

par couche jusqu'au péritoine. Arrivé là, il fait une nouvelle ponction avec un petit trocart, afin de reconnaître l'épaisseur des parties à traverser et le degré de solidité des adhérences. Puis, il enfonce au centre de l'eschare un trocart de la grosseur du pouce, vide le kyste à moitié et laisse la canule à demeure jusqu'au lendemain ou au surlendemain; à ce moment, il la remplace par une canule souple en gomme élastique du volume du trocart. Au besoin, si les grosses poches hydatiques ne sortent pas facilement, il dilate l'ouverture avec de l'éponge préparée et passe une canule encore plus grosse. Il injecte dans le kyste des liquides astringents.

Le lavage du kyste avec des liquides stimulants est en effet une précaution dont on ne doit pas se dispenser.

CHAPITRE XI

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE DANS LES DEUX SEXES.

ARTICLE I

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE DE L'HOMME.

§ 1. **Testicule et ses enveloppes.** — Appendu au cordon spermatique qui est constitué par le canal déférent, les artères spermatique, funiculaire et déférentielle, les veines spermatiques, quelques vaisseaux lymphatiques et quelques nerfs, unis par du tissu cellulaire, le testicule est enveloppé par une série de tuniques qui sont, en procédant des parties superficielles vers les parties profondes, le scrotum, le dartos, le crémaster, la tunique fibreuse commune, la tunique vaginale et enfin la tunique albuginée qui fait partie intégrante du testicule.

HYDROCÈLE OU HYDROPIE DE LA TUNIQUE VAGINALE. — Avant d'opérer une hydrocèle, le chirurgien doit s'enquérir, à l'aide de la palpation et de l'examen à la lumière transmise, du lieu précis occupé par le testicule.

La ponction de la tumeur avec un trocart ou une lancette et l'évacuation du liquide ne constituent qu'un moyen palliatif. Le procédé employé par Scoutetten et qui consista à faire traverser l'épanchement par un courant électrique à l'aide de deux fines aiguilles enfoncées dans la cavité vaginale et en rapport avec les deux pôles d'une pile, est un moyen assez compliqué et peu efficace.

Comme moyens plus actifs, je signalerai l'incision, la cautérisation, les tentes de charpie, les canules laissées à demeure, le séton, le drainage, les ponctions répétées, la ponction suivie de l'injection d'un liquide irritant, la ponction suivie de la cautérisa-

tion de la tunique vaginale au nitrate d'argent, l'injection d'alcool sans évacuation préalable du liquide.

Incision. — L'incision doit être largement faite et suivie d'un pansement à plat et même de l'introduction de charpie dans la tunique vaginale dont on doit provoquer la suppuration.

Excision. — Dans la méthode de l'excision, on retranche tout le feuillet pariétal de la tunique vaginale. On peut commencer par disséquer cette membrane sans l'inciser et ne l'ouvrir que lorsqu'on l'a isolée des tissus ambiants, ainsi que le faisaient Boyer et Dupuytren. Douglas et Malgaigne commençaient par l'inciser et la disséquaient ensuite; le premier retranchait un lambeau de peau en forme d'ellipse.

Walsch excisait seulement une petite portion de la tunique vaginale et réunissait ensuite par la suture les bords de la plaie.

La cautérisation consiste à faire sur la tumeur une application de caustique et à la renouveler au besoin jusqu'à ce qu'on ait pénétré dans la cavité.

On a eu recours à des tentes de charpie, à des canules laissées à demeure dans la cavité vaginale, à des sétons, à des tubes à drainage passés à travers, ces derniers permettant de faire des injections.

Ponction. — La ponction simple n'a généralement aucune efficacité. Dieulafoy cite cependant des succès obtenus à l'aide de ponctions répétées faites avec son aspirateur.

Ponction et injection (fig. 334). — Le chirurgien, après s'être assuré une dernière fois de la position du testicule, embrasse avec la main gauche la racine du scrotum du côté malade, de façon à tendre les enveloppes de la tumeur; de la main droite il y enfonce un trocart de moyen calibre, à épaulement peu saillant, dont il a eu soin de ne laisser saillir entre le pouce et l'index que la portion qu'il veut plonger dans la tumeur et dont la longueur varie avec la quantité du liquide contenu. Il dirige le trocart perpendiculairement à la surface de la partie dans laquelle il va pénétrer.

En général, en raison de la position occupée par le testicule, on ponctionne à la partie antérieure de la tumeur, vers le milieu de sa hauteur et un peu en dehors; mais si le testicule, au lieu de se trouver à la partie postérieure et un peu inférieure

de la tumeur, se trouve sur un autre point, le lieu choisi par la ponction devra être changé de façon à éviter de blesser la glande séminifère avec l'extrémité du trocart.

