

comme la bague parvenue au niveau de la première phalange rencontre une résistance difficile à franchir de la part des tissus gonflés au-devant d'elle.

Conséquences. La constriction que l'anneau préputial exerce sur les parties que cet anneau embrasse a pour premier effet de déterminer une tuméfaction du gland; le feuillet muqueux du prépuce se gonfle et forme au-devant de l'anneau préputial un bourrelet, de volume variable, tantôt régulier, tantôt avec des bosselures qui sont séparées les unes des autres par des sillons. Si le prépuce n'est pas ramené à sa place, l'inflammation succède à l'étranglement: le gland rougit et se tuméfie; le bourrelet muqueux placé au-devant de l'anneau préputial se tuméfie aussi, rougit et se couvre de phlyctènes. Plus tard, l'anneau préputial s'ulcère quelquefois assez profondément pour qu'il en résulte un débridement naturel. Rarement l'étranglement est porté au point d'amener une rétention d'urine ou la mortification des tissus.

Traitement. Il faut tenter la réduction par le procédé suivant: le sujet est couché sur le dos, le gland enduit d'huile; le chirurgien tient la verge avec les doigts indicateur et médium de chaque main, au delà de l'anneau constricteur; il appuie alors avec les deux pouces sur les côtés du gland qu'il refoule en arrière pendant qu'il cherche avec les quatre doigts placés autour de la verge à ramener le prépuce en avant. Ces manœuvres sont extrêmement douloureuses et échouent souvent pour peu que le paraphimosis ait une certaine durée. Aussi recommande-t-on, pour favoriser la réduction, de commencer par diminuer, au moyen d'une compression méthodique, le volume du gland, et même de pratiquer des mouchetures sur le bourrelet œdémateux formé par le feuillet muqueux préputial.

En cas d'insuccès de ces manœuvres, on pratique plusieurs petites incisions sur divers points de l'anneau préputial, c'est-à-dire un débridement multiple. En agissant d'après ce dernier précepte, il ne faut pas oublier que, la réduction obtenue, les petites plaies pratiquées à l'anneau préputial vont bientôt se cicatriser, et que la rétraction de toutes ces petites brides inodulaires aidant, le sujet aura au bout de quelque temps un anneau préputial plus étroit encore que par le passé. De façon que le débridement multiple ne remédie qu'à l'accident, et qu'il ne met nullement le patient à l'abri d'une récidive. Pour prévenir cette dernière, il est nécessaire de modifier d'une manière définitive les dimensions de l'anneau préputial; c'est l'opération du phimosis qu'il faut pratiquer. Si l'on remet cette opération après celle du paraphimosis, l'opération est double. De là le procédé suivant, que j'ai publié en 1859 dans la *Gazette des hôpitaux*, et qui, d'après Melchior Robert, est dû à Ricord.

Opération simultanée du paraphimosis et du phimosis. Le sujet étant couché sur le dos, la verge tenue de la main gauche, on prend un bistouri à lame droite et étroite; on enfonce la pointe de l'instrument sous la bride qui étrangle la verge, du côté de la face dorsale de l'organe, la lame tenue à plat, et dans une longueur d'environ 2 centimètres. Le tranchant de l'instrument étant retourné en haut, on coupe tout ce qui est au-dessus. A l'instant les deux lèvres de cette plaie

s'écartent. La pointe du bistouri est portée en avant, et coupe dans une étendue moins considérable la portion du bourrelet qui s'étend depuis la bride jusqu'à la couronne du gland. On obtient ainsi une seconde plaie, dont les bords s'écartent également par leur seule élasticité, ce qui fait qu'au lieu d'avoir une plaie de forme longitudinale, on a une plaie qui représente un losange allongé transversalement. L'écoulement sanguin, parfois assez abondant, s'arrête généralement par l'application continuée d'une compresse imbibée d'eau froide. Dès que l'écoulement a cessé, on fait un pansement simple assujéti par une petite compresse fendue au niveau du point correspondant au méat urinaire. Après la cicatrisation, le gland reste encadré élégamment dans les trois quarts inférieurs et latéraux de sa base par un bourrelet à peine saillant qui vient mourir insensiblement du côté de la face dorsale.

