

appartient à la glande séminale elle-même, à son pédicule, à ses enveloppes, ou si elle a pris naissance dans un point plus ou moins éloigné.

La simple *inspection* de la région malade pourra fournir quelques données importantes. En effet, l'état du scrotum peut quelquefois révéler, à lui seul, le siège de la maladie. Règle générale, si les enveloppes du testicule sont également tuméfiées des deux côtés, également volumineuses et tendues, on n'a presque jamais affaire à une tumeur du testicule ou du cordon. Le plus souvent, cette tuméfaction uniforme des bourses s'accompagne de rougeur et de chaleur des téguments, de douleur à la pression; en un mot, il s'agit presque toujours d'une affection inflammatoire du scrotum; l'orchite double ne débute jamais simultanément des deux côtés. Si ces caractères font défaut, il peut s'agir d'un œdème, d'une infiltration urineuse ou sanguine au début, etc.

Admettons maintenant que la tumeur siège d'un seul côté, qu'elle ait débuté lentement, qu'elle se soit accrue peu à peu, etc. Aux dépens de quels éléments s'est-elle développée? La première chose à faire, c'est de chercher si cette tumeur est réductible. On sait, en effet, que le voisinage du canal inguinal et de l'anneau expose la région du scrotum à la formation de tumeurs qui ne lui appartiennent pas en propre. Or, si la tumeur est réductible, on se trouve en présence: d'une hernie, accidentelle ou congénitale, d'une hydrocèle congénitale, plus rarement d'un abcès par congestion, dont le pus a suivi le trajet du cordon spermatique. Nous savons comment on différencie ces diverses affections.

Lorsque la tumeur est irréductible, c'est qu'elle appartient au testicule, à ses enveloppes, ou au cordon. (Nous ne parlons pas de la hernie étranglée, qui ne saurait être confondue avec une tumeur du testicule.) Il faut, dans ce cas, chercher à s'assurer de la position de la glande. Toutes les fois qu'elle est facilement accessible, qu'elle a conservé sa forme et son volume normal, et surtout que la tumeur siège *au-dessus*, il s'agit d'une affection du cordon (hydrocèle enkystée, varicocèle, etc.). Si l'on ne peut isoler le testicule, il faut procéder à l'examen de la tumeur par tous les moyens que nous avons déjà indiqués; chercher sa transparence: si elle existe, c'est une hydrocèle, ou, plus rarement, un kyste volumineux du testicule; si elle fait défaut, une tumeur cancéreuse de cet organe, ou une hématoécèle de la tunique vaginale.

Enfin, il peut se faire que le testicule soit facilement isolable du cordon et de ses enveloppes, que celles-ci, sans changement dans leur aspect, glissent facilement sur lui comme à l'état normal, mais que la glande soit augmentée de volume, bosselée, irrégulière. Dans ces cas, il s'agit toujours d'une tumeur appartenant au testicule lui-même, soit d'une tumeur maligne ou de tubercules, à leur première période, soit de petits kystes, soit d'une affection syphilitique.

CHAPITRE QUATRIÈME

MALADIES DE LA PROSTATE

Les principales maladies observées dans la prostate sont les *inflammations* et les *tumeurs*, dans lesquelles nous ferons rentrer l'*hypertrophie* de la prostate.

La prostate est une glande qui entoure l'urèthre, depuis son origine au col de la vessie jusqu'à la portion membraneuse. Elle occupe la loge supérieure du périnée, et se trouve

en rapport: 1° par sa *face antérieure et supérieure*, avec les fibres longitudinales antérieures de la vessie qui vont se fixer au pubis, avec du tissu cellulo-adipeux et le plexus veineux de Santorini; 2° par sa *face postérieure et inférieure*, avec le rectum, dont la sépare une lame de fibres musculaires lisses qui se continue avec l'enveloppe des vésicules séminales; 3° par ses *faces latérales*, avec d'autres lames musculaires verticalement dirigées de l'aponévrose supérieure à l'aponévrose moyenne du périnée, et désignées sous le nom d'aponévroses latérales de la prostate; 4° par sa *base*, creusée d'un orifice pour le passage de l'urèthre et d'une cavité qui reçoit les canaux éjaculateurs, avec la vessie en avant, les vésicules séminales en arrière; 5° par son *sommet*, avec la portion membraneuse de l'urèthre, à laquelle elle est conti-