Lorsque cet instrument a pénétré à la profondeur à laquelle on désire l'enfoncer, on lui imprime de petits mouvements en tout

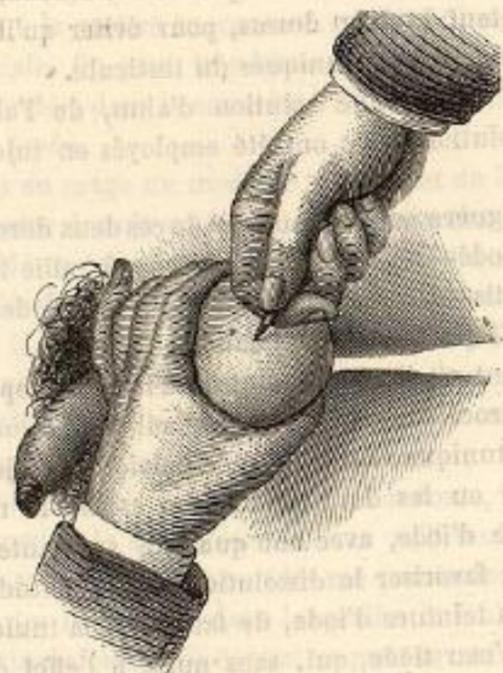


Fig. 334. — Hydrocèle. Ponction.

sens pour s'assurer qu'il est bien dans la cavité vaginale. On retire alors le poinçon, on maintient la canule et on laisse s'écouler le liquide, que l'on reçoit dans un bassin placé entre les jambes du malade.

Le liquide évacué, le chirurgien imprime encore des mouvements à la canule pour s'assurer qu'elle n'a pas quitté la cavité vaginale, puis, à l'aide d'une seringue à anneaux, pousse l'injection qu'il a choisie dans la cavité vaginale, en ayant soin de ne pas la distendre outre mesure. Avant de pousser l'injection, on doit s'assurer que la seringue ne contient pas d'air.

On laisse séjourner le liquide dans le sac séreux pendant un laps de temps qui varie de deux à cinq minutes, en bouchant l'ouverture

de la canule avec le doigt, à moins que l'on n'ait une canule à robinet, ce qui est plus commode.

Pendant ce temps on malaxe légèrement la tumeur, afin de bien mettre toutes les parties de la poche en contact avec le liquide.

Quand on juge que ce dernier a suffisamment séjourné, on le laisse écouler, et lorsqu'il est complètement évacué, on retire la canule en mettant le doigt dessus, pour éviter qu'il ne s'infilte quelques gouttes dans les tuniques du testicule.

Des liquides divers, une solution d'alun, de l'alcool, du vin chaud, une solution iodée ont été employés en injection contre l'hydrocèle.

On ne se sert guère aujourd'hui que de ces deux derniers liquides, et l'injection iodée est, en somme, celle qui rallie le plus grand nombre de partisans, sans qu'elle offre en réalité de bien grands avantages sur l'injection de vin chaud.

On a cependant attribué à la teinture d'iode la propriété spéciale de guérir l'hydrocèle sans entraîner d'adhérence entre les deux feuillets de la tunique vaginale. On emploie une injection contenant la moitié ou les deux tiers d'eau contre la moitié ou un tiers de teinture d'iode, avec une quantité suffisante d'iodure de potassium pour favoriser la dissolution. J'ai l'habitude, quand j'ai laissé écouler la teinture d'iode, de faire dans la tunique vaginale une injection d'eau tiède, qui, sans nuire à l'effet de l'injection médicamenteuse, a l'avantage de diminuer les douleurs assez vives qui suivent son emploi.

En faisant l'opération que je viens de décrire, il y a deux dangers à éviter : la piqûre du testicule et l'infiltration du liquide dans les bourses.

On comprend tous les inconvénients que peuvent avoir de pareils accidents. En dehors de l'orchite que peut produire la piqûre du testicule, elle peut donner lieu à une hématocele, et quant à l'infiltration du liquide injecté dans les bourses, la gangrène de ces enveloppes peut en être la conséquence. En suivant rigoureusement les précautions que j'ai indiquées, on évitera ces dangers.

On a cherché à abrégé la durée de la cure en diminuant la quantité de l'épanchement qui se produit après l'injection, et, pour

cela, on a eu recours à la compression de la bourse du côté malade, exécutée à l'aide de bandelettes de diachylon.

Defer a préconisé un moyen destiné à remplacer l'injection et qui consiste, le liquide de l'hydropisie une fois évacué, à introduire par la canule, jusque dans la cavité vaginale, un mandrin muni d'une cuvette chargée de nitrate d'argent. On promène cette cuvette de façon à la mettre en contact avec les divers points de la tunique vaginale. On peut très-bien remplacer le mandrin par une sonde cannelée, dans la cannelure de laquelle on coule du nitrate d'argent fondu.

