

l'aide de bandelettes de sparadrap ou d'une bande élastique. On parvient ainsi à diminuer le gonflement et l'inflammation, et la réduction peut être alors essayée de nouveau. DUERRBECK, BALASSA, BOKAI, LEVEILLÉ, et d'autres, conseillent cette méthode de traitement, et, d'ordinaire, ils sont parvenus à réduire le paraphimosis au bout de 48 à 60 heures de compression. — Lorsque certains phénomènes font craindre l'apparition de la gangrène, et que la réduction ne peut être obtenue par de simples manipulations, il convient d'avoir recours immédiatement à la section sanglante de l'anneau constricteur, c'est-à-dire de pratiquer **l'opération du paraphimosis**.

Dans la forme habituelle du paraphimosis, après avoir déprimé par la pression des doigts les bourrelets œdématiés, on pratique de petites incisions sur l'anneau constricteur au niveau de la face dorsale du pénis, ou bien, si l'on n'est pas très exercé, on soulève un pli transversal de la peau du pénis en arrière de l'anneau, et l'on fait une petite incision longitudinale, puis on introduit par la plaie dans le tissu conjonctif sous-cutané une sonde cannelée, que l'on fait pénétrer jusqu'au-dessous de l'anneau, et l'on divise alors ce dernier à l'aide du bistouri ou des ciseaux; enfin, on incise également le feuillet muqueux du prépuce aussi loin que possible. Une fois la réduction opérée, la plaie, de longitudinale qu'elle était, prend une direction plus ou moins transversale.

Lorsque le prépuce entier se trouve reporté en arrière de l'anneau, on attire le feuillet externe aussi loin que possible en arrière, comme dans l'opération du phimosis, et après avoir déprimé le gland, on cherche à introduire sous le feuillet interne du prépuce une sonde cannelée, sur laquelle on incise l'anneau constricteur. Une fois le débridement opéré, il n'est pas nécessaire de persister très longtemps dans les tentatives de réduction, lorsque celle-ci est rendue impossible par un œdème considérable du prépuce. En effet, à la suite de la section de l'anneau, les phénomènes inflammatoires disparaissent rapidement, et la réduction s'opère alors spontanément ou peut être obtenue avec la plus grande facilité.

§ 259. — *c.* **Les adhérences du prépuce avec le gland sont congénitales ou acquises.**

Les **adhérences congénitales** sont très étendues; dans la plupart des cas, il s'agit simplement d'un accollement des surfaces épithéliales, que l'on peut séparer facilement, en attirant le prépuce en arrière et en s'aidant d'instruments mousses. Mais, si l'on néglige de pratiquer le décollement aussitôt après la naissance, les adhérences deviennent de plus en plus solides sous l'influence des tiraillements auxquels est exposé le prépuce, et de l'irritation qui en est la conséquence. De même que pour

l'influence de compresses froides d'eau de Goulard sur le pénis, l'enfant étant couché, la tuméfaction diminue en quelques jours, si bien que le pénis pouvait être ensuite refoulé en arrière, sous l'anneau préputial.

KOENIG.

les adhérences acquises à la suite d'inflammations violentes, la séparation du prépuce de la surface du gland peut offrir alors de très grandes difficultés. Les conséquences fâcheuses de cette malformation se déduisent facilement de notre description du phimosis<sup>1</sup>.

Dans ces cas, pour empêcher les adhérences de se reproduire, il ne suffit pas de détacher le prépuce, même si l'on a soin de l'inciser en même temps; de même l'excision du prépuce, après qu'il a été détaché soigneusement du gland, ne donne aucun résultat favorable, parce que, par l'effet de la cicatrisation, la peau du pénis est attirée en avant et se trouve raccourcie de façon que les érections sont aussi douloureuses qu'auparavant, circonstance qui engage habituellement le malade à venir consulter le chirurgien. Il est bien préférable dans ces cas de former un nouveau prépuce, d'après le procédé opératoire indiqué par DIEFFENBACH, et qui consiste à recouvrir la surface du gland d'une couche tapissée d'épithélium, de manière à empêcher les adhérences de se reproduire (**posthioplastie**).