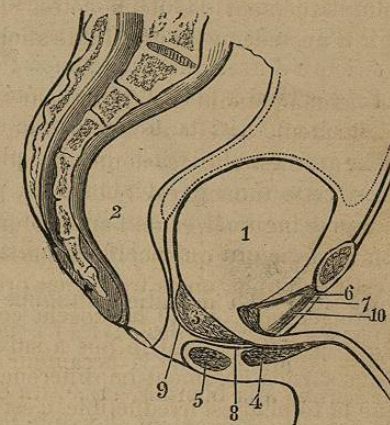


FIG. 50. — Coupe antéro-postérieure du bassin, destinée à montrer les aponévroses du périnée. (Figure schématique.)

1. Vessie. — 2. Rectum. — 3. Prostate. — 4. Bulbe. — 5. Coup du muscle transverse. — 6. Ligaments antérieurs de la vessie, paroi supérieure de la loge prostatique. — 7. Aponévrose périnéale moyenne avec ses deux feuillets. — 8. Feuillet inférieur se continuant avec l'aponévrose superficielle, et passant sur le bord postérieur du muscle transverse. — 9. Feuillet supérieur de l'aponévrose moyenne allant former l'aponévrose prostatopéritonéale. — 10. Muscle de Wilson. Dans cette figure, les organes ont été écartés à dessein, pour montrer les divers feuillets aponévrotiques.

guë, et avec le bulbe uréthral, dont elle est séparée par un espace de 5 millimètres environ, que remplissent les muscles profonds du périnée.

I. — INFLAMMATION DE LA PROSTATE.

L'inflammation de la prostate peut se montrer à l'état *aigu* ou à l'état *chronique*.

1° Prostatite aiguë.

Causes. — L'inflammation aiguë de la prostate n'est pas rare; elle s'observe le plus souvent chez l'adulte; elle est causée par la blennor-

rhagie. Elle peut être déterminée par des violences extérieures. Souvent, elle se montre pendant l'existence d'un rétrécissement, ou à la suite de l'introduction d'instruments divers dans la vessie.

Lésions traumatiques. — Velpeau pensait que l'inflammation de la prostate débute tantôt par le tissu sécréteur, tantôt par le tissu interstitiel. Cela peut être vrai; mais il est impossible, en clinique, de faire de pareilles distinctions.

La prostatite aiguë arrive souvent à suppuration; il est impossible de décrire l'état de la glande avant la formation de l'abcès; nous ne nous occuperons donc que de cette dernière période. L'abcès de la prostate est situé parfois dans l'épaisseur même de l'organe; c'est peut-être là le cas le plus rare. D'autres fois, il est sous-jacent à la muqueuse uréthrale; ou bien il occupe le tissu cellulaire très-dense qui sépare la prostate de la face antérieure du rectum. Quelquefois, dépendant du lobe moyen de la glande, l'abcès tend à faire saillie du côté du bas-fond de la vessie. Tantôt l'abcès est circonscrit; tantôt la glande est transformée tout entière en une poche purulente limitée par les plans musculo-membraneux qui l'entourent: aponévroses latérales de la prostate, etc. C'est dans ces cas que la *caverne prostatique* succède à la prostatite aiguë. On nomme ainsi la cavité fibreuse qui reste après élimination des détritrus.

Symptômes. — La maladie s'annonce, dans le cours d'une blennorrhagie, par exemple, par des envies fréquentes d'uriner, des douleurs plus vives dans la miction, de la pesanteur au périnée; si la prostatite n'est pas consécutive à la blennorrhagie, un écoulement muco-purulent peut signaler son développement. Lorsque l'abcès se forme, la douleur péri-néale devient plus vive, et une réaction générale plus ou moins intense se déclare assez souvent. Du côté de la vessie, il y a ténésme, et quelquefois rétention d'urine. Du côté du rectum, constipation, faux besoins, sentiment d'ardeur à l'anüs pendant la défécation.