Monod a mis en usage un mode de traitement de l'hydrocèle qui consiste à injecter dans la cavité vaginale, sans évacuer préalablement le liquide qu'elle contient, et à l'aide d'une seringue de Pravaz, une dizaine de gouttes d'alcool rectifié. Au bout de quelque temps, si la première injection n'a pas suffi, on en fait une seconde, puis une troisième, etc. Ce mode de traitement ne force pas le malade à interrompre ses occupations et ne le condamne pas à garder le lit pendant une quinzaine de jours.

L'incision et l'excision sont efficaces sans doute, mais elles conduisent forcément à la suppuration, chose qu'il faut éviter, lorsque faire se peut. Aussi ces deux procédés me paraissent-ils devoir être réservés pour les hydrocèles dans lesquelles le feuillet pariétal de la tunique vaginale fortement épaissi ne peut revenir sur lui-même, ou bien pour les cas qui sont restés rebelles à l'emploi des procédés moins dangereux.

L'excision partielle avec suture est un moyen sans valeur.

Je reprocherai aux canules, aux tentes, aux sétons, ou bien de ne pas guérir, faute de déterminer le degré d'inflammation nécessaire pour l'oblitération de la poche, ou bien de produire une inflammation trop intense qui arrive à la suppuration.

Le drainage me paraît mériter quelque peu les mêmes reproches, quoiqu'il offre, il est vrai, l'avantage de permettre de pousser des injections dans la cavité vaginale.

Les ponctions répétées avec un aspirateur ne doivent inspirer qu'une très-médiocre confiance.

Le procédé de Monod doit être laissé de côté, comme ne mettant à l'abri ni des récidives, ni d'une inflammation excessive.

La ponction suivie de l'injection est, sans contredit, le procédé le meilleur ; bien qu'elle ne conduise pas d'une façon certaine à la guérison, elle la produit dans la grande majorité des cas, et très-rarement, lorsque l'opération est bien faite, elle est suivie d'accident.

On doit préférer l'injection iodée.

La cautérisation de la face interne de la tunique vaginale au nitrate d'argent est un peu plus commode, sans doute, que l'injection, mais elle a l'inconvénient, quand elle est faite par une main peu exercée, d'exposer à la suppuration.

Hydrocèle congénitale. — On désigne sous ce nom, non pas toutes les hydrocèles existant au moment de la naissance, mais cette espèce particulière d'hydrocèle dans laquelle on peut faire refluer le liquide de la tunique vaginale dans la cavité péritonéale, grâce à la non-oblitération du canal qui fait communiquer ces deux séreuses pendant la vie intra-utérine, canal de Brugnone ou de Scarpa.

Ces hydrophisies ayant une certaine tendance à la guérison spontanée, on ne devra pas se hâter de les traiter, ou bien il faudra commencer par les moyens les plus bénins, tels que des applications de compresses imbibées d'un liquide résolutif, d'une solution de carbonate d'ammoniaque dans du gros vin rouge, etc.

La ponction faite avec un trocart, une lancette ou une épingle, est, en général, inoffensive, mais aussi peu efficace lorsque la maladie n'a pas de tendance à la cure spontanée.

Viguerie réduisait avec soin le liquide dans la cavité abdominale, puis faisait la compression sur le trajet inguinal à l'aide d'un bandage herniaire. On pourrait ajouter à cela un suspensoir ou la compression faite sur la bourse à l'aide de bandelettes de diachylon.

Desault le premier poussa une injection de vin chaud dans la tunique vaginale, pendant qu'un aide, à l'aide d'une pelote, comprimait le trajet inguinal, afin d'empêcher le liquide de pénétrer jusque dans la cavité péritonéale ; depuis, cette opération a été nombre de fois répétée, et au vin chaud on a substitué l'alcool et la teinture d'iode.

L'injection d'un liquide irritant dans la cavité d'une hydrocèle

congéniale communiquant avec la cavité du péritoine, faite sans autre précaution que de comprimer momentanément le trajet inguinal, me paraît ne pas devoir être pratiquée, bien qu'elle ait été nombre de fois employée sans inconvénient. On ne doit, je crois, en venir là que lorsque par une compression bien faite à l'aide d'un brayer on a déterminé l'oblitération du canal de Scarpa et qu'on a ainsi fait rentrer l'hydrocèle congéniale dans les conditions de l'hydrocèle ordinaire.

Hydrocèle enkystée du cordon. — L'incision, le séton, le drainage, l'application d'un point de suture enchevillée, ont été mis en usage contre l'hydrocèle enkystée du cordon ; mais le procédé d'élection est encore ici la ponction suivie d'une injection irritante.

L'hydrocèle du testicule, les kystes de l'épididyme seront traités d'une façon identique.

HÉMATOCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE. — L'hématocèle de la tunique vaginale ou épanchement de sang dans la cavité vaginale est accompagnée dans la grande majorité des cas de la production de fausses membranes appliquées sur le feuillet pariétal de cette séreuse. Aussi le traitement doit-il avoir pour but, non-seulement d'évacuer l'épanchement, mais encore d'agir sur ces pseudo-membranes.

