

nés; de même, nous ne saurions conseiller l'emploi de l'écraseur de CHASSAIGNAC, à cause de l'élasticité et de la mobilité extrême de la peau du pénis.

Dans l'**amputation avec le bistouri**, l'hémostase provisoire est obtenue à l'aide d'un mince tube de caoutchouc, d'après la méthode d'Esmarch; on attire le pénis fortement en avant, et si le néoplasme s'étend jusqu'à la racine du membre, on comprend aussi la base du scrotum dans l'anse du tube élastique<sup>1</sup>.

Le pénis peut être sectionné d'un seul coup à l'aide d'un petit couteau à amputation; ou bien l'opération est exécutée en deux temps: on fait d'abord une incision circulaire ne comprenant que la peau que l'on retire en arrière, et l'on divise ensuite les autres parties. La ligature des artères dorsales de la verge est souvent la seule que l'on ait à pratiquer lorsque l'amputation est faite au niveau de la partie antérieure du pénis; tandis que, dans d'autres cas, on est obligé de lier également les artères profondes du pénis, ainsi que les artères bulbo-urétrales.

Les ligatures terminées, on réunit la muqueuse de l'urètre avec la peau par des sutures, de façon à recouvrir complètement le moignon; ou bien, on incise l'urètre inférieurement, et l'on ne fait des sutures qu'au niveau de cette incision.

Lorsque l'amputation doit être pratiquée tout à fait à la racine de la verge, nous conseillons de ne sectionner d'abord que la moitié de l'épaisseur du membre, et de n'achever la section qu'après avoir passé à travers la cloison une forte anse de fil, permettant d'attirer le moignon qui fuit en arrière et de faire ainsi l'hémostase avec plus de facilité. A la suite de l'opération, l'urine tend inévitablement à mouiller le scrotum à chaque miction, et c'est cet inconvénient qui a suggéré à THIERSCH l'idée de disséquer le moignon de l'urètre, et de l'amener dans une boutonnière périnéale où il est fixé par des sutures.

Dans l'**amputation avec l'anse galvanocaustique** aucun acte préparatoire n'est nécessaire. L'anse est placée de manière que l'extrémité du serre-nœud soit appliquée latéralement sur l'un des corps caverneux; puis on serre peu à peu l'anse dans laquelle passe le courant fourni par un élément de MIDDELDORPF (zinc et charbon). A moins d'une maladresse extraordinaire, aucune hémorragie ne se produit. Le moignon se trouve recouvert d'une eschare épaisse et jaunâtre; on a soin, à l'aide d'une sonde cannelée, d'ouvrir l'orifice de l'urètre dont les bords sont d'habitude légèrement accolés. Pour éviter le rétrécissement de cet orifice, qui se produit très souvent quelque temps après la guérison de la plaie, on divise, comme nous l'avons vu, aussitôt après l'amputation, ou après la cicatrisation, la paroi inférieure de l'urètre, et l'on réunit la muqueuse avec la peau par des sutures. ZIELEWICZ a rassemblé 50 cas

1. Lorsque l'amputation n'est pas pratiquée sur un point du pénis situé trop en arrière, on peut parfaitement assurer l'hémostase, en faisant comprimer la verge par les doigts d'un aide, au-delà du point qui doit être divisé.

opérés de cette manière, dont 8 se sont terminés par une pyémie mortelle (13 0/0). Sur 50 malades dont l'âge est exactement indiqué, on en trouve un âgé de moins de 30 ans, 6 de 30 à 40 ans, 10 de 40 à 50 ans, 16 de 50 à 60 ans, 7 de 60 à 70 ans, 3 de 70 à 80 ans, et 1 âgé de 81 ans.

#### Maladies du testicule et de ses enveloppes<sup>1</sup>.

§ 266. — Parmi les maladies du testicule et de ses enveloppes nous comprendrons dans une même description les **anomalies congénitales** et les **changements de position**, à cause de l'étroite connexion qui existe entre ces deux séries d'états pathologiques; puis nous étudierons séparément chacune des autres maladies des organes en question.

##### 1. Anomalies congénitales du scrotum et du testicule.

On sait que le scrotum se développe en deux moitiés latérales; or, on observe parfois une persistance de cette séparation, de sorte que le scrotum présente une analogie frappante avec les grandes lèvres chez la femme. Les testicules peuvent être parfaitement normaux dans leurs loges séparées, ou présenter les anomalies de développement ou de position dont nous allons parler.

L'anomalie rare admise par V. PITHA, d'un scrotum trilobulaire, contenant un troisième testicule surnuméraire, habituellement plus petit que les autres et atrophié, paraît être le résultat d'une confusion avec d'autres anomalies. KOCHER fait observer avec raison qu'il n'existe aucun fait bien constaté de testicule surnuméraire. Dans les cas cités par PITHA il y avait eu régulièrement confusion avec des hydrocèles circonscrites du cordon, des lipomes ou fibromes, ou enfin des masses épiploïques. Aussi avait-on pris les enveloppes de ces tumeurs ou le sac herniaire, pour une troisième loge du scrotum.

D'autres anomalies de développement du scrotum sont sous la dépendance de celles du testicule. Nous allons étudier séparément les anomalies de développement et de position de cet organe.

Le **développement rudimentaire et l'absence complète du testicule et de ses annexes** (hypoplasie ou atrophie, et aplasie ou anorchidie) s'observent rarement des deux côtés, plus souvent d'un seul côté; d'après GRUBER, sur 31 cas, 8 fois l'anomalie était bilatérale, et 23 fois unilatérale. Encore plus rarement le testicule fait défaut, tandis que le canal déférent et l'épididyme existent et ont fait leur descente dans le scrotum. A l'examen microscopique le testicule atteint d'atrophie congénitale présente la structure du testicule in-

1. Voir pour plus de détails à ce sujet l'excellent « *Traité des maladies du testicule et de ses annexes* » par MONOD et TERRILLON (1889). (Note du trad.)