

Anomalie génitale externe chez une Chienne

(Communication présentée par M. MAROENAC)

M. MARCENAC. — Notre Confrère LEBEAU a adressé à l'Académie un travail relatif à une curieuse anomalie génitale constatée chez une chienne.

Des symptômes divers avaient attiré l'attention du propriétaire et motivé la consultation du praticien. Celui-ci décrit ces signes et, spécialement, au point de vue anatomique, les caractères d'un clitoris de grandes dimensions qui fut amputé.

L'examen macroscopique et microscopique, effectué par le Professeur DRIEUX, conclut à un clitoris hypertrophié à différenciation pénienne très poussée avec os pénien et corps caverneux mais sans canal urétral.

La note de M. LEBEAU enrichit le chapitre si intéressant de l'hermaphrodisme. Son auteur nous promet de suivre sa patiente, jusque et y compris l'autopsie, pour parfaire, ce qui est souhaitable, la description des organes génitaux internes.

J'ai l'honneur de proposer l'insertion du travail de M. LEBEAU dans le bulletin de l'Académie, où le lecteur trouvera tous détails utiles sur la description du curieux clitoris, d'après le Professeur DRIEUX.

M. LEBEAU. — En avril dernier, une jeune chienne cocker de 9 mois, n'ayant pas encore manifesté de chaleurs, nous est conduite. Elle se comporte depuis deux mois comme un mâle vis-à-vis des autres femelles; elle ne peut s'asseoir et elle est impropre à la chasse. Levant la patte pour uriner, comme les chiens, elle a une voix rauque masculine; d'une agressivité très nette vis-à-vis du sexe opposé, elle recherche par contre les chiennes.

L'étroitesse du bassin et du train postérieur attirent tout d'abord notre attention. Un clitoris péniforme d'une longueur d'environ 5 centimètres sort de la commissure inférieure de la vulve, horizontalement dirigé vers l'arrière. Cet organe en état de perpétuelle érection entretient chez la bête un état de nervosité continue.

Le propriétaire tenant beaucoup à sa compagne, nous tentons de voir s'il est possible de la rendre plus normale en l'opérant.

Entr'ouvrant les lèvres vulvaires, nous essayons, mais en vain, d'introduire notre petit doigt dans le vagin qui se montre absolument impénétrable. Celui-ci est perforé dans sa partie supérieure, au niveau de l'orifice urétral ectopié à quelques millimètres de la commissure supérieure de la vulve. L'introduction d'une sonde en gutta nous permet aisément d'accéder à la vessie; pourtant, il semble bien que le plancher du vagin se trouve incurvé anormalement de bas en haut et d'avant en arrière, au point d'adhérer au plafond de celui-ci. Il ne paraît pas impossible de rendre ce vagin pénétrable par autoplastie, mais le propriétaire qui accepte la perspective d'une amputation du clitoris hypertrophié, s'oppose à cette intervention plus délicate.

L'excision décidée, nous préparons l'opérée et pratiquons l'anesthésie en faisant une intraveineuse de Privenal (0,03 gr. par kilog de produit dilué au 1/30° dans de l'eau bidistillée). L'opération relativement aisée se bornait à une ligature préalable par transfixion au crin de Florence moyen, de la base du clitoris, puis à la section franche de l'organe.

Le lendemain même, l'opérée sort de clinique, soignée localement à l'Exoseptoplix; elle nous est ramenée 8 jours après avec un moignon cicatrisé. Déjà plus calme, elle peut s'asseoir sans souffrir.

Trois mois après, le maître nous la conduit à nouveau; nous ne la reconnaissons plus. Son état général s'est fortement amélioré. L'embonpoint est manifeste, le poil plus luisant, le bassin plus large, les fesses pleines et arrondies contrastant avec les fesses plates masculines antérieurement constatées. D'autre part, cette chienne a perdu son agressivité; elle est d'une douceur toute féminine. La voix a pris une tonalité plus élevée. Elle urine en s'accroupissant, ne recherche plus les femelles, chasse sans difficulté; mais elle n'est toujours pas réglée et son vagin, non pénétrable, ne permettra jamais, sans une deuxième intervention complémentaire, la grossesse qui lèverait aussitôt le doute planant encore sur ce sexe ambigu.