On a proposé tour à tour la ponction suivie d'injection, l'incision simple, les incisions multiples, l'excision, le séton, le drainage, la décortication et enfin la castration.

La ponction suivie d'injection iodée ne peut être mise en usage que si les fausses membranes n'ont qu'une très-faible épaisseur.

J'en dirai autant des incisions, soit simples, soit multiples.

L'excision est une opération dangereuse. On la pratiquerait, au besoin, en incisant le scrotum du haut en bas, isolant la tunique vaginale en écartant les lèvres de la plaie et favorisant la séparation à l'aide de quelques coups de bistouri ou avec le manche de l'instrument. La séparation opérée, on fendrait la tunique vaginale et on l'exciserait dans le voisinage de sa réflexion sur le testicule.

Le séton n'a que des inconvénients.

Le drainage, qui permet de laver fréquemment la cavité vaginale avec des liquides stimulants, désinfectants, me paraît offrir de sérieux avantages. Sous l'influence du travail inflammatoire déve-

loppé par la présence du drain, les fausses membranes se réduisent peu à peu et finissent par disparaître à peu près complètement. Pour introduire le drain, on peut se servir du trocart de Chassaignac, ou le passer tout simplement à l'aide d'un stylet aiguillé après avoir fait avec un bistouri deux ouvertures sur la tumeur.

Décortication. — La décortication consiste dans l'ablation des couches stratifiées qui tapissent la face interne du feuillet pariétal de la tunique vaginale. Voici comment on la pratique : on divise de haut en bas les enveloppes du testicule, couche par couche, sur face antérieure et suivant une ligne verticale ; lorsqu'on a pénétré dans la cavité qui contient le sang, on achève d'ouvrir cette cavité à l'aide du bistouri boutonné. Avec une pince, on saisit les fausses membranes sur une des lèvres de la plaie et, s'aidant au besoin du doigt ou de la spatule, voire même des ciseaux et du bistouri, on détache peu à peu les fausses membranes, en les morcelant s'il le faut. Il est bon que la bourse soit maintenue par la main gauche du chirurgien, si elle est libre, ou par la main d'un aide, quand celles du chirurgien sont toutes deux employées au détachement des fausses membranes.

Si la tumeur est très-volumineuse, on peut, à l'aide de deux incisions formant une ellipse, circoncrire une portion de la bourse et exciser à ce niveau le scrotum et tous les tissus qui le doublent.

La décortication est une opération assez longue, quelquefois difficile, et qui n'est pas sans gravité.

Quant à la castration, elle doit être réservée pour les tumeurs d'un grand volume existant chez des sujets avancés en âge.

En somme, pour une hématocele dans laquelle les fausses membranes ont une certaine épaisseur, le choix n'est possible qu'entre la décortication et le drainage, et, pour ma part, je penche vers ce dernier moyen.

Le fongus bénin du testicule, le testicule tuberculeux ne me paraissent pas mériter ici un paragraphe spécial. Qu'on cautérise, qu'on excise le fongus, qu'on réunisse au-dessus de lui les côtés préalablement avivés de l'ouverture qui lui a livré passage, je ne crois pas qu'il y ait là d'opération exigeant une description spéciale.

De même pour le testicule tuberculeux, la cautérisation des trajets fistuleux avec des flèches de Canquoin ou avec un cautère actuel pointu, l'excision des tissus malades n'ont pas besoin d'être décrites, et quant à la castration, je vais en exposer le manuel opératoire.

CASTRATION (fig. 352). — La castration consiste dans l'ablation d'un ou des deux testicules.

Elle peut être faite à l'aide de l'instrument tranchant, de l'écraseur linéaire du constrictor ou bien par la galvano-caustie.

Voyons d'abord le manuel opératoire de l'amputation du testicule pratiquée avec l'instrument tranchant.

Le chirurgien tendant les tissus avec le pouce et l'index de sa main gauche fait avec un bistouri une incision longitudinale sur la partie antérieure de la tumeur. Cette incision doit remonter à la partie supérieure de l'anneau inguinal externe et descendre jusqu'à la partie la plus déclive de la tumeur. Les petits vaisseaux des bourses sont liés ou tordus à mesure qu'on les divise. Si du premier coup on n'est pas arrivé jusqu'au testicule, on achève dans un second ou dans un troisième temps de diviser les enveloppes de la glande séminale.

Telle est la manière la plus simple de découvrir la tumeur, mais je dois dire un mot des autres procédés employés par quelques chirurgiens.

