

de la céphalalgie et tombe dans un état de somnolence ou de sommeil profond, ou bien il est affecté de délire. Ces phénomènes sont souvent considérés comme urémiques, mais à tort, sans doute, puisque, dans la plupart des cas, l'urine est sécrétée en abondance, et qu'elle peut même être de composition normale. A notre avis, il s'agit là, plutôt d'une fièvre septique, dans laquelle la résorption ammoniacale (TREITZ, JAKSCH, ROSENSTEIN) joue peut-être un certain rôle.

Le **diagnostic** peut être posé avec certitude lorsqu'on a réussi à constater la présence dans l'urine des cellules épithéliales caractéristiques du bassinnet; un symptôme également très précieux, c'est la douleur dans la région rénale avec irradiations le long des uretères jusqu'à la vessie. Dans la pyélite due à la décomposition ammoniacale de l'urine, on prendra surtout en considération pour le diagnostic la fièvre et les symptômes nerveux; car l'urine, dans ces cas, n'offre rien de caractéristique¹.

Le **pronostic** dépend entièrement des causes de la maladie et de la possibilité de les faire disparaître. Les formes idiopathiques guérissent ordinairement au bout de peu de temps.

Le **traitement** consistera à éliminer les causes morbides, dont les unes ont été étudiées précédemment, tandis que nous apprendrons à connaître les autres à propos des maladies de la prostate. Dans la forme catarrhale, lorsqu'elle persiste depuis longtemps, on fait prendre au malade, outre les différents acides, des substances que l'on considère comme capables de provoquer une contraction des vaisseaux de la muqueuse, par exemple l'acide tannique, l'alun, l'acétate de plomb. On aura soin, en outre, de régulariser les selles; on prescrira les bains chauds, et l'on défendra au malade l'usage d'aliments ou de boissons qui peuvent irriter les voies urinaires. Dans les cas où le bassinnet est fortement dilaté, et forme une tumeur fluctuante accessible à la palpation, nous conseillons de pratiquer l'incision et le drainage, avec les précautions déjà indiquées plusieurs fois précédemment.

II. MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

1. Maladies du pénis.

§ 257. — Les vices de conformation congénitaux du pénis ont été

1. Très important est le diagnostic des pyélites tuberculeuses (voir § 52, page 250). L'existence d'affections tuberculeuses concomitantes d'autres organes, ainsi que le développement lent et graduel de la maladie, sont des données précieuses sous ce rapport. Mais la constatation des bacilles caractéristiques et la possibilité d'inoculer la tuberculose à des animaux avec l'urine du malade, lèveront tous les doutes au sujet du diagnostic. KOENIG.

déjà étudiés, pour la plupart, à propos des maladies de l'urètre. Il ne nous reste plus qu'à décrire ici certaines anomalies du prépuce, en partie congénitales et en partie acquises; tels sont le **phimosis** et le **paraphimosis**, les **adhérences du prépuce avec le gland**, l'**absence ou les anomalies par défaut du prépuce**, et la **brièveté anormale du frein**.

a. Le **phimosis** consiste dans une étroitesse anormale du prépuce, laquelle ne permet pas de découvrir le gland. Le rétrécissement de l'orifice préputial peut être assez prononcé pour gêner notablement l'écoulement de l'urine; cet orifice peut même faire absolument défaut chez le nouveau-né (**imperforation ou atrésie du prépuce**). Quant au prépuce lui-même, tantôt il est peu développé, très mince (**phimosis atrophique**), tantôt, au contraire, il paraît être épaissi et trop long, et il pend en avant du gland, sous la forme d'un entonnoir allongé (**phimosis hypertrophique**). Le siège de la coarctation se trouve presque toujours au point d'union de la muqueuse avec le feuillet cutané du prépuce; plus rarement, elle intéresse tout le feuillet muqueux.

