

muqueuse vésicale, de la prostate, des canaux éjaculateurs et des vésicules séminales; d'où résulte que les dépôts constatés dans l'urine ne sont pas dus seulement à la présence du sperme plus ou moins altéré, mais encore à du mucus, à du muco-pus ou même à du pus provenant des organes phlogosés.

SYMPTÔMES GÉNÉRAUX. Le plus commun est l'infécondité : celle-ci résulte d'abord de ce que l'éjaculation est trop faible ou trop précipitée; plus tard de l'altération de la liqueur spermatique. Les malades sont de bonne heure frappés d'impuissance, due à des érections incomplètes ou nulles. Il survient des troubles de la digestion, surtout une constipation opiniâtre et des phénomènes de gastro-entéralgie. Les malades accusent de l'essoufflement, de l'oppression; ils ont souvent une toux sèche, des douleurs dans la région du cœur et d'autres parties de la poitrine, des palpitations nerveuses. Lorsque l'affection a eu une certaine durée, il y a un affaiblissement général, les forces musculaires sont abattues; la sensibilité générale est diminuée, les sens ont moins d'acuité et sont pervertis. Il y a souvent de la céphalalgie, peu de sommeil, des rêves effrayants, des cauchemars; plus tard l'insomnie est complète; quelques malades sont poursuivis par des idées de suicide. On observe à des intervalles variables des congestions encéphaliques. Le moral est profondément altéré; il n'y a plus aucune activité intellectuelle; le caractère devient froid, indifférent, égoïste, irritable. On a signalé des cas d'aliénation mentale. Les malades maigrissent et dépérissent.

Anatomic pathologique. Dans les cas graves, on a trouvé des altérations diverses de la prostate : du pus infiltré, une ulcération des follicules de l'organe, une destruction partielle de la glande. Les canaux éjaculateurs, les vésicules séminales, les canaux déférents, les testicules, présentent des traces d'inflammation aigüe ou chronique. Les conduits éjaculateurs sont parfois dilatés, isolés comme s'ils avaient été disséqués. Les vésicules séminales sont déformées, ont subi la transformation cartilagineuse, ossiforme; elles sont parfois pleines de pus concret et renferment du sperme altéré. La vessie et les urètères présentent aussi des traces d'inflammation.

Marche. Terminaisons. La spermatorrhée offre des périodes de rémission et d'exacerbation jusqu'à une certaine époque où l'affection fait des progrès continuels. La durée est longue, la guérison spontanée très-rare.

Diagnostic. Il est facile pour les pollutions nocturnes, en tenant compte des renseignements fournis par les malades, de l'examen du liquide qui s'échappe par les voies génitales. Il est fondé sur les mêmes données pour les pollutions diurnes qui ont lieu en dehors de la miction et de la défécation. La spermatorrhée proprement dite, c'est-à-dire l'issue du sperme pendant la défécation et la miction, est moins aisée à apprécier, parce qu'il est possible que le sperme trouvé dans l'urine soit du liquide séminal qui a séjourné dans la vessie à la suite d'une pollution nocturne ou diurne, et qui est expulsé plus tard pendant la miction; l'abondance même de la matière rendue à la fin de l'émission de l'urine n'est pas une preuve suffisante, parce que cette matière peut n'être pas seulement du sperme, mais encore

du mucus vésical ou de la matière prostatique provenant de la phlegmasie de la vessie et de la prostate; la sensation spéciale ressentie au périnée pendant la sortie de la matière peut aussi bien tenir au contact avec l'urètre du sperme que des produits morbides sécrétés par la vessie ou la prostate; l'existence même de spermatozoïdes dans la matière expulsée par l'urètre peut s'expliquer par la rétention de sperme dans la vessie à la suite de pollutions nocturnes ou diurnes; les phénomènes généraux notés chez les sujets qui rendent cette matière par l'urètre, pendant la miction et la défécation, sont dus parfois à d'autres maladies.