C'est ainsi que certains font un pli transversal à la peau, comme on le fait dans la hernie étranglée pour n'être pas exposé à blesser les parties sous-jacentes. C'est là une pratique qui n'a pas ici de raison d'être. Aumont et Roux ont placé l'incision à la partie postérieure pour que les liquides puissent s'écouler plus facilement. Lafaye excisait un lambeau des téguments qu'il interceptait à l'aide de deux incisions se regardant par leur concavité. Dans les cas où il faut sacrifier une portion de peau malade, on peut imiter avec avantage la conduite de Lafaye. Enfin Jobert découvrait le testicule par une incision demi-circulaire à convexité inféro-externe, ce qu'il appelait le procédé en coquille.

Dans les cas où il n'y a pas d'indication spéciale à remplir, le procédé ordinaire sera mis en pratique.

La dissection de la tumeur est, en général, des plus faciles. On peut la rendre plus facile encore en attirant ou faisant attirer

en arrière les lèvres de la plaie du scrotum. Il faut, dans ce temps de l'opération, se garder d'intéresser la verge et de trop dépouiller le scrotum des membranes qui le doublent.

Dans les cas où des adhérences des enveloppes des testicules avec cette glande rendraient son isolement un peu plus difficile, on se servira de préférence de la spatule.

Quant à la section du cordon qu'on pratique immédiatement au-dessus du testicule lorsque la lésion qui motive l'opération paraît limitée à la glande séminifère, et sur un point plus élevé quand une partie du cordon participe à l'altération, on peut la faire de deux manières : ou bien on applique une ligature en masse sur le cordon et on le divise au-dessous de la ligature avec des ciseaux ou le bistouri, ou bien le cordon étant solidement fixé par un aide, on sectionne successivement les différentes parties qui le constituent, et on lie les artères à mesure qu'on les coupe. Cette seconde méthode est bien préférable à la première dans laquelle on embrasse des filets nerveux dans la ligature, laquelle est en outre très-longue à se détacher.

La castration par l'écrasement linéaire peut se faire de plusieurs façons dont voici les plus importantes : si la tumeur est peu volumineuse, on l'attire en dehors de façon à lui former une sorte de pédicule que l'on divise avec un seul écraseur. Lorsqu'elle est plus volumineuse, avec une chaîne d'écraseur passé transversalement en dedans du cordon, on divise en travers le cordon et les bourses au niveau de leur racine, et on achève de détacher la tumeur avec un autre écraseur dont la chaîne est placée verticalement. On voit que Chassaignac, qui a indiqué ces différents procédés, divise les téguments avec l'écraseur linéaire.

Maisonneuve, qui se sert du constricteur, découvre dans certains cas le testicule avec le bistouri et applique la corde du constricteur sur le cordon spermatique mis à nu (fig. 332).

Alp. Amussat a pratiqué la castration par la galvano-caustie. Voici son procédé : il passe verticalement à travers la cavité vaginale un trocart dont il fait ressortir l'extrémité ; le poinçon enlevé, il introduit à sa place l'anse coupante, retire la canule et divise alors les bourses de haut en bas ; il énuclée le testicule à travers cette ouverture et sectionne le cordon avec l'anse coupante.

La méthode d'élection pour la castration est l'ablation au bistouri ; l'écraseur linéaire, la ligature extemporanée exposent à l'hémorrhagie.

On pourrait, je le crois, faire le même reproche à la galvano-caustie. En tout cas, le procédé d'Amussat ne pourrait être mis en

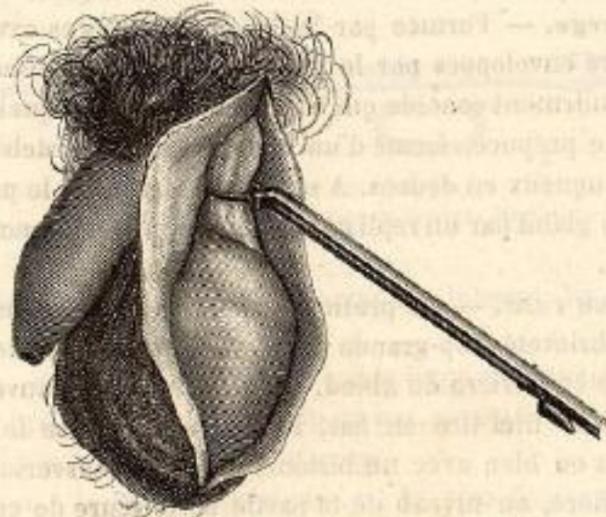


Fig. 332. — Castration. Ligature extemporanée.

pratique tel quel, lorsque les enveloppes du testicule sont adhérentes à la glande.

Après l'ablation au bistouri, certains chirurgiens tentent la réunion immédiate de la plaie, mais c'est là une méthode qui doit rarement réussir et qui expose à quelques dangers. Aussi doit-elle être laissée de côté, d'autant plus qu'en supposant que l'on obtienne la réunion au niveau des lèvres de la plaie, on ne peut guère l'espérer sur toute la surface laissée à nu par l'ablation du testicule.

