuns la sinucidere. În ce privește rezultatele tardive, recidivele sunt foarte frecvente. Ele se localizează mai ales în ganglionii teritoriului limfatic și nu pe locul operației. Se produc de obicei în primul an sau în primele luni ale anului ce urmează așa încât, dacă după 3 ani recidiva nu s'a produs, epiteliomul se poate considera ca vindecat.

Dăm mai jos statistica lui Asmus care e menită să arate rezultatele comparative între amputația penisului însoțită de ablația ganglionilor, și aceeași operație, fără ablații ganglionare:

I. În cursul primului an de operație, nu există nici o diferență apreciabilă între cele două procedee; 72% din cazuri au recidivat după amputația însoțită de evidarea ganglionară și 70,8% după simpla amputație.

II. În cursul celui de al doilea și al treilea an, numărul recidivelor este de 37%. După amputație și evidare, și de 57,2% după amputație fără evidare ganglionară.

III. După 3 ani s'a observat 20% recidive, după amputație cu ablații ganglionare și 13,6% recidive după amputație simplă. Aceste cifre scot în evidență importanța complexității operației prin evidarea ganglionară. În privința localizării recidivelor, redăm tot după statistica lui Asmus, care cuprinde 473 cazuri, următoarele observațiuni:

I. Recidivele survin cel mai adesea în ganglionii teritoriului limfatic și nu pe locul operației.

II. Recidivele survin mai adesea în decursul primului an și mai precis în primele luni care urmează operațiunii.

III. Procentul recidivelor scade în cursul celui de al doilea și al treilea an.

IV. Recidivele după al treilea an sunt excepționale și deci, în mod practic cancerul penisului poate fi considerat ca vindecat, dacă în curs de 3 ani nu s'au produs recidive.

Tratamentul radioterapic. Cuprinde Roentgen- și Radio-terapia. Grație progreselor realizate în ultimii 10—12 ani, prin aceste tratamente s'a câștigat noi și puternice arme în lupta contra cancerului. Totuși trebuie să spunem dela început că aplicarea acestui fel de tratament, în domeniul cancerului penian, este cu mult mai restrânsă decât a cancerelor în general. Autorii sunt de acord, în urma numeroaselor cercetări, că Roentgenterapia nu dă rezultate mulțumitoare, decât în cazurile incipiente. Dar și în aceste cazuri se pare că Radiumterapia (Curie terapie) a dat rezultate mai bune.

Roentgenterapia — atunci când neoplasmul interesează numai mucoasă fără a pătrunde profund în țesuturi, se cicatrizează prin razele X, tot așa de bine ca și neoplasmele buzei, pe când formele profunde și infiltrante sunt cu totul rebele la acest tratament. Koerbler relatează două cazuri tratate cu razele X, cu rezultate foarte bune. Dozarea era 15 H, filtrația 0,5 mm. Cu plus 1 Al., iradiind numai penisul, împărțit în două câmpuri pentru două ședințe cu o pauză de 3 săptămâni. Într'un caz a rămas o mică indurație a prepușiiului, care a fost excizată. Examenul istologic al prepușiiului arătând celule neoplazice, s'a făcut imediat amputația; dar porțiuni din acest organ, examinate cu grijă, n'au arătat infiltrațiuni neoplazice, așa că operația aceasta mutilantă s'a făcut de geaba. Autorul explică împiedecarea extensiunii tumorei prin radioterapie și deci lipsa celulelor neoplazice era verificată. În al doilea caz s'a făcut pe loc biopsia și s'a constatat diagnosticul sigur de epiteliom penian. După o serie de iradiațiuni tumora a scăzut mult în volum, iar după 8 luni de tratament vindecarea a fost completă, cu fimoză. Se face circumcizia, iar la examenul istologic nu s'a putut constata nici o celulă neoplazică. Cazul a fost revăzut după 4 ani într'o stare de sănătate perfectă. Autorul trage concluzia, că nu în toate cancerurile penisului se poate folosi tratamentul Roentgenterapic, dar că în cazurile care necesită o intervenție chirurgicală, e bine să se în-

cerce razele X, pentru a evita o eventuală operație mutilantă. Aresse citează deasemenea 7 cazuri, tratate prin Roentgenterapie, cu rezultate satisfăcătoare.