Lorsque le prépuce est très long, on en retranche une partie par la circoncision; lorsqu'il est court, on l'attire en arrière de façon à tendre fortement son feuillet externe, et on l'incise circulairement au niveau de son bord antérieur. Par de petits coups de bistouri, on détache le feuillet externe jusqu'à un centimètre en arrière de la couronne du gland; quant au feuillet interne adhérent au gland, s'il est très mince et mou, on le laisse intact; s'il est épaissi et altéré, on en fait l'excision à l'aide de ciseaux et d'une pince à griffes. Le feuillet externe est alors ramené en avant sur le gland; on replie en dedans jusqu'à la couronne du gland le bord antérieur libre de ce cylindre cutané, et on le fixe à ce niveau par des sutures traversant la peau. La face saignante du feuillet externe est ainsi repliée sur elle-même, tandis que la face saignante du gland se trouve en rapport avec la couche épithéliale du feuillet externe du prépuce.

Les **adhérences partielles, en forme de brides, du prépuce avec le gland** sont ordinairement la conséquence de processus inflammatoires et d'ulcérations. Pour les faire disparaître, on pratique l'incision du prépuce, comme dans le phimosis, on divise les adhérences tout près de la surface du gland, et l'on maintient aussi longtemps que possible en arrière de ce dernier le prépuce ainsi détaché.

*d.* Les **anomalies par défaut** du prépuce peuvent être **congénitales**. A propos de l'épispadias et de l'hypospadias, nous avons déjà mentionné

1. Un phénomène particulier qui est extraordinairement fréquent chez les enfants affectés d'adhérences épithéliales du prépuce avec le gland, c'est un besoin fréquent d'uriner, besoin qui se fait sentir non seulement le jour, mais aussi, et particulièrement, la nuit. Beaucoup d'enfants atteints d'énurésie, et pour lesquels les parents viennent demander les conseils du médecin, ont leur prépuce adhérent au gland. Cette anomalie est si fréquente dans l'enfance, que l'on devra tout d'abord examiner le prépuce chez les petits garçons qui présentent des symptômes du genre de ceux que nous venons de signaler. Bien souvent alors, on trouve des adhérences, et le décollement du prépuce met fin aux troubles de la miction.

KOENIG.

l'absence apparente de la moitié supérieure ou inférieure du prépuce. On a également observé l'absence totale de ce dernier, anomalie d'ailleurs sans inconvénient, et qu'il est par conséquent inutile de chercher à corriger par des opérations chirurgicales.

A l'état acquis, on observe des pertes de substances circonscrites ou perforations du prépuce, qui succèdent à des ulcérations, et surtout au chancre gangréneux; ces pertes de substances ont surtout un inconvénient lorsqu'elles sont assez étendues pour laisser passer le gland, tandis que le reste du prépuce pend sous forme d'un lambeau gênant et habituellement oedématié. Nous avons vu se produire des pertes de substance de ce genre à la suite de phlegmons du prépuce qui s'étaient terminés par une gangrène partielle de ce dernier.

Nous ne conseillons pas de pratiquer l'avivement et la suture de ces pertes de substance; on ne peut guère, en effet, compter sur un bon résultat, à cause de l'oedème des tissus. Dans deux cas, nous avons, suivant le conseil de BARDELEBEN, excisé simplement le reste du prépuce; nous avons obtenu ainsi une guérison très rapide et mis fin promptement aux troubles fonctionnels.

e. Il est fréquent d'observer une brièveté anormale du frein normalement placé, ou d'un second frein situé plus près de la face dorsale du pénis. Le petit ligament en question est alors trop court et sa base trop large; son extrémité antérieure s'insère trop près du sommet du gland. Le pénis en état d'érection présente alors une courbure anormale, et dans le coït, le frein fortement tendu se déchire facilement. Une simple incision suffit pour faire disparaître ce vice de conformation.