Dans le cas où le cordon participerait à la maladie, on comprendrait la portion malade dans l'excision, en prolongeant l'incision et remontant au besoin dans le canal inguinal.

Il arrive quelquefois après la castration, surtout quand on a usé d'une des méthodes dans lesquelles on ne lie pas les artères, qu'il se déclare une hémorrhagie consécutive. Si l'hémorrhagie est inquiétante, l'indication est de défaire le pansement et d'aller à la

recherche de l'artère qui donne, en débridant, s'il est nécessaire, la paroi antérieure du canal inguinal dans lequel le cordon remonte après l'opération.

L'application d'un bandage herniaire inguinal dont la pelote appuie sur le cordon peut être mise en pratique avec avantage dans les cas où l'on craint une de ces hémorrhagies.

§ 2. **Verge.** — Formée par la réunion des corps caverneux et de l'urètre enveloppés par la peau, la verge se termine en avant par un renflement conoïde qui constitue le gland, lequel est recouvert par le prépuce, formé d'un feuillet cutané en dehors et d'un feuillet muqueux en dedans. A sa partie inférieure, le prépuce est attaché au gland par un repli muqueux désigné sous le nom de frein ou de filet.

SECTION DU FILET. — On pratique cette petite opération dans les cas où la brièveté trop grande du filet ne permet pas de ramener le prépuce en arrière du gland. Le gland étant découvert le plus possible et le filet tiré en bas, le chirurgien divise le filet avec des ciseaux ou bien avec un bistouri enfoncé transversalement, le dos en arrière, au niveau de la partie postérieure de ce repli. Le plus souvent, pour obvier à la production d'adhérences qui reproduiraient la petite difformité à laquelle on a cherché à remédier, il suffit d'interposer quelques brins de charpie ou un petit linge cératé entre le prépuce et le gland, au niveau de la section. On pourrait au besoin combattre cette tendance au recollement en rapprochant longitudinalement, par un point de suture entrecoupée ou une serre-fine, les bords de la plaie que l'on vient de produire et maintenant le prépuce retourné. Malgaigne a appliqué et fixé sur la surface saignante un lambeau de muqueuse préputiale.

IMPERFORATION DU PRÉPUCE. — On traite cette difformité qu'on observe quelquefois chez le nouveau-né en incisant transversalement le prépuce, ou mieux en le fendant longitudinalement ou l'excisant comme on le fait dans le phimosis.

PHIMOSIS (fig. 353, 354, 355). — La phimosis ou étroitesse du limbe préputial peut être traité par l'incision, l'excision du prépuce et la circoncision qui n'est en somme qu'une excision. Je ne mentionnerai que pour mémoire la dilatation opérée avec une pince à

deux ou à trois branches, procédé qui, essayé il y a quelques années, a été laissé de côté comme inefficace.

Il n'est, je crois, pas d'opération pour laquelle on ait inventé autant de procédés et d'instruments que pour le phimosis. Aussi

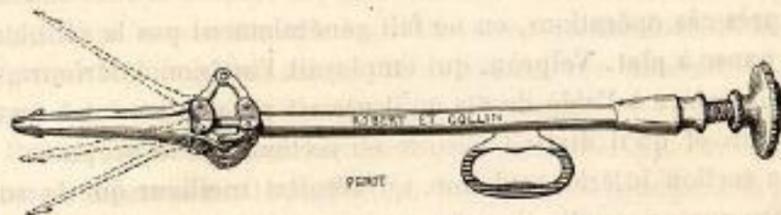


Fig. 353. — Pince dilatatrice de Georges Martin.

ne signalerai-je ici que les principaux, laissant les autres de côté.

Incision. — On fend le prépuce sur la ligne médiane, en haut, ce qui est le procédé le plus usité, ou en bas, comme l'a indiqué Celse et comme Cloquet l'a fait de nos jours.

L'incision à la partie supérieure est la plus fréquemment employée. On la pratique de la façon suivante : l'opérateur placé à droite du patient pince entre son index et son pouce gauches le côté droit de la partie antérieure du prépuce et l'attire en avant pendant qu'un aide en fait autant pour le côté gauche. Il glisse entre le prépuce et le gland, à la partie supérieure et sur la ligne médiane, une sonde cannelée qu'il enfonce jusqu'au cul-de-sac de la muqueuse. Sur cette sonde cannelée, il glisse un bistouri étroit qu'il fait filer jusqu'au cul-de-sac ; lorsqu'il y est arrivé, il retire la sonde et traverse le prépuce de dedans en dehors avec le bistouri dont le tranchant est dirigé en avant. Pour achever la section, il n'a plus qu'à attirer à lui le bistouri maintenu dans la même position, le manche en bas, et la pointe en haut.