În afară de leziunile primare se pot trata prin Roentgenterapie regiunile ganglionare, prinse în procesul neoplazic. Acest tratament este asociat de obicei cu tratamentul chirurgical, sau Curieterapic. În fine, se poate utiliza radioterapia pentru tratamentul simultan al leziunii primare și a ganglionilor limfatici, prinși în procesul tumoral.

Curieterapia a fost încercată pentru prima dată în tratamentul cancerului penian la 1909 de Dominici. Autorul se arăta nemulțumit de aceste rezultate deoarece, spunea el „în urma tratamentului Curieterapic au dispărut numai porțiunile burgeonante, pe când porțiunile infiltrate rezistau“. Aceasta obiecțiune a lui Dominici a deschis calea tehnicii iradiațiunii ultra-penetrantă. Degrais și Wicham (1912) arată că, îndată ce au încetat iradiațiunile, leziunile au suferit un puseu. Kexsser (1918), preconizează în toate canceretele operabile ale penisului, ca înaintea tratamentului chirurgical să se încerce un tratament prin radium, după evidarea ganglionilor inghinali. Simpson (1933) a tratat 3 cazuri și a obținut vindecarea clinică, folosind aplicațiunea în suprafața sau radium-punctura cu tuburi de emanație fără filtru. Ferrari și Viallet au tratat cu rezultate bune două cazuri de cancer (1922-23) prin Curieterapie, folosind aplicațiuni locale prin metoda radium-puncturei. În cancerul întins, cu ganglioni cancerosi, autorii asociază chirurgia cu radiumterapia penetrantă. Pinch (1925) preconizează tratamentul prin radium în cazurile inoperabile sau când bolnavul refuză intervenția chirurgicală. Dean Archie (1926) raportează 62 cazuri tratate prin radium sau Curieterapie asociate cu tratament chirurgical; majoritatea cazurilor au dat rezultate bune și durabile. El a folosit numai radium în aplicație la suprafață, în tratamentul leziunilor locale, superficiale fără metastaze. Pentru cazurile cu extensiune în profunzime, preconizează amputație după iradiația locală și inghinală. Ganglionii inghinali au fost totdeauna iradiați prin raze Roentgen (înalte tensiuni) după tratamentul leziunii primare — dacă ganglionii nu dispar, se face evidarea ganglionară. Le Roy de Barres, Heymann, de Nabias și la noi Bădescu au avut deasemenea rezultate bune și au indicat diverse moduri de aplicare a radiumterapiei. În institutul de cancer din Cluj, în decurs de 7 ani, din cele 37 cazuri de cancer al penisului, 19 au fost tratate prin Curieterapie, asociată cu tratament chirurgical și 14 dintre

ele au dat rezultate bune. Curieterapia are avantaje prețioase asupra Roentgenterapiei, din următoarele considerente:

1. Alterația mică a țesuturilor și eficacitatea mai mare asupra celulelor radiosensibile, din cauza electivității biologice a razelor gama, acțiunea crescând asupra celulelor canceroase și diminuând asupra celor normale, pe măsura ce lungimea de undă se micșorează.