Pour bien se rendre compte de ce procédé opératoire, il convient de le simuler: pliez un linge en deux, de manière à représenter un prépuce avec les deux feuillets; faites une marque à l'encre à l'endroit du pli; cette raie noire vous représente la place de l'anneau préputial. Enroulez ce linge autour d'un bouchon dont la grosse extrémité représente le gland, et tirez en arrière le feuillet superficiel du linge, après avoir au préalable fixé le feuillet profond sur le bouchon au moyen d'épingles. A mesure que vous exécutez cette traction, vous voyez la marque noire se porter en arrière, ce qui vous indique la migration de l'anneau préputial, et apparaît une portion du feuillet profond du morceau de linge, représentant le feuillet muqueux du prépuce. Introduisez des ciseaux pointus au niveau de la marque; dirigez les branches en arrière et coupez dans l'étendue de 2 centimètres, en n'intéressant que le feuillet superficiel du linge. Reportez ensuite les ciseaux en avant et divisez dans une longueur moins considérable la portion du feuillet profond du linge que la rétraction en arrière a mis à découvert. Rétablissez ensuite les rapports du linge avec le bouchon tels qu'ils étaient avant, et vous verrez que vous avez divisé les deux feuillets dans la même longueur, par une section linéaire. Sur le vivant, vous avez donc divisé le feuillet cutané et le feuillet muqueux du prépuce.

Continuons à présent cette comparaison: sur le vivant, quand on a pratiqué les deux incisions, l'une en arrière, l'autre en avant, les bords opposés s'écartent l'un de l'autre; la plaie a la forme d'un losange allongé dans le sens transversal. Si vous suivez la cicatrisation de cette plaie, vous voyez que les bords marchent à la rencontre l'un de l'autre, et que le bord droit de la plaie antérieure se réunit au bord droit de la plaie postérieure; de même pour les deux bords gauches. Simulez cette réunion sur le petit mannequin dont vous vous êtes servi pour vous rendre compte du procédé opératoire, et vous verrez qu'en définitive la réunion se fait de façon à ce que la cicatrice se trouve reportée en arrière du gland, et que celui-ci reste complètement à découvert.

Sur le vivant, il n'est nullement difficile de reconnaître la place exacte occupée par l'anneau préputial, alors même que le paraphimosis datant de quelques jours, il existe un gonflement inflammatoire. Au bout d'un certain

temps, la constriction incessante exercée par l'anneau du prépuce détermine une ulcération des tissus subjacents, de telle façon qu'en examinant les parties avec soin, on découvre un sillon plus ou moins profond répondant précisément au siège de l'anneau du prépuce.

ARTICLE III.

Absence et divisions du prépuce. Brièveté du frein.

L'absence du prépuce est parfois un vice de conformation congénital. Il suffit de rappeler que l'opération de la circoncision donne lieu au même résultat. On a cité quelques faits de *division congénitale du prépuce*; on peut, dans ce cas, à l'instar de J.-L. Petit, se comporter comme pour le bec de lièvre : aviver les bords de la fente et les réunir par la suture. Toutefois, si cette opération devait assez rétrécir le prépuce pour occasionner un phimosis, il serait préférable de pratiquer l'excision d'un lambeau sur chaque lèvre de la solution de continuité.

La *brièveté du frein* de la verge a quelques inconvénients : la verge ne se redresse qu'incomplètement pendant l'érection, ce qui a pour conséquence de diriger le méat urinaire en bas et en arrière. Le coït est douloureux, et le frein lui-même quelquefois déchiré pendant l'acte de la copulation. On remédie à ce vice de conformation en faisant la section du frein; si une artère est ouverte pendant l'opération, on la lie.

CHAPITRE II.

BLESSURES DU PÉNIS.

Les plaies du pénis sont *superficielles* ou *profondes*. Les premières n'intéressent que la peau enveloppant l'organe, c'est-à-dire le fourreau; elles ne donnent lieu à aucun accident spécial. Le traitement en est conforme à celui des plaies en général.