Au lieu de recourir à une sonde cannelée pour protéger le gland, on peut se servir d'une petite boule de cire que l'on applique sur la pointe du bistouri et que l'on fait tomber lorsque cette pointe est arrivée sur le point où elle doit percer la peau. On a aussi eu recours à des bistouris cachés.

Après l'opération, il se trouve que la section de la peau dépasse

en arrière celle de la muqueuse. D'un coup de ciseaux, on prolonge cette dernière de façon qu'elle arrive au même point.

On divise aussi le flet, s'il y a lieu.

L'incision inférieure se pratique comme la supérieure ; on la fait sur le côté du frein.

Après ces opérations, on ne fait généralement pas la réunion et on panse à plat. Velpeau, qui employait l'incision inférieure, faisait la suture à l'aide de fils qu'il passait préalablement à travers le frein et qu'il divisait ensuite en sectionnant le prépuce.

La section inférieure donne un résultat meilleur que la supérieure après laquelle il se forme souvent un bourrelet difforme à la partie inférieure du prépuce.

Quant aux petites incisions multiples faites sur le limbe du prépuce, elles doivent être laissées de côté, comme ne donnant pas un résultat favorable.

Excision. — Après avoir fendu le prépuce sur la ligne médiane à la partie supérieure, avec des ciseaux ou un bistouri on excise séparément un lambeau triangulaire sur chaque moitié du prépuce.

Malgaigne excisait la partie supérieure du prépuce avec des ciseaux courbes sur le plat dont il passait une branche entre le prépuce et le gland. Deux coups de ciseaux suffisaient pour enlever un lambeau triangulaire. Il prolongeait ensuite l'incision de la muqueuse jusqu'à la couronne du gland et renversait la peau et la muqueuse du côté de la verge.

Circoncision (fig. 354, 355). — Je ne m'occuperai pas de la manière dont les ministres de la religion juive pratiquent la circoncision chez les nouveau-nés, mais avant de passer en revue quelques-uns des procédés très-nombreux mis en usage par les chirurgiens, je signalerai un des modes opératoires usités chez les Arabes. Le voici : l'opérateur saisit le prépuce entre le pouce et l'index et l'attire à lui de façon que la peau et la muqueuse soient également portées en avant. Un aide applique un lien circulaire fortement serré sur le prépuce immédiatement en avant du gland et un autre lien analogue un peu au-devant du premier. L'opérateur divise alors le prépuce entre les deux ligatures. Ce procédé me paraît exposer à laisser une portion de muqueuse exubérante. En effet, quand on a attiré le pré-

puce en avant, en raison de l'extensibilité de la peau, plus grande que celle de la muqueuse, il arrive, si on coupe ces deux membranes sur un même plan, qu'il reste une portion de muqueuse dépassant le niveau de la section cutanée. C'est ce qu'on a cherché à éviter dans la plupart des procédés chirurgicaux de circoncision. Il faut bien reconnaître du reste que cette exubérance de la muqueuse n'a qu'un bien mince inconvénient, car en deux ou trois coups de ciseaux on resèque la portion saillante.

De tous les procédés chirurgicaux, le plus simple (fig. 354) consiste à tracer à l'encre sur le prépuce un cercle correspondant à la partie sur laquelle on veut faire porter la section. Le plan de ce cercle doit être, non pas perpendiculaire à l'axe de la verge, mais oblique sur cet axe de haut en bas et d'arrière en avant, en raison de la disposition de la base ou couronne du gland qui est oblique dans le

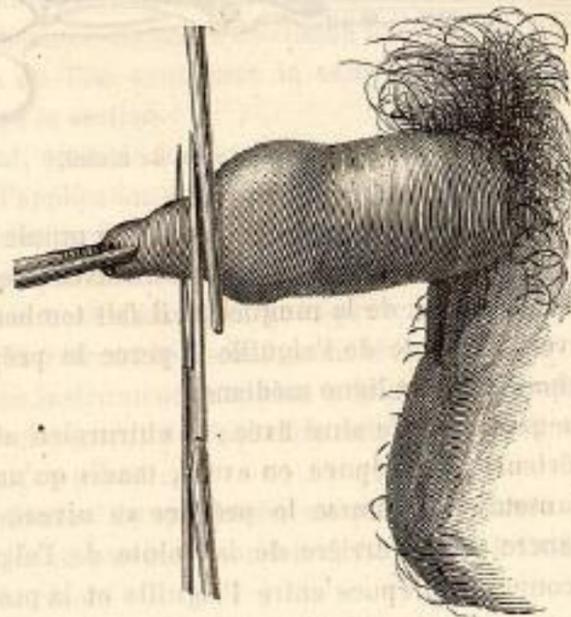


Fig. 354. — Circoncision.

même sens, lequel doit être celui de la section dans la circoncision. La partie du prépuce ainsi délimitée est amenée en avant du gland à l'aide d'une pince appliquée sur sa partie antérieure et que le chirurgien tient dans sa main gauche, tandis qu'un aide place de

haut en bas sur le prépuce, suivant la direction de la ligne tracée à l'encre et immédiatement en arrière de cette ligne, une pince à dissection ou à pression ou mieux encore une pince à pansement à mors plats (ancien système). Le chirurgien n'a qu'à retrancher avec des ciseaux ou un bistouri toute la portion du prépuce qui se trouve en avant des pinces tenues par l'aide. Ce procédé bien simple et qui n'exige pas d'instrument spécial ne met pas, il est vrai, à l'abri de l'exubérance de la muqueuse, mais il n'est ni bien long, ni bien difficile, je l'ai déjà dit, d'exciser la portion qui débordé.