2. Distanța focală minimă permite să realizăm o irradiație corectă mai ușoară pe un organ de forma penisului.

3. Administrarea tratamentului într'un timp prelungit așa de important pentru epitelioamele epidern.oid, este ușor realizată cu radium. Se folosesc următoarele metode de tratament Curieterapic:

I. Radium-punctura, care consistă în introducerea, în interiorul tumorii, a unor ace de platină, ai căror pereți servesc drept filtru și în cavitatea cărora se găsește substanța radioactivă; acele, de 22,5 mm. lungime și 0,5 mm. diametrul conțin în interiorul lor 5 mgr. R. E. Acele sunt introduse perpendicular în tumoră (paralele între ele) și distanțate prin 2 cm. O primă ședință de 34 ore este urmată după un interval variabil de una sau mai multe ședințe. Acele sunt așezate pe toate întinderea tumorii, depășind-o în toate direcțiile. Focarele radiante trebuiesc repartizate în mod omogen, pentru a realiza o eradiere în toată tumora, evitându-se radium-dermitele, cari sunt foarte greu de vindecat.

Radium-punctura, prin metoda tuburilor fără filtru, utilizate mai ales de americani, consistă în a introduce în grosimea tumorii, cu ajutorul unui trocar, a unor tuburi de sticlă, ce conțin substanța radioactivă, ce se lasă pe loc un oarecare timp. Din cauza lipsei filtrului, radium-necroza în jurul tuburilor este mai frecventă cu această metodă, decât cu precedenta.

II. Aparat cu radium mulate pe suprafață; focarele radiante sunt repartizate în vecinătatea leziunii, toate la aceeași distanță de suprafața sa. Acestea sunt fixate de obicei pe suprafața unui mulaj făcut din pasta Columbia, așezat direct pe penis. După tehnica lui Dean penisul este înfășurat într'un strat de 1 cm. de ceară sau de pastă, pe care sunt aplicate plăci de 1 cm² inchizând capsule de argint de 0,5 mm. grosime, încărcate cu Radon. Filtrarea este asigurată în plus de 1 mm. bronz. După această metodă doza este de 1.200 mmgr. ore pe cm². După tehnica lui Ferri se folosește un aparat mulat în ceară pe cele ²/₃ anterioare ale penisului doza dată în 72 ore este de 64,8 mcd. Maxwell și Morton

folosesc un aparat multat în ceară Columbia, de 1,5 cm. grosime, acoperind tot penisul. Protecția testiculelor se face prin plumb; se dau 35 mmgr. R. E. filtrate prin 0,5 mm. platina, câte 10 ore pe zi, timp de 18 zile, în total 94,5 mcd.

Radiumterapia regiunilor ganglionare se realizează cu aparate de suprafață, multate pe regiunea de iradiat, cu ajutorul unui strat de pasta Columbia, căreia i se dă forma regiunii. Grosimea acestui strat este de obicei 3 cmr. iar timpul de iradiație variază cu indexul de activitate cariocinetică al cancerului respectiv. După metoda lui Cadé Stanfordt ș. a. se aplică pe fiecare regiunea inghinală, 30—50 mmgr. R. E., 16—18 ore pe zi, timp de 21 de zile așa că se distribuie cam 14.000 mmgr. pe întreaga regiunea inghinală. Eficacitatea acestui tratament depinde, mai mult decât oricare altă metodă, de o tehnică impecabilă și de o dozare precisă a cantității razelor aplicate.

Pentru radioterapia simultana a leziunii primare și a ganglionilor se întrebuințează aparate multate, ce cuprind regiunile inghinale și penisul; aparatele se fabrică din ceara Columbia și poartă radium la o distanță de piele de 3—6 cm., la nivelul regiunilor inghinale și la 1—3 cm. la nivelul penisului.