Les plaies *profondes* sont celles qui intéressent les corps caverneux. Ce sont des blessures par instruments *piquants* généralement peu graves; ou bien des plaies *longitudinales*, c'est-à-dire parallèles à l'axe longitudinal de la verge; dans ce dernier cas, on exerce une compression circulaire sur le pénis, au moyen d'un bandage approprié, après avoir introduit une sonde dans l'urètre pour ne pas entraver la miction. Il est plus commun d'observer des plaies *transversales*, et celles-ci sont tantôt accidentelles, tantôt produites par une main que guide une passion jalouse, ou bien encore par le sujet lui-même. La profondeur de la plaie est variable : la blessure intéresse seulement une partie de l'épaisseur de la verge ou l'organe tout entier. Dans ce dernier cas, il n'y a pas à compter sur une réunion de la partie détachée, alors même qu'il existe encore une portion du canal de l'urètre. Si au con-

traire les corps caverneux ne sont pas complètement divisés, on tente la réunion par la suture et un bandage approprié, après avoir cherché à arrêter l'hémorragie par la ligature des vaisseaux divisés. Il faut prévenir les érections pendant la période de la cicatrisation, par l'administration de pilules de camphre et d'opium. On a signalé, à la suite de pareilles lésions, une déviation des corps caverneux.

Contusions et plaies contuses. Ces lésions sont presque toujours suivies d'une ecchymose qui se propage plus ou moins loin dans le tissu cellulaire sous-cutané. Si une veine superficielle a été intéressée, il se forme un thrombus qui donne à la verge une teinte violet foncé ou noire et peut en imposer pour la gangrène. La blessure est-elle assez profonde pour déchirer les mailles du tissu érectile des corps caverneux, il se produit une tumeur sanguine molle, fluctuante, augmentant de volume pendant l'érection. Il faut chercher à obtenir la résolution de ces tumeurs par des topiques astringents et une compression méthodique; ne pas en pratiquer l'ouverture, dans la crainte qu'il ne se produise une hémorragie grave. Quelquefois, la partie liquide du sang se résorbe; il ne reste que la partie fibrineuse donnant lieu à la production de noyaux plus ou moins durs que l'on appelle *nœuds* ou *ganglions* des corps caverneux.

Blessures par armes à feu. Celles qui intéressent les corps caverneux sont rarement suivies d'une hémorragie grave, mais se compliquent souvent de rétention d'urine. Celle-ci s'observe même en l'absence de toute lésion de l'urètre, les tissus gonflés par l'inflammation consécutive comprimant le canal; à plus forte raison cet accident est-il à craindre lorsque l'urètre ayant été complètement divisé, le bout postérieur du canal se rétracte au milieu des tissus. Il convient donc de placer de bonne heure une sonde dans l'urètre pour favoriser la miction. Le reste du traitement est conforme à celui des plaies d'armes à feu des autres régions.

Étranglement du pénis. A part les cas où cet étranglement est occasionné par l'anneau préputial, dans le paraphimosis, et sur lesquels nous n'avons pas à revenir, il en est d'autres où la verge est fortement étreinte par une corde, un ruban de fil, comme on l'observe quelquefois sur des enfants qui, atteints d'incontinence nocturne d'urine, cherchent par ce moyen à éviter par la compression de l'urètre de pisser au lit. Ou bien, ce sont des sujets plus âgés qui par esprit de libertinage passent la verge dans des corps en forme d'anneau : une bobèche de chandelier, un anneau d'or, la douille d'une pelle à feu ou d'une baïonnette, le goulot d'un flacon, etc.

Dès que la constriction est assez forte pour entraver la circulation, le pénis se tuméfie d'abord au-devant, puis en arrière de l'agent qui étrangle. Il en résulte qu'au bout d'un certain temps le corps étranger se cache au milieu des tissus; la verge prend un aspect livide, la miction est entravée et il y a parfois rétention complète d'urine. Si on n'enlève pas l'agent constricteur, la partie du pénis située au-devant de ce dernier se mortifie dans une épaisseur plus ou moins considérable; l'urètre subit une perte de substance qui donne lieu à une fistule uréthro-pénienne.

Pour débarrasser la verge de l'agent constricteur, on peut d'abord essayer