Ricord qui emploie un procédé analogue à celui que je viens de décrire, fixe la muqueuse à l'aide d'une longue aiguille (fig. 335

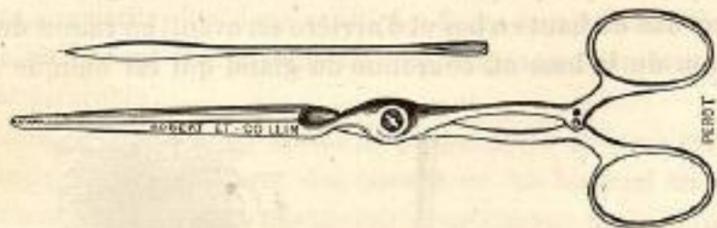


Fig. 335. — Aiguille et pince de Ricord.

qu'il introduit par l'orifice préputial, la pointe munie d'une petite boule de cire; lorsque l'aiguille est arrivée au niveau de la partie supérieure du cul-de-sac de la muqueuse, il fait tomber la boule de cire, et avec la pointe de l'aiguille il perce le prépuce de dedans en dehors et sur la ligne médiane.

La muqueuse se trouve ainsi fixée; le chirurgien attire alors la partie antérieure du prépuce en avant, tandis qu'une espèce de pince à pansement embrasse le prépuce au niveau de la ligne tracée à l'encre et en arrière de la pointe de l'aiguille. Il n'a plus qu'à couper le prépuce entre l'aiguille et la pince; peau et muqueuse se trouvent sectionnées au même niveau.

Pour arriver à ce dernier résultat, Dolbeau fixe la muqueuse à droite et à gauche à l'aide de deux petites pinces à dents de souris dont une des branches est introduite par l'orifice préputial, et qui saisissent la muqueuse et la peau.

Vidal (de Cassis) faisait maintenir la verge par un aide qui tirait la peau du côté du pubis; le prépuce était attiré en avant avec

deux pinces à disséquer. La partie à exciser était limitée en arrière par une pince à pression continue à mors munis de pointes destinées à percer les tissus et à fixer la muqueuse.

Panas commence par fixer la muqueuse à l'aide d'une pince à pression continue dont une des branches est introduite entre le prépuce et le gland à la partie supérieure, tandis que l'autre, placée en dehors, est munie d'une pointe qui traverse la peau et la muqueuse à un centimètre en avant du cul-de-sac du prépuce et les fixe à ce niveau; cette pince est tenue en avant par un aide, et le chirurgien, au niveau du point où il veut faire la section, applique sur le prépuce une autre pince à branches fenêtrées, qui repousse le gland en arrière. Dans les fenêtres des branches on fait glisser le bistouri.

Je terminerai en citant la pince de Duplay qui n'est autre que celle de Vidal (de Cassis) sur les mors de laquelle on a pratiqué de distance en distance des trous destinés à livrer passage aux aiguilles dans les cas où l'on veut faire la suture; on place ainsi les fils avant de faire la section.

En général, après la circoncision, on réunit la peau et la muqueuse par l'application de serres-fines qu'on laisse en place douze ou vingt-quatre heures. On ne peut les laisser plus longtemps sous peine de s'exposer à les voir mortifier les parties qu'elles étreignent.

Chassaignac et Maisonneuve pratiquent la circoncision, le premier avec l'écraseur, le second avec le constricteur n° 2; mais l'usage de ces instruments s'oppose à la réunion immédiate et favorise le développement du tissu cicatriciel, ce qui est un inconvénient sérieux en pareil cas.

Pour l'opération du phimosis, on peut recourir à l'anesthésie partielle obtenue par la vaporisation de l'éther à l'aide de l'appareil de Richardson.

ADHÉRENCES DU PRÉPUCE ET DU GLAND. — *Procédé de J. L. Petit.* — Il consiste à fendre le prépuce à la partie supérieure et à séparer ensuite du gland les deux côtés de ce repli, en déchirant les adhérences quand on peut et en les coupant au besoin. Cette opération ne convient pas aux cas où il y a des adhérences générales.

Elle expose, si les adhérences sont étendues, à des longueurs, à des pertes de sang qui ne sont pas sans inconvénient chez les jeunes