Complicațiile radiumterapiei. O filtrație insuficientă sau o doză exagerată pot produce importante accidente precum necroza precoce, care se manifestă câteva zile după tratament și care e un fel de exagerare a fenomenelor normale de reacțiune. Radioepidermita, ce trebuie căutată pentru a putea judeca doza cancerică, este o leziune benignă și se repară repede. Radionecroza tardivă, ce apare câteva luni sau chiar ani după tratament, urmând unei vindecări precoce, e datorită de cele mai multeori unui defect de tehnică. Ea survine de obicei brusc, cu ocazia unui traumatism sau fără cauza aparentă și atinge dintr'odată o extensiune mare. Are forma unei ulcerațiuni atone, ce se vindecă foarte lent și numai după ce țesuturile sfacelate au fost eliminate. La nivelul zonei iradiate se pot produce turburări distrofice ca: teleangiectazii, duritate fibroasă sub-jacentă, strâmtarea meatului sau a fosei naviculare, edemul meatului urinar, în primele zile după aplicație, retracția cicatricială a prepuțului, ce crează o fimoză care adesea necesită operația de circumcizie. Testiculele trebuiesc totdeauna protejate, dată fiind sensibilitatea lor la iradiațiuni.

Reacția normală după iradiație, uneori se confundă cu o complicație. Ea apare la câteva zile după aplicațiuni, re-

giunea acoperită la început cu o falsă membrană, de aspect differoid, își curăță fundul și se cicatrizează, începând dela periferie către centru. Orice vindecare se face totdeauna printr'o cicatrice.

Rezultate. Numeroase statistici, până acum câțiva ani, au arătat că procentul vindecărilor este mult mai mare în tratamentul Curieterapic față de cel chirurgical. Era stabilită superioritatea radiumterapieii, atât din punct de vedere al calității vindecărilor cât și cel al proporției de vindecări. Observându-se însă rezultatele tardive s'a putut constata că nici această metodă nu este infailibilă. Un procent destul de apreciabil de cancer ale penisului, rămâne deasupra posibilităților de tratament radiumterapic. Pe lângă naevo-carcinomele, cari din capul locului sunt recunoscute ca refractare radiului, formele obișnuite banale ale cancerului penian precum și diverse forme istologice sau formele cu metastaze ganglionare, s'au dovedit neinfluențate prin tratamentul radiumterapic. Totuși combinarea Curieterapieii, cu tratamentul chirurgical și cu Roentgenterapia, este un tratament care convine tuturor formelor de cancer al penisului și care este recomandabil să fie aplicat, oricâteori una din metodele de mai sus, nu dă rezultatele așteptate, întrebuițate izolat.

Cazuri clinice.

Observația nr. 1. — Z. M. 70 ani, pensionar, Biharia jud. Bihor. Antecedente heredo-colaterale fără importanță. Antecedente personale: la 25 ani a suferit de o blenoragie pe care a tratat-o incomplet. La 39 de ani din nou blenoragie și pentru că pacientul era căsătorit și om cinstit, după afirmațiile medicului, e vorba de redeschiderea blenoragiei vechi. N'a suferit în viață de nici o boală care să-l oblige să țină vre-un regim alimentar. Fumător și alcoolic moderat.

Boala actuală datează de 4 ani și a debutat prin apariția la nivelul glandului a unei mici tumorete, care cu timpul a crescut. De un an și jumătate pacientul prezintă încă o tumoră situată la nivelul maxilarului superior care după afirmațiile pacientului a fost tratată cu radium. Pacientul este examinat de un medic care l-a îndrumat la Institutul de cancer din Cluj. Pacientul observă că tumora dela nivelul glandului a crescut mult în ultimele luni și a cauzat o deviere a jetului urinar spre stânga fără alt inconvenient, după cum declară bolnavul.

Tumora dela nivelul buzei superioare a debutat acum un an și jumătate, în imediata apropiere a orificiului nazal sub forma unei ulceratii care a crescut treptat, fără să producă durere, dar care n'avea nici o tendință la epitelizare.

Examenul general: Bolnavul e de statură înaltă, tegumentele și mucoasele vizibile normale colorate. Țesutul adipos, în parte păstrat. Sistemul osos în aparență intact. Reflexele osteotendinoase și pupilare normale. Ganglionii inghinali măriți de volum nedureroși și în parte mobili — în rest grupele ganglionare normale. Aparatul respirator, ralurii de bronșită la ambele câmpuri și emfizem. Cord-zgomotele surde. Abdomen — în limite normale, matitatea hepatică normală, splina nu se palpează.