## 2. Lésions traumatiques du pénis.

§ 260. — Les lésions traumatiques du pénis sont dues à des violences extérieures diverses. Elles peuvent se produire, en outre, pendant le coït, ou être la conséquence de tentatives de mutilation chez des aliénés.

Parmi les lésions sous-cutanées, nous mentionnerons d'abord les contusions que l'on a souvent l'occasion d'observer, et qui, en raison de la laxité du tissu interposé entre la peau du pénis et les corps caverneux, s'accompagnent d'extravasations sanguines considérables. Le traumatisme est quelquefois assez violent pour causer une déchirure des vaisseaux et déterminer la formation dans les corps caverneux de tumeurs tendues, fluctuantes, lesquelles prennent dans la suite une consistance dure et forment des nodosités ou « ganglions » qui restent parfois à l'état permanent. L'épanchement sanguin disparaît, en général, assez rapidement par résorption, sous l'influence des moyens habituellement employés. Dans les fortes contusions, on voit quelquefois se produire une gangrène de certaines parties de la peau, surtout au niveau du prépuce.

On a désigné sous le nom de fractures du pénis la coudure brusque

de cet organe en état d'érection, accompagnée de la rupture de l'un ou des deux corps caverneux. Cette rupture s'effectue parfois avec un bruit sec perçu par le malade, et est suivie d'une extravasation sanguine considérable. Après la guérison, la partie du pénis située en avant de la fracture avait, dans les cas observés, perdu son érectilité.

On a décrit aussi une luxation du pénis; grâce à la laxité du tissu conjonctif qui réunit la peau aux corps caverneux, il peut arriver, en effet, que ces derniers soient chassés violemment en arrière, alors que les téguments restent en place et sont seulement déchirés circulairement au point de réflexion du prépuce sur le gland. Les corps caverneux glissent alors dans le scrotum (NÉLATON), sous la peau de la région hypogastrique (MOLDENHAUER), ou sous les téguments de la cuisse, où l'on peut facilement les reconnaître par la palpation. En même temps, il existe souvent une rétention d'urine. On opère facilement la réduction, soit en refoulant directement le pénis en avant, pour lui faire reprendre sa position normale, soit en introduisant par l'ouverture antérieure de la gaine cutanée, une pince à pansement (NÉLATON), à l'aide de laquelle le pénis est saisi et ramené en avant<sup>1</sup>. MOLDENHAUER a vu dans un cas l'urine s'écouler librement, malgré la persistance de la luxation.

Il n'est pas rare d'observer des plaies du pénis par instruments piquants ou tranchants, ou par armes à feu. Elles s'accompagnent d'hémorragies considérables, et lorsque les corps caverneux ont été blessés profondément, elles laissent après leur guérison des déformations du pénis. Les plaies particulièrement dangereuses sont celles dans lesquelles l'urètre a été ouvert en même temps; nous en avons déjà parlé à propos des lésions traumatiques de l'urètre. L'hémorragie doit être arrêtée par la ligature et la suture. Dans les cas de séparation complète d'une portion du pénis, il faut avoir soin de réunir la muqueuse urétrale à la peau par des points de suture, afin de prévenir le rétrécissement de l'orifice de l'urètre dans le cours de la cicatrisation; le moyen le plus simple d'atteindre ce but consiste à inciser la paroi inférieure de l'urètre, au niveau de l'orifice, et à réunir ensuite la muqueuse avec la peau. Lorsque le moignon du pénis se retire fortement en arrière, il faut l'attirer en avant, au moyen d'un crochet, afin que l'on puisse pratiquer l'hémostase et la suture.

## 3. Corps étrangers.

§ 261. — Il arrive assez souvent que, par amusement, par excita-

1. J'ai observé, à la suite d'un accident de machine, un arrachement de toute la peau du pénis et du scrotum. La guérison s'opéra à l'aide de la peau du périnée, de l'abdomen et de la face interne des cuisses, mais non sans laisser un état de rétraction notable des parties génitales.