Les divers modes d'exploration de la prostate révèlent des signes importants. Par le *cathétérisme*, on détermine une douleur vive lorsque la sonde arrive dans la région prostatique; l'abcès est-il formé, s'il fait saillie du côté de l'urèthre, la sonde rencontre un obstacle, qu'elle surmonte en général facilement, parfois en ouvrant l'abcès par la pression qu'elle exerce sur lui. Par le *toucher rectal*, on peut sentir la saillie que forme l'abcès de ce côté, s'il répond à la face postérieure de la glande; on détermine en même temps une douleur vive à ce niveau. La fluctuation, que cette dernière exploration permet quelquefois de constater, se perçoit mieux, dans certains cas, en combinant le toucher rectal avec le cathétérisme, et saisissant en quelque sorte l'abcès entre la sonde et le doigt explorateur.

Si l'abcès ne se forme pas, la *résolution* arrive au bout de huit à dix jours; d'autres fois, une induration chronique de la glande succède à l'état aigu, et on observe tous les signes de l'*hypertrophie de la prostate*.

Lorsque la *suppuration* arrive, elle est annoncée par des douleurs plus vives, du ténésme, des frissons parfois assez violents. La fièvre peut se prolonger indéfiniment, revêtir le type d'accès intermittents, en même temps que la prostate *se gangrène*, et que des désordres irréparables surviennent du côté du périnée; la maladie peut ainsi se terminer par la *mort*. Mais la terminaison est le plus souvent heureuse, et le pus se fait jour dans diverses directions: 1^o par l'urèthre le plus souvent: c'est l'issue la plus favorable; elle est déterminée souvent par la pression du bec de la sonde; 2^o par le rectum: cette terminaison est plus heureuse que la suivante; 3^o dans le tissu cellulaire du bassin; il en résulte alors un abcès urineux, qui s'ouvre du côté de la peau, et peut rester fistuleux, et, dans des cas heureusement plus rares, une infiltration d'urine avec toutes ses conséquences; 4^o enfin par la vessie; mais cette issue est très-rarement observée.

L'abcès peut s'ouvrir aussi dans deux cavités à la fois, par exemple dans l'urèthre et dans le rectum. C'est dans ces cas que l'urine pénètre dans le trajet purulent, et détermine la formation d'une fistule urinaire plus ou moins rebelle.

Diagnostic. — Les divers modes d'exploration que nous avons indiqués empêchent de confondre la prostatite avec une cystite du col, qui ne donne lieu à aucune augmentation de volume de la prostate; avec une hypertrophie de la prostate, maladie essentiellement chronique, non douloureuse, et dans laquelle l'obstacle prostatique et la déformation du canal de l'urèthre sont généralement faciles à distinguer. Le cathétérisme permettra de reconnaître aussi la présence d'un calcul, auquel la douleur prostatique et la dysurie pourraient être attribuées. Il faut tenir compte aussi des commémoratifs, l'existence d'une blennorrhagie, par exemple. Nous avons insisté sur les signes locaux et généraux qui annoncent la formation du pus dans le cours d'une prostatite aiguë.

Pronostic. — Ce que nous avons dit des terminaisons prouve que le pronostic est grave, à moins qu'il ne s'agisse d'une prostatite très-légère qui n'arrive pas à suppuration.

Traitement. — Au début, sangsues au périnée (8 à 12); cataplasmes; frictions avec l'onguent napolitain-belladonné; bains de siège, bains généraux.

Lorsque le pus est formé, il faut ouvrir l'abcès. Pour cela, on enfonce une sonde dans l'urèthre, et l'on cherche par des mouvements doux à diriger le bec vers la prostate, afin de percer l'abcès. Il vaut mieux introduire le doigt dans le rectum et donner issue au pus en comprimant la prostate entre la sonde et le doigt explorateur. Si l'abcès tend à se porter vers le périnée, c'est dans cette région qu'il faudra l'ouvrir. Dans quelques cas, il proémine fortement vers le rectum, et l'on introduit un bistouri par cette voie. Lorsque l'abcès est ouvert dans les voies urinaires il faut empêcher l'urine de séjourner dans le foyer, et, dans ce but, sonder le malade toutes les fois qu'il a besoin d'uriner.

2^o Prostatite chronique.