Examenul local: la nivelul penisului, în imediata apropiere a meatului urinar, se află o ulceratie de mărimea unei piese de 1 leu, cu marginile neregulate și fundul format de o serie de granulații sângerânde la cel mai mic contact. Țesuturile din jur sunt infiltrate. La palpare glandul nu este dureros, iar meatul urinar este deformat fiind împins spre stânga. Ganglionii inghinali, bilateral măriți de volum, nedureroși și în parte mobili. Tegumentele la acest nivel de aspect normal. În abdomen nu se palpează metastaze ganglionare.

La nivelul buzei superioare, în imediata apropiere a orificiului nazal drept, se află o ulceratie acoperită de o crustă brună, murdară, care la detașare lasă un fond granular, sângerând. Marginile neregulate, proemină peste planul tegumentelor din jur. Procesul n'a pătrus până la nivelul maxilarului, întrucât țesuturile moi sunt mobile pe planul osos sub-jacent. Ganglionii regionali nu sunt prinși — nu prezintă nici aspect inflamator, nici neoplazic.

Examen de laborator: Reacția Wassermann negativă; urina conține puroiu; azotemia 0,22⁰/₁₀₀ gr.

Examenul anatomo-patologic — se face biopsie, atât dela nivelul buzei superioare cât și dela nivelul penisului, și în ambele locuri se constată prezența unui epiteliom spino-celular.

Examen radiologic — se constată emfizem pulmonar.

Diagnosticul clinic: cancer spino-celular al penisului.

Tratament: sub anestezie rahidiană cu novocaină se face amputarea penisului, dela nivelul celor $\frac{2}{3}$ anterioare, urmată de evidarea bilaterală a ganglionilor inghinali. Se drenează cu două meșe, se închid plăgile în două planuri și se continuă cu pansament. Postoperator plaga evoluează

fără complicații, pacientul suprimă sonda Nelaton după 4 zile. La 48 ore după operație, se scot meșele din regiunea inghinală. La 8 zile se scot firele de sutură. Toate plăgile vindecate „per primam“. Bolnavul este revăzut de 3 ori în interval de 4 ani, fără să prezinte recidive sau metastaze în alte organe.

La nivelul buzei superioare se face radium-terapie, aplicându-se radium-punctură, cu 6 ace de câte 1,33 mgr. e. L., primind în total 1,172 mgr. e. L. Se face tratamentul plăgii locale, prin aplicare de eucină cu apă de calciu. După o reacție mai accentuată de 10 zile, bolnavul părăsește institutul cu indicația de a urma tratamentul pentru epitelizare. Se rechemă pentru control, peste 2 luni.

Este vorba aici de două procese neoplazice diferite, neputând considera că cel al penisului să fie primitiv, iar al buzei metastatic, intrucât nu este nici o cale, care ar putea să ne permită urmărirea drumului metastazei, în rest toate organele fiind normale. Pe de altă parte, forma istologică fiind aceeași, nu cere neapărat să fie un focar primitiv, cu metastaze, fiind cunoscut clinic destul de frecvent apariția cancerelor multiple, la același individ și în același timp.

Observația nr. 2. — B. N. de 46 ani, român, Ohabe-Târgu, jud. Timiș; de rel. ort., căsătorit, de ocupație plugar. Tatăl a murit fără ca pacientul să cunoască cauza morții. Mama suferă de inimă. Soția este sănătoasă.

Antecedente personale: N'a suferit de boli infecto-contagioase-sifilis blenoragie și nici tuberculoză. Toată viața a folosit regim alimentar mixt, este alcoolic și tabagic moderat.

Boala actuală datează de 3 de ani, Bolnavul spune că la început de acum 30 de ani a observat pe penis, lângă prepuțiu, o tumoretă mică de mărimea unui bob de linte. Acum 3 ani tumoreta a crescut mult, cuprinzând tot penisul și a ajuns la mărimea unui ou de găină.