On distingue la spermatorrhée de tout autre écoulement urétral par l'analyse microscopique du liquide rendu, la continuité du flux dans le second cas, son intermittence dans le premier cas.

Pronostic. Il est toujours grave; il l'est moins pour les pollutions nocturnes que pour les pollutions diurnes; c'est la spermatorrhée proprement dite qui est le plus rebelle.

Traitement. Il varie suivant la cause du mal :

Existe-t-il des oxyures dans le rectum, on combat l'affection parasitaire; aux affections dartreuses du prépuce, on oppose les moyens appropriés. La circoncision est indiquée dans certains cas d'étranglement de l'ouverture du prépuce, avec accumulation de matière sébacée entre cet organe et le gland. L'existence antérieure d'une syphilis réclame une médication spécifique. S'il y a un rétrécissement de l'urètre, on détruit l'angustie de préférence par la cautérisation (Lallemand). Les hémorroïdes réclament le traitement exposé pages 776 et suiv. On prévient et on remédie à la constipation par des lavements, des purgatifs doux. Si les pertes séminales sont dues à une faiblesse générale du sujet, on a recours à la médication reconstituante. En cas d'atonie des organes génitaux, on emploie quelquefois avec succès le galvanisme, en plaçant un des pôles de la pile sur les lombes et l'autre sur le pubis ou le périnée; il faut surveiller attentivement les effets du galvanisme qui peut occasionner une contraction des vésicules séminales. Les aphrodisiaques sont nuisibles. L'ergot de seigle a donné de bons résultats dans quelques cas; l'extrait alcoolique de noix vomique a réussi à Duclos (de Tours); la digitaline à L. Corvisart; la lupuline à Debout. Les bains froids et les bains de mer sont proscrits par Lallemand, qui a retiré de bons effets des douches froides sur l'hypogastre, les lombes et le périnée. Le camphre a paru nuisible. L'introduction répétée d'une bougie ou d'une sonde dans l'urètre a eu quelquefois de bons résultats.

Cautérisation de la portion prostatique de l'urètre. On l'exécute avec le porte-caustique courbe de Lallemand (fig. 294, p. 998), en faisant fondre le nitrate d'argent dans la cuvette de l'instrument, à la flamme d'une lampe à esprit-de-vin. Le malade est couché; le chirurgien a mesuré au préalable la longueur exacte du canal, avec une sonde ordinaire, que l'on porte d'abord dans la vessie et qu'on retire lentement pendant que l'urine s'écoule. Le jet s'arrête quand les yeux de la sonde rentrent dans le canal. A ce moment, on retire complètement la sonde, et marquant avec le doigt la place de l'instrument correspondant au méat urinaire, on fait correspondre les yeux de

la sonde à l'extrémité olivaire du porte-caustique, et on note sur le tube de ce dernier instrument, au moyen d'un curseur, le point correspondant au doigt. Il est bien entendu que, lors de l'introduction du porte-caustique, la verge doit avoir la même longueur que pendant le cathétérisme avec la sonde. Le porte-caustique ayant été introduit dans l'urètre à une profondeur moindre d'un centimètre que la longueur du canal, on maintient la verge et le tube de l'instrument avec la main gauche, pendant qu'avec la main droite on pousse rapidement contre le renflement du tube le disque qui se continue avec la tige du porte-caustique, de manière à faire sortir la cuvette du tube et à effleurer la face inférieure de la portion prostatique de l'urètre; un mouvement aussi rapide exécuté en sens inverse fait rentrer la cuvette dans le tube. Le disque dans lequel entre la tige du porte-caustique se meut sur cette tige elle-même, à moins qu'une vis ne fixe les deux parties correspondantes de l'instrument; en raison de cette disposition, on peut d'avance, en arrêtant la vis sur un point déterminé, faire sortir la cuvette porte-caustique de l'intérieur du tube, d'une longueur connue et déterminée à l'avance. Une fois la cuvette rentrée dans la gaine, on retire l'instrument en entier.