La prostatite chronique peut être consécutive à une prostatite aiguë. Le plus souvent, elle est le résultat d'une blennorrhagie, comme la prostatite aiguë elle-même, surtout chez les sujets lymphatiques ou affaiblis, et lorsque la chaude-pisse est mal soignée ou entretenue par des excès.

Les principaux *symptômes* sont : la miction un peu plus fréquente, un peu de pesanteur et quelques élancements au périnée, et surtout un écoulement urétral transparent et visqueux, d'autres fois opalin ou verdâtre. Cet écoulement, plus ou moins abondant, a reçu le nom de *prostatorrhée*. M. Robin a fait remarquer qu'un bon nombre d'écoulements chroniques de cette nature, attribués à la prostate, sont indépendants de cette glande, et viennent en réalité des glandes bulbo-urétrales et des glandes de Littre. Quelquefois, un léger suintement urétral de cette nature est pris par les malades, et même par quelques médecins, pour du sperme ; mais le microscope n'y révèle aucune trace de spermatozoïdes.

La prostatite chronique reste ordinairement stationnaire. Mais, sous l'influence du régime, des exacerbations momentanées peuvent survenir ; une prostatite aiguë peut même se développer dans ces circonstances et suivre toutes ses périodes.

La prostatite chronique ne doit pas être confondue avec la spermatorrhée. La tuméfaction de la prostate, qu'on peut quelquefois constater par le toucher rectal, ne doit pas laisser croire à la présence d'un calcul.

Cette affection n'est pas sans gravité, car souvent elle persiste indéfiniment, malgré les précautions les plus minutieuses et le régime le plus sévère.

On prescrira quelquefois les antiphlogistiques, les vésicatoires et les frictions résolutes sur le périnée ; l'iodure de potassium à l'intérieur ; et surtout un régime approprié ; le malade devra s'abstenir de tout excès.

Les *fistules* et les *cavernes* de la prostate succèdent assez souvent aux abcès de cet organe, quelquefois aussi à la fonte de masses tuberculeuses. Leur mode de formation à la suite des abcès est facile à comprendre. Lorsque le pus se fait jour dans l'urètre, et surtout lorsqu'une notable portion du tissu prostatique est éliminée par la gangrène, les parois du foyer ne revenant pas sur elles-mêmes à cause de la résistance des tissus fibreux qui environnent la prostate, l'urine pénètre dans le foyer, y séjourne, et empêche toute cicatrisation. Il en résulte une sorte de poche située au-dessous de la vessie, et dans laquelle l'urine accumulée s'altère. Lorsqu'il y a double communication entre cette poche et les voies urinaires d'une part, le rectum et le périnée d'autre part, il se produit

une fistule anfractueuse, avec diverticule prostatique très-irrégulier, et par conséquent très-rebelle à tous les traitements. Ces lésions prostatiques sont très-graves, car elles n'ont aucune tendance à la guérison, et elles entretiennent dans la région une source intarissable d'infection putride.

Les *ulcérations* de la prostate sont des lésions plus superficielles que celles que nous venons de décrire. Elles intéressent, non-seulement la muqueuse urétrale dans la région prostatique, mais le tissu même de la glande jusqu'à une certaine profondeur. Elles sont causées par le cathétérisme ou par la pression d'un fragment de calcul ayant passé de la vessie dans l'urètre. Leur *diagnostic* est très-obscur. Le *traitement* qu'on emploie, lorsqu'on soupçonne leur présence, consiste surtout en injections émollientes, narcotiques, astringentes, etc.

II. — TUMEURS DE LA PROSTATE.

a. Hypertrophie.

Étiologie. — Les causes de l'hypertrophie de la prostate sont fort obscures. On ne connaît bien que l'influence de l'âge ; c'est une affection propre à la vieillesse, et extrêmement rare dans l'âge adulte ; on sait que, chez les enfants, la prostate existe à peine.

Anatomie pathologique. — L'hypertrophie est *générale* ou *partielle*, et, dans ce cas, elle intéresse soit le lobe droit, soit le lobe gauche de la glande. On a distingué une hypertrophie portant sur le *tissu glandulaire*, une autre sur le *tissu musculaire*, une troisième sur le *tissu fibreux*. Dans le premier cas, c'est tantôt sur les lobes latéraux, tantôt sur le lobe moyen que porte l'augmentation de volume. On sait que ce lobe moyen de la prostate est rudimentaire dans le jeune âge, et qu'il ne se développe que plus tard. Ces distinctions, d'ailleurs, n'offrent pas, en clinique, un grand intérêt.