Bolnavul este slăbit. Tegumentele palide; țesutul celular subcutanat și muscular redus. Aparatul respirator, circulator și renal, nu prezintă nimic patologic.

Examenul local: la inspecție, penisul prezintă la nivelul glandului o tumoră de mărimea unui ou de găscă, de aspect conopidiform, de culoare roșie, dură la palpație și la cea mai mică atingere cu un instrument rigid, tumora sângerează. Ganglionii regionali, inghinali sunt prinși.

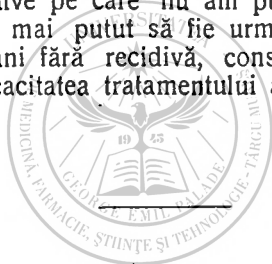
Examen de laborator: Reacția Wassermann negativă:

urina, albumină, puroiu, zahăr negative. Sânge, azolemia 0,50 gr. ‰.

Diagnostic clinic: cancer al penisului cu metastaze ganglionare.

Extinderea procesului: necesită operația cea mai radicală.

Operația: sub anestezie rahidiană se face emasculație, urmată de evidare ganglionilor inghinali bilaterali-uretră perineală. Se continuă cu pansamente. La 14 zile după intervenție, i-se face Roentgen-terapie pe ambele regiuni inghinale, întrucât examenul isto-patologic al ganglionilor a arătat că este vorba de metastaze ganglionare. Bolnavul părăsește institutul vindecat, cu indicația de a reveni peste 2 luni pentru continuarea tratamentului. Revine peste 3 luni — i-se face Roentgen-terapie, o nouă serie și după această dată bolnavul nu mai revine. Pacientul a fost urmărit prin corespondență timp de 2 ani, în care interval nu s'a ivit nici o recidivă. Din motive pe care nu am putut să le cunoaștem, ulterior cazul n'a mai putut să fie urmărit, dar trecerea intervalului de 2 ani fără recidivă, constituie o garanție suficientă pentru eficacitatea tratamentului aplicat.



CONCLUZII.

1. *Cancerul penisului este o afecțiune gravă, cunoscută și tratată din timpurile cele mai îndepărtate, de când s'au obținut primele noțiuni asupra cancerului în general.*

2. *Frecvența lui față de alte localizațiuni ale cancerului, este cuprinsă între 0,50 și 1%.*

3. *Cauza propriu zisă, ca și a cancerelor în general, rămâne necunoscută; între cauzele predispozante se consideră toate afecțiunile care întrețin o stare de iritație locală prelungită precum: fimoză congenitală și dobândită, balano-postițele cronice, cicatricile după șancru dur, plăcile de leucoplazie precum și toate celelalte afecțiuni benigne ale glandului și prepușului.*

4. *Din punct de vedere anatomo-patologic, în absoluta majoritate a cazurilor, cancerul penisului este un epiteliom; sarcome. naevo-carcinomele și alte tumori maligne nu se întâlnesc decât excepțional. Macroscopic, formele cele mai des întâlnite sunt nodulare, vegetante și ulcerose.*

5. *Evoluția, cu rare excepții, este de obicei lentă și progresivă iar metastazele sunt rare.*

6. *Diagnosticul se face cu toate afecțiunile banale ale penisului și în stadiul incipient este destul de greu; biopsia, atât în faza de debut cât și în perioada de stare este metoda de diagnostic suverană.*

7. *Prognosticul. quoad vitam este ceva mai bun decât în alte cancere. quoad sanationem este infaust, din cauza recidivelor frecvente cari au loc, chiar în urma operațiilor celor mai radicale cu prețul mutilării bolnavului.*

8. *Tratamentul folosit este cel chirurgical — în fazele incipiente ablația tumorei sau amputația parțială a penisului*

*iar în fazele mai înaintate, amputația totală urmată de evi-
darea gonglionară, sau emasculația; radioterapia și Curie-
terapia convin anumitor forme de cancere dăr cel mai mult
folos îl aduc ca metode auxiliare prețioase complectării trata-
mentului chirurgical.*

Văzută și bună de imprimat:

Desanul Facultății de Medicină:

Profesor: ss. Dr. I. DRĂGOIU

Președintele tezei:

Profesor: ss. Dr. V. BOLOGA



Bibliografie.