Fig. 294.

Cette opération a donné des succès à Lallemand. Elle est suivie, pendant la période inflammatoire provoquée par la cautérisation, de pertes séminales plus abondantes. Ce n'est que du quinzième au trentième jour que l'amélioration se manifeste. Si une première cautérisation est insuffisante, on peut la renouveler au bout d'un mois.

SECTION XLIII.

MALADIES DU PÉNIS.

CHAPITRE I.

ANOMALIES DU PÉNIS.

Quelques-unes de ces anomalies ont déjà été indiquées précédemment (V. *Extroversion de la vessie* et *Vices de conformation de l'urètre*). Il ne sera question ici que des vices de conformation du prépuce.

ARTICLE I.

Phimosis.

Toutes les fois que l'ouverture du prépuce est trop étroite pour pouvoir être ramenée en arrière jusqu'à la base du gland, on dit qu'il y a phimosis.

Variétés. Dans quelques cas, il n'existe qu'un simple rétrécissement de l'ouverture du prépuce: cet appendice est peu long, très-mince, réduit au feuillet muqueux au niveau de son bord libre. Ou bien, le prépuce offre au contraire une longueur exagérée en même temps que l'ouverture est d'une exigüité très-prononcée. Vidal a proposé le nom d'*atrophique* pour la première forme, celui d'*hypertrophique* pour la seconde. On a signalé des cas d'étroitesse du prépuce allant jusqu'à l'*imperforation* de ce repli.

Causes. Le phimosis est le plus souvent un vice de conformation *congénital*; chez quelques sujets, il se développe plus ou moins longtemps après la naissance (*phimosis accidentel*), sous l'influence d'une phlegmasie de l'organe produisant l'induration des tissus; c'est ce qu'on observe à la suite de chancres, d'une blennorrhagie, d'affections dartreuses du prépuce.

Conséquences. Le phimosis expose à plusieurs inconvénients: l'urine sort difficilement et s'accumule parfois dans la cavité préputiale; cette dysurie peut avoir pour résultat de dilater le canal de l'urètre, ainsi que cela arrive pour ce conduit en arrière des rétrécissements ordinaires. Si l'ouverture préputiale est oblitérée, il y a rétention complète d'urine et formation, aux dépens du prépuce, d'une tumeur parfois transparente, d'un volume plus ou moins considérable (Chopart). Le séjour habituel de l'urine dans la cavité préputiale donne lieu parfois à la formation de *calculs* entre le prépuce et le gland. La matière sécrétée par la muqueuse qui recouvre le gland et tapisse la face interne du prépuce s'accumule dans la cavité de celle-ci, s'altère, ce qui provoque souvent une phlegmasie chronique de ces tissus. Sous l'influence des érections, pendant les rapprochements sexuels, la muqueuse préputiale est distendue, parfois gercée ou déchirée, ce qui produit de nouvelles inflammations ayant pour conséquence d'indurer les tissus et de rendre le phimosis plus étroit. L'impossibilité de découvrir le gland, de procéder au lavage de ces parties, a pour conséquence de laisser séjourner dans la cavité préputiale des humeurs irritantes ou contagieuses: d'où la production de la balano-posthite et des chancres chez les sujets affectés de phimosis. Ce vice de conformation expose encore à un autre accident dont il sera question plus loin, le *paraphimosis*. Il rend difficile le diagnostic des affections du gland et de la portion correspondante de l'urètre. On conçoit aussi l'impossibilité de la fécondation dans quelques cas, le sperme s'accumulant dans la cavité préputiale au lieu d'être projeté au dehors.

Complications. La plus commune est l'adhérence du prépuce au gland (*symphisis*). Cette adhérence est congénitale ou acquise; elle consiste en un tissu lamelleux très-lâche, et alors la séparation du gland et du feuillet