La prostate hypertrophiée s'élève dans la cavité pelvienne, et se porte en avant, derrière la symphyse. La portion prostatique de l'urètre s'allonge en même temps, et sa courbure augmente dans des proportions considérables ; aussi le cathétérisme est-il souvent difficile dans ces circonstances, et ne peut-il se faire qu'avec des sondes à grande courbure.

La portion prostatique de l'urètre est plus ou moins déformée. Le lobe moyen forme une saillie connue sous le nom de *lucette vésicale*, et qui peut arrêter la sonde au moment d'entrer dans la vessie. L'embouchure des glandules prostatiques, généralement remplies de calculs dans cette maladie, est très-dilatée, le bord qui les limite prend la forme d'une valvule, qui peut aussi mettre obstacle au cathétérisme et qui a fait donner à ces orifices glandulaires le nom de *valvules prostatiques*.

Si l'hypertrophie porte sur un seul lobe, le canal est dévié en sens opposé ; quelquefois les deux lobes se rejoignent sur la ligne médiane,

et divisent le canal en deux rigoles, l'une au-dessus, l'autre au-dessous du point d'union des deux lobes; d'autres fois enfin, l'urètre prend une forme irrégulière, et il est alors impossible de formuler une règle précise pour diriger le cathétérisme. La sonde est toujours plus ou moins déviée, et pénètre dans la vessie plus ou moins difficilement.

Les vésicules séminales sont hypertrophiées ou atrophiées. Le rectum est aplati, et les matières fécales sillonnées par une espèce de rigole.

Symptômes. — Il y a dysurie, ténesme vésical; le jet de l'urine est modifié, quelquefois brusquement interrompu. Les malades accusent des douleurs vagues; ils ont tantôt de l'incontinence d'urine. si le col vésical est maintenu béant, tantôt, et plus souvent, des rétentions plus ou moins prolongées. L'urine, à la suite de ces rétentions, se trouble, devient ammoniacale, d'autant plus que des lésions inflammatoires se développent bientôt au-dessus de la lésion primitive; la cystite, la néphrite chronique viennent ajouter leurs symptômes à ceux de l'hypertrophie prostatique. Les malades âgés, fébricitants, épuisés par la suppuration de leur vessie, fatigués par le cathétérisme, atteints de lésions rénales profondes, finissent par succomber.

Les symptômes physiques, qui permettent d'établir le *diagnostic*, sont fournis :

1° *Par le cathétérisme.* — Quelquefois l'hypertrophie de la prostate n'oppose pas à la sonde d'obstacle bien marqué. Mais le plus souvent la sonde est déviée, et, pour la faire pénétrer dans la vessie, il faut porter son extrémité soit en haut, soit en bas, soit latéralement, suivant la forme qu'a prise le canal. On reconnaît alors, d'une manière plus ou moins approximative, si l'hypertrophie est générale, si elle porte sur un seul lobe; on constate la présence de la luette vésicale en imprimant à la sonde, introduite dans la vessie, des mouvements de circumduction. Toujours, comme nous l'avons déjà dit, la courbure de l'urètre est exagérée, et souvent on croit avoir pénétré dans la vessie, alors que le bec de la sonde n'a pas dépassé la portion prostatique de l'urètre.

2° *Par le toucher rectal.* — Ce moyen ne doit jamais être négligé. Il permet de reconnaître la position élevée de la prostate, son augmentation de volume, et donne de précieux renseignements sur la forme et le siège de l'hypertrophie. On peut aussi combiner le toucher rectal avec le *palper abdominal*, et saisir entre les doigts, au-dessus du pubis, la prostate hypertrophiée et remontée, ce qui serait impossible à l'état normal.

Pour le *diagnostic différentiel*, voyez les autres tumeurs de la prostate.