Quant à l'**étiologie**, on sait que le phimosis est presque toujours **congénital**, mais qu'il peut aussi se développer plus tard (**phimosis acquis**), comme conséquence de rétractions cicatricielles survenues à la suite de plaies, d'ulcérations ou d'inflammations. Ces dernières causes peuvent également déterminer l'hypertrophie et l'épaississement du prépuce. Souvent la blennorrhagie, les ulcérations et les inflammations les plus diverses, transforment en un phimosis complet de légers degrés de rétrécissement préputial. Chez les vieillards, il n'est point rare d'observer un phimosis, qui, assez souvent, est lié à une rétraction considérable du tissu conjonctif compris entre les deux feuillets du prépuce, ainsi qu'à une adhérence partielle de la muqueuse avec la surface du gland.

Dans le phimosis congénital, on voit souvent se produire aussi, à la suite d'irritations répétées, des épaississements limités ordinairement à l'orifice préputial, mais pouvant s'étendre également au prépuce tout entier. Quelquefois, mais presque exclusivement dans la forme congénitale du phimosis, on observe une adhérence totale (symphyse) de la membrane muqueuse du prépuce avec la surface du gland. Dans le phimosis acquis, on observe plutôt une soudure partielle en forme de brides cicatricielles circonscrivant des flots de muqueuse non adhérente.

Les conséquences fâcheuses du phimosis dépendent entièrement du degré de la coarctation. L'atrésie complète expose le malade au danger de la rétention d'urine. Le phimosis est également une cause de souffrances, lorsque l'orifice préputial est très étroit, au point même de ne laisser passer qu'un crin, ainsi qu'on l'observe assez souvent. A chaque miction, le prépuce se dilate fortement en forme de poche, et l'urine ne s'écoule que très lentement. Il en résulte parfois une stagnation de

l'urine, la vessie se dilate, et cette dilatation peut se continuer le long des uretères jusque dans le bassin. En outre, le produit de sécrétion glandulaire de la muqueuse du gland et les cellules provenant de la desquamation épithéliale, s'accumulent parfois sous le prépuce et provoquent une irritation mécanique et chimique, pouvant aller jusqu'à produire des excoriations et des ulcérations. Cette rétention peut même être la cause de la formation de concrétions solides, de véritables calculs préputiaux. Les amas des produits de sécrétion provoquent, en outre, des sensations de picotement et de chatouillement, qui engagent les enfants à se frotter la verge et à exercer des tiraillements, qui peuvent leur donner des habitudes de masturbation. Lorsque le pénis est en érection, et surtout pendant le coït, le prépuce est tirailé et parfois déchiré. Le pus infectieux est facilement retenu entre le prépuce et le gland; le diagnostic et le traitement de toutes les affections du gland et du prépuce sont, par le fait difficiles, parfois même impossibles. Enfin, il se produit souvent un paraphimosis.

Les degrés modérés de phimosis congénital disparaissent quelquefois spontanément à mesure de l'accroissement du pénis, surtout à l'époque de la puberté. Mais, dans la plupart des cas, cette anomalie entraîne les conséquences fâcheuses que nous venons de signaler; aussi convient-il de la faire disparaître le plus tôt possible, d'autant plus que l'intervention chirurgicale ne présente, en général, aucune espèce de danger. — Le phimosis peut être traité de différentes manières, suivant le degré du rétrécissement et l'état du prépuce. Les procédés que l'on peut employer, sont la **dilatation**, l'**incision** et la **circconcision**.