Le Professeur DRIEUX, à qui nous avons aussitôt transmis l'organe fraîchement amputé, a pu faire les constatations qui vont suivre :

Macroscopiquement la pièce opératoire affecte l'aspect d'un cône à pointe mousse de 3 centimètres de longueur et de 1 centimètre de diamètre à la base. Cet appendice, glabre, de couleur rouge rosé, offre une surface lisse et une consistance assez ferme.

Une section transversale au niveau de sa base d'implantation permet d'identifier une tige osseuse à section sensiblement circulaire, de 3 millimètres de diamètre, placée en position superficielle et qui s'oriente selon une des génératrices du cône. Toute la partie centrale est occupée par un tissu finement lacuneux qui apparaît, à la loupe, creusé de nombreuses cavités à paroi dense offrant le même aspect que celui du tissu érectile du corps caverneux pénien. L'ensemble est recouvert d'une mince muqueuse légèrement mobile sur les plans sous-jacents.

L'étude histologique sur coupes transversales et longitudinales confirme l'analogie de structure avec celle du pénis. La tige osseuse qui s'étend jusqu'à un demi-centimètre de l'extrémité de la pièce, est constituée par de l'os aréolaire à cloisons épaisses bordées d'une rangée continue d'ostéoblastes. Les aréoles, relativement réduites, contiennent de nombreux capillaires sanguins et sont garnies d'une moelle osseuse de caractère ostéogène.

Directement au contact de cet axe osseux excentré, un manchon de tissu lacuneux l'entoure presque complètement, ne faisant défaut qu'au point où l'os est tangent à la muqueuse. Il s'agit d'un tissu conjonctif fibro-élastique dense, non orienté, mélangé de rares fibres musculaires lisses au sein duquel se creusent des cavités irrégulières, véritables lacunes contenant des éléments figurés du sang. La paroi des lacunes, tapissée par un endothélium vasculaire, est épaissie; elle résulte de la densification du collagène et de l'augmentation des fibres lisses à ce niveau. Quelques grosses artères à paroi fortement musclée parcourent ce dispositif, plus spécialement dans l'axe de la pièce. Elles sont accompagnées par quelques rameaux nerveux. On ne distingue pas de gros collecteurs veineux dans ce tissu. Son identité avec le corps caverneux du pénis est très nette; la seule différence à noter est une abondance plus grande du tissu fibro-élastique interstitiel en rapport avec des dimensions plus réduites des cavités aréolaires.

Faisant suite à ce manchon de corps caverneux par une transition insensible vient la muqueuse qui entoure complètement l'appendice. Il s'agit d'une muqueuse malpighienne du type génital. Son épithélium est stratifié, mais non corné; ses rangées cellulaires superficielles sont faites d'éléments volumineux, clairs, à limites bien tranchées. Cet épithélium repose sur une basale légèrement ondulée et s'invagine de place en place pour former de petites cryptes pseudo-glandulaires. Le chorion de la muqueuse est formé de conjonctif lâche; il ne contient ni formations glandulaires ni ébauches pileuses. On remarque, dans ses parties profondes, un dispositif vasculaire particulier. Ce sont des groupes de petites lacunes sanguines, de dimensions bien moindres que celles des lacunes du tissu caverneux. Elles sont irrégulières, bordées par un endothélium à cellules cubiques, basses, à peine soutenues par une légère condensation conjonctive. Elles résultent de la ramification brusque d'une petite artériole qu'on trouve à proximité. On peut considérer ce dispositif comme une ébauche diffuse de tissu spongieux bien moins différenciée cependant que le tissu spongieux pénien. Le chorion de la muqueuse contient, en outre, quelques grosses veines destinées à collecter le sang du tissu érectile.

Il est à noter, d'une part, que l'organe ne comporte pas à son extrémité de véritable gland, fait de tissu spongieux et, d'autre part, qu'il n'existe pas trace, en aucun point, de canal urétral.

En résumé, la pièce est un clitoris hypertrophié dans lequel la différenciation pénienne est très poussée, au point de faire apparaître un véritable os pénien et un corps caverneux bien développé.