Traitement. — Le traitement est purement palliatif : les moyens médicaux, tels que *émissions sanguines*, *frictions* sur le périnée, ne doivent être employés qu'avec réserve; il faut combattre la constipation, les lésions inflammatoires consécutives, etc. L'indication principale est de prévenir les effets de la rétention d'urine. Dans ce but, on emploie :

1° le *cathétérisme*, généralement avec une sonde à grande courbure; 2° les *sondes à demeure*, dont il faut craindre l'action sur la vessie, mais auxquelles on est forcé d'avoir recours, lorsque le cathétérisme est trop difficile, douloureux, etc.

b. Tumeurs diverses.

Les **calculs** de la prostate sont fréquents. Béraud en a décrit trois variétés : les uns prennent naissance dans la glande; d'autres arrivent dans la prostate à la suite de l'opération de la taille; d'autres enfin, développés dans la vessie, arrivent consécutivement dans l'urètre, se creusent une loge dans la prostate, et y augmentent peu à peu de volume. Les premiers constituent, à proprement parler, l'affection calculeuse de la glande prostatique; elle coïncide fréquemment avec l'hypertrophie de cet organe.

L'affection calculeuse de la prostate se traduit au dehors, lorsqu'elle est assez développée, par des symptômes qui n'ont rien de pathognomonique : douleur au périnée, dysurie, etc. Il est très-facile de la confondre avec l'hypertrophie, qu'elle accompagne souvent. Lorsqu'un calcul volumineux s'est logé dans la prostate, il peut déterminer par sa présence des douleurs vives, des rétentions d'urine, des abcès, des fistules. On peut reconnaître sa présence par le cathétérisme. Lorsqu'il ne se fait pas jour spontanément, il faut l'extraire soit par l'urètre à l'aide d'instruments spéciaux, soit par une boutonnière périnéale, soit par une fistule préexistante, etc.

Les **kystes** de la prostate sont extrêmement rares; la science n'en possède qu'un très-petit nombre de cas. Ce n'est guère qu'une curiosité anatomique.

L'**affection tuberculeuse** de la prostate est au contraire fréquente. Les tubercules de la prostate peuvent être enkystés ou infiltrés; mais les premiers, d'après Béraud, sont infiniment plus rares. La maladie peut débiter par un lobe, mais bientôt les deux sont atteints. La prostate n'est pas généralement très-volumineuse.

Les tubercules prostatiques accompagnent très-ordinairement ceux du testicule, et alors la vésicule séminale du côté correspondant au testicule affecté peut être aussi tuberculeuse; il en est de même du cordon. Cependant la prostate peut être malade sans que les parties intermédiaires au testicule et à la glande le soient également. Béraud et Robin ont même annoncé qu'elle était parfois tuberculeuse à l'exclusion de tout autre organe; mais ce cas doit être fort rare.

Les **symptômes** fonctionnels des tubercules prostatiques sont à peu près ceux que nous avons notés en décrivant les autres maladies de la prostate. Il faut toujours, chez les malades affectés de testicule tuberculeux, explorer la prostate par le toucher rectal pour constater la présence ou l'absence

des tubercules, car souvent ceux-ci ne se révèlent par aucun signe bien accusé.

Le **cancer** de la prostate est une affection rare, et d'un diagnostic très-difficile, surtout au début. Outre les symptômes fonctionnels qui sont propres à toutes les maladies de la prostate, ils exercent des ravages qui sont généralement l'effet de toutes les affections cancéreuses. Tumeur prostatique, hématurie, engorgement des ganglions pelviens, généralisation et cachexie cancéreuse, tels sont les principaux signes que nous avons à noter. Cette maladie se termine toujours par la mort, et ne peut être enrayée par aucun traitement.

CHAPITRE CINQUIÈME

MALADIES DE LA VERGE ET DU CANAL DE L'URÈTHRE

Nous étudierons ces maladies dans l'ordre suivant : 1^o *phimosi* et *paraphimosi*; 2^o *posthite*, *balanite* et *balano-posthite*; 3^o *tumeurs du pénis*; 4^o *chancres*; 5^o *blennorrhagie*; 6^o *rétrécissements de l'urèthre*. Nous terminerons ce chapitre par l'étude des *fistules urinaires chez l'homme*.

I. — PHIMOSIS ET PARAPHIMOSIS.

1^o **Phimosi**. — On appelle *phimosi* le rétrécissement de l'ouverture antérieure du prépuce, rétrécissement tel, que le gland ne peut pas passer en avant du manchon membraneux qui l'entoure.