1^o La **dilatation** lente est quelquefois tentée à l'aide de tiges de laminaria ou de fins cylindres d'éponge comprimée. C'est un procédé très long et ennuyeux, et le plus souvent sans efficacité. Par contre, la dilatation brusque, forcée, consistant à rompre l'anneau rétréci, est un moyen de traitement que nous conseillons fortement d'employer chez les nouveau-nés et les jeunes garçons; chez ces derniers, nous nous en sommes servi presque exclusivement, dans ces dernières années, et nous en avons obtenu d'excellents résultats. L'étroitesse de l'orifice préputial ne permet pas l'introduction d'instruments dilatateurs; il est préférable d'attirer violemment le prépuce sur le gland, agissant à la manière d'un coin. Ce procédé est habituellement couronné de succès, l'anneau étroit se rompt en plusieurs points superficiellement et peut facilement, et sans tension, être ramené en arrière du gland. Les érections et les tractions répétées du prépuce en arrière, pour les soins de propreté, se chargent de conserver à l'anneau préputial la largeur nécessaire. Les adhérences épithéliales, qui s'observent souvent entre la membrane interne du prépuce et la surface du gland, sont rompues par ce procédé, et on les empêche de se reproduire en insistant sur les soins de propreté.

2^o L'**incision** doit être, dans tous les cas, pratiquée chez les individus plus âgés, ainsi que dans les affections dont le traitement exige que le

gland reste constamment découvert; de même dans les inflammations et, d'une manière générale, dans tous les cas où la circoncision n'est pas indiquée par une hypertrophie considérable du prépuce, ou par quelque complication. Pour pratiquer l'incision, on tend le prépuce en attirant en arrière son feuillet externe, et l'on glisse la branche boutonnée de fins ciseaux sous le prépuce, jusqu'à la couronne du gland, ou bien on introduit préalablement une sonde cannelée destinée à servir de guide à l'instrument; puis, on divise le prépuce sur la ligne médiane, à moins que la présence d'un gros vaisseau à ce niveau n'oblige de faire l'incision un peu latéralement. Si l'on ne réussit pas à diviser ainsi suffisamment le prépuce d'un coup de ciseaux, on attire plus en arrière le feuillet externe mobile, et l'on pratique deux ou trois incisions sur le feuillet interne.

Dans le but d'obtenir une bonne et prompte réunion de la peau avec la muqueuse, au niveau de l'angle supérieur de la plaie, et de donner à l'orifice préputial une largeur suffisante, sans être obligé de pratiquer une très grande incision, ROSER a eu l'idée d'ajouter à la section rectiligne du feuillet interne du prépuce, deux petites incisions obliques, partant de l'extrémité de la première, de façon à donner au débridement la forme d'un **Y** (fig. 124). Le petit lambeau triangulaire circonscrit par les incisions obliques s'adapte parfaitement à l'angle supérieur de la plaie. La réunion des deux feuillets préputiaux est opérée par quelques sutures à points séparés, ou à l'aide de serrefines. L'hémorragie est peu considérable, la suture suffit pour mettre fin à l'écoulement du sang; quelquefois cependant des ligatures sont nécessaires. Pour le traitement consécutif, on applique autour du pénis une compresse phéniquée ou un petit linge recouvert d'onguent boriqué, après avoir attiré en avant le feuillet cutané du prépuce; la compresse est recouverte d'une toile imperméable et fixée par une bande étroite.



Fig. 124. — Direction des incisions dans l'opération du phimosis, d'après la méthode de ROSER.

Lorsque l'orifice préputial est très étroit, on introduit une fine sonde cannelée et l'on pratique l'incision à l'aide du bistouri. On peut aussi faire glisser un ténotome sur la sonde cannelée jusqu'à la couronne du gland, perforer le prépuce à ce niveau et pratiquer ensuite l'incision d'arrière en avant. D'autres chirurgiens se servent d'un petit bistouri étroit dont la pointe est recouverte d'une boulette de cire; ils l'introduisent à plat le long de la face dorsale du gland, puis, la lame de l'instrument étant tournée en haut, ils en enfoncent la pointe à travers le prépuce. L'excision de portions du prépuce, dans le phimosis hypertrophique, est pratiquée au moyen d'incisions obliques convergentes venant se rencontrer au niveau du frein. Mais la simple incision est presque toujours suffisante, car, même des lambeaux très volumineux qui, au début, subissent, en outre, un gonflement œdémateux considérable, se ratati-