La description que nous venons de faire s'écarte, en effet, sensiblement de celle du clitoris normal faite par LESBOUYRIES en ces termes :

« La partie axiale du corps clitoridien est composée, non d'un corps caverneux, mais d'un tissu adipeux consistant. Le corps clitoridien se termine en s'élargissant et en devenant mousse; à cette extrémité s'adjoint un véritable gland constitué par un corps caverneux érectile qui lui est propre »...

Notre pièce affecte, au contraire, la forme d'un cône; elle est privée de gland terminal et le corps clitoridien, dépourvu de tissu adipeux, se trouve essentiellement constitué par une tige osseuse entouré d'un véritable corps caverneux.

L'absence du canal urétral en fait malgré tout un clitoris et non pas un véritable pénis.

L'anomalie a été signalée par LESBRE en ces termes : « Le clitoris... peut être... hypertrophié, bifide, double. Il contient quelquefois un os ou un cartilage à son intérieur. » Elle répond généralement à un simple état de pseudo-hermaphrodisme externe féminin. Elle pourrait cependant être en relation avec une malformation des glandes génitales, car « la plus simple malformation, telle que l'hypertrophie du clitoris, peut être en corrélation avec une anomalie des organes internes. »

En conclusion, il nous a paru intéressant de communiquer ces faits pour établir une comparaison avec ce qui se passe assez fréquemment chez les humains, surtout dans les peuplades du Tchad.

En étudiant de près cette anomalie congénitale, on s'aperçoit qu'il existe une disharmonie entre les glandes ovariennes présumées du sujet et ses caractères sexuels.

Les caractères primaires (clitoris péniforme), les secondaires (forme somatique et voix mâle), les tertiaires (attraction vers le sexe opposé) posent bien l'ambiguïté de sexe.

Pour résoudre le problème, une laparotomie exploratrice suivie de biopsie ou des constatations anatomo-pathologiques seraient évidemment nécessaires.

Le fait de ne pas avoir de règles et de posséder un vagin impénétrable pourrait faire penser qu'il s'agit peut-être d'un androgynoïde; mais la suppression du caractère sexuel primaire ayant inversé les caractères secondaires et tertiaires, nous croyons être en présence d'un gynandroïde.

Pozzi aurait conclu au pseudo-hermaphrodisme féminin externe, mais nous préférons la classification des auteurs contemporains URECHIA et TEPOSU, BINET et DEMANGE, SORREL et OBERTHUR.

Nous nous proposons, non seulement de suivre notre patiente jusqu'à sa mort, mais nous essaierons par un dosage urinaire des 17 cétostéroïdes de voir si une production accrue d'hormone mâle pourrait expliquer cette anomalie.

BIBLIOGRAPHIE

- BELLOT (Thérèse). — Virilisme de la femme pubère. (*Thèse de Paris*, 1937.)
- DE GENNES et ROGÉ. — L'hormone mâle. (*Gazette médicale de France*, 25 oct. 1937.)
- HALLEY DES FONTAINES. — Contribution à l'étude de l'androgynie (*Thèse Paris*, 1938).
- LESBOUYRIES (G.). — Reproduction des Mammifères domestiques; sexualité. Paris. Vigot, Ed. 1949, p. 303.
- LESBRE (F.-X.). — Traité de Tératologie. Paris. Vigot, Ed. 1927, p. 120 et 138.
- LHERMITTE. — Sur la prématuration sexuelle ou syndrome de PELLIZI. (*Presse Médic.* 7 mai 1938 et *Bull. Soc. Pédiatrie* 1939.)
- MARANON. — Le problème des sexes. Ed. Denoëll, 1937.
- OMBREDANNE (L.). — Les hermaphrodites et la chirurgie. Masson et Cie, 1939.
- RAYNAUD (d'Alger), MARILI et XICHENA^e. — Hermaphrodisme vrai. (*Presse Médic.* n° 24, 25 mars 1939.)
- SORREL et Madame SORREL. — Macrogénitosome gynandre. (*Presse Médicale*, 12 juin 1935.)
- URECHIA et TEPOSU. — (*Presse Médicale*, 20 décembre 1933.)

A l'issue de la séance, l'Académie s'est réunie en Comité secret.