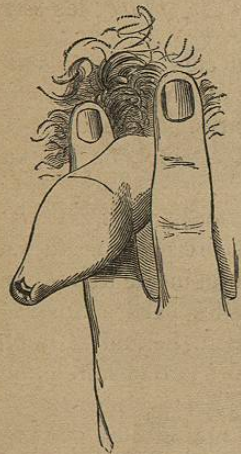


FIG. 51. — Opération du phimosi (1^{er} temps).

Il est *congénital* ou *accidentel*.

Le phimosi accidentel est causé par une inflammation ou par des chancres.

Rien de plus variable que les différentes espèces de phimosi. L'ouverture est quelquefois très-petite. Parfois le prépuce forme un conduit cutané au-devant du gland. Dans quelques cas, le prépuce est accolé au gland par du tissu cicatriciel.

Les *inconvenients* du phimosi sont nombreux. Le coït est toujours douloureux; il s'accompagne de déchirures, qui sont autant de portes ouvertes au virus syphilitique; une matière caséuse abondante, source de malpropreté, de mauvaise odeur et de douleur, s'accumule entre le gland

et le prépuce, et finit par enflammer ces parties. Quelquefois, l'orifice est si petit, que l'urine s'arrête entre le méat urinaire et le prépuce, qui reçoit l'urine dans une sorte de poche.

Le contact de l'urine avec la peau de ces régions finit par irriter les parties à un degré souvent considérable. Dans quelques cas, l'urine dépose un sédiment calculeux dans la poche que forme le prépuce en avant du gland. Ces calculs du prépuce sont très-variables quant à leur nombre et à leur volume. Quelquefois il n'en existe qu'un seul; le plus souvent, ils sont multiples; dans ce cas, ils sont polyédriques et présentent plusieurs facettes par lesquelles ils se correspondent exactement. Leur composition chimique est la même que celle des calculs de la vessie.

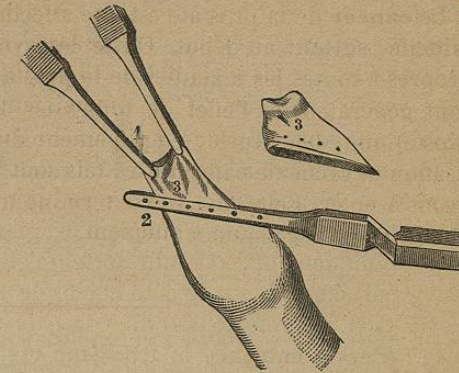


FIG. 52. — Opération du phimosi (2^e temps).

1. Pinces à disséquer attirant le prépuce. — 2. Pinces à pression. — 3. Partie exubérante du prépuce. — 3'. Cette même partie après la section.

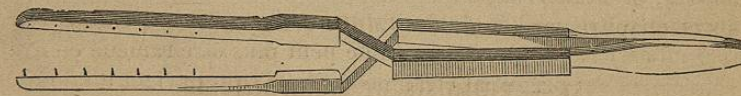


FIG. 53. — Pince à pression armée de dents pour l'opération du phimosi.

On traite le phimosi par l'*incision*, l'*excision*, la *suture*, les *serres-fines*, la *dilatation*.

Dans l'*incision*, on fend le prépuce en haut, en bas ou sur l'un des côtés. Pour cela, on met une petite boule de cire sur la pointe d'un bistouri, et l'on conduit cet instrument au fond du sillon formé par le gland et le prépuce: on perfore la peau et l'on incise.

M. Ricord fait l'*excision* avec une pince particulière qui prend toute la partie antérieure du prépuce. On coupe le tout en rasant la pince, puis on réunit.

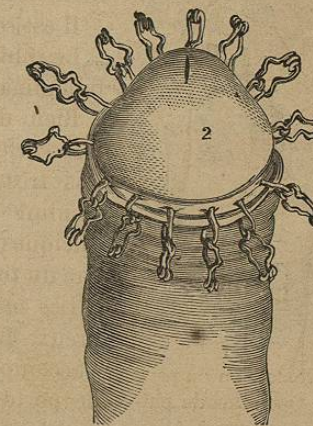


FIG. 54. — Opération du phimosi (3^e temps).