- Asmus V. Résultats du traitement de 1, Epithelioma de la verge. Teză de doctorat Paris 1937.
- Dambring (Toulouse) Cancer total des organes genitales externes de l'homme, avec destruction complète de la verge. Société de Chirurgie de Bordeaux et du Sud-Quest k2. Janv. 1933.
- Degrais et Béllat-Traité pratique de Curie-thérapie, Paris 1937 Vo. I. p. 8—158.
- Flandin, Payron, Robeau et Pomeau—Delille-Association Francais pour l'Etude du cancer, 24. Mai 1937.
- Forgue. Précis de pathologie externe III-e édition, Paris 1935. Tom. II. p. 1060.
- Gers B. Considerațiuni asupra cancerului penian—Teză de doctorat Iași 1932.
- Hadda. Totale emasculation bei ausgedehnten Peniscarcinom. Arch. f. klin. Chir. 1921. Tom. 104. pag. 244.
- Janney. A propos du traitement du cancer du penis—Jour, de Méd. de Bordeaux 1924. p. 457.
- Kozakievitz. Ein seltner Fall von Epithelioma Penis bei einem Luetiker auf Ulcus-Molle-Geschwâr, Dermatologische Wochenschr. T. 103. N. 54 S. 130 1939.
- Lenormand. Le cancer de la verge—La presse Médicale 5. Mai 1934.
- Lepinay (Cassablanca) Presentation d'un cas avec épithelioma enorma de la verge—Société Francaise de Dermatologie et de Syphiligraphie 13. Fevr. 1933.
- Marion G. Traité d'urologie III-e édition, Paris Masson 1935. Vol. II. p. 1936.
- Mauclair. Deux cas de cancer de la verge traités par la Curie-thérapie Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. Paris 1924 p. 637.
- Renâud G. Le traitement du cancer de la verge—Gazette des hôpitaux No. XXX. 15. (IV. 1939. pag. 509—511.
- Pautrier et Woringe. Sarcome histiocytaire de la verge et de la région inguinale — Réunion Dermatologique de Strassbourg 12. Mai 1932.

- Perrin L. Annales de Dermo et de Syph. VII-e Série Tom. IX. No. 4. p. 346. Avr. 1928.
- Ricaud. Cancer de la verge. Journ de Chir. Tom. XXX. 1926—27 pag. 372.
- Shiwers T. Epithélioma du Penis-Relation de 5 cas ; dupa Journ of. the Amer. Med. Assoc. Vol. LXXXIX. No. 4. 1927.
- Solente G. Cancerul penisului cu observațiuni clinice pe 67 cazuri, după American Journ of Cancer T. XVI. Martie 1932.
- Touraine et Piquard. Forme anormale du cancer de la verge. Société de Dermatologie et de syphiligraphie, Séance du 15. Avril 1937.
- Testut L. Traité d'Anatomie humaine, VIII-e Edition, Revue corrigée et augmentée par A Latarget-Paris 1931, T. V. pag. 221—248.
- Taguet. Vues nouvelles sur le cancer-Société de Médecine de Paris, 28. Nov. 1936.
- Toipolar S. Tratatamentul cancerului penian-Teză de doctorat în medicină și chirurgie, Iași 1936.
- Venot. Epitheliom de la verge traité par émasculatıon totale. Presse Médicale 1913. pag. 547.
- Weissenbach - Levy, Fränkel, Martineau, Ténime. Société de Dermétologie et de Syphiligraphie, 9. Févr. 1939.

