

osités, qu'il est important d'enlever. Si celles-ci ne dépassent pas le canal, on prolonge l'incision, et, après avoir isolé la tumeur avec toutes les précautions convenables, on achève la section du cordon. Si les bosselures se continuent jusque dans la fosse iliaque, c'est une contre-indication formelle à toute opération.

Outre l'hémorrhagie d'un des vaisseaux du cordon, le sang peut provenir d'artères situées, soit au côté externe, soit au côté interne de la plaie; mais on s'en rend facilement maître par les moyens ordinaires.

Appréciation. La question de savoir si l'on doit opérer la section et la ligature en masse ou isolément pour chaque vaisseau n'est pas encore résolue. La plupart des chirurgiens, cependant, pratiquent le premier procédé. Le danger d'accidents nerveux, dus à l'étranglement du canal et des filets nerveux, de l'inflammation gagnant ce qui reste du cordon, ne semble pas démontré.

La compression de J. L. Petit, le froissement de Ledran, l'écrasement linéaire prouvent que l'hémorrhagie n'est pas très-redoutable. Cependant on fera mieux d'avoir recours à la ligature. Les avantages invoqués en faveur du procédé d'Aumont sont contrebalancés par la plus grande difficulté des pansements. La méthode de Zeller, remarquable par une extrême promptitude d'exécution, a donné de bons résultats en Allemagne, où on l'a beaucoup employée. Elle épargne au malade des douleurs et les longueurs d'une suppuration, qu'il est ici plus facile d'éviter que par tout autre procédé; mais elle n'est évidemment pas applicable aux cas où le sarcocèle, adhérent ou très-volumineux, ne saurait être facilement isolé des parties voisines.

IMPERFORATION DU PRÉPUCE.

Cet accident s'observe chez les nouveau-nés, et se reconnaît facilement à l'absence d'émission de l'urine et au bourrelet fluctuant formé au devant du gland; il est facile à combattre.

Une incision transversale ou la circoncision suffisent à la guérison.

SECTION DU FREIN.

Le frein de la verge est quelquefois trop court et renverse en bas le méat urinaire, disposition fort gênante et douloureuse pendant l'érection.

L'opération nécessitée par ce vice de conformation est très-simple. Le gland et le prépuce étant tirés en sens contraire, de manière à tendre le frein, ce dernier est divisé d'un coup de ciseaux rasant le gland; un linge cératé est interposé entre les deux surfaces saignantes afin d'en empêcher le recollement.

ADHÉRENCES DU PRÉPUCE AU GLAND.

Ces adhérences sont *congénitales* ou *accidentelles*; elles varient singulièrement de forme et d'étendue; puisqu'elles peuvent être constituées par une simple bride cellulaire, ou occuper tout le pourtour du gland. L'avis des chirurgiens est partagé quant aux indications qu'elles fournissent. Lorsqu'elles occupent une grande étendue, il est préférable de n'y point toucher.

Le moyen le plus simple à opposer à cette incommodité consiste à inciser les brides, et à interposer un linge cératé entre les deux surfaces saignantes. On peut aussi maintenir le prépuce renversé en arrière du gland.

Ce moyen échoue quand l'adhérence occupe une grande étendue. On conseille, dans ce cas, l'excision du prépuce ou la circoncision suivant l'un des procédés que nous indiquerons pour le phimosis.

On a vu, quoique très-rarement, après l'excision, le reste du prépuce attiré de nouveau sur le gland par le travail de cicatrisation, et l'adhérence se reproduire.

Voici le procédé mis en usage par Dieffenbach. On commence par amputer l'anneau cutané qui dépasse le gland. En cas d'adhérence, on détache et on enlève cette partie du prépuce, en ayant soin de conserver le plus de téguments possible.

La peau du prépuce est ensuite tirée en arrière.

La muqueuse est fendue et enlevée par la dissection; puis la peau, formant un fourreau libre, est repliée en dedans, de manière à ce que sa surface saignante soit partout en contact avec elle-même, tandis que sa surface externe ou épidermique se trouve en rapport avec le gland. Aucune adhérence n'est plus possible; on fait, pendant trois ou quatre jours, des fomentations froides, puis des injections d'eau blanche entre le gland et le nouveau prépuce. La cicatrisation est achevée vers le quinzième jour; la lame interne du prépuce revêt peu à peu l'aspect muqueux; en un mot, le nouveau prépuce devient exactement semblable, selon Dieffenbach, au prépuce naturel: assertion très-problématique et qui mériterait d'être confirmée.

ÉTRANGLEMENT DE LA VERGE.

Tout le monde connaît ces faits singuliers d'introduction volontaire de la verge dans des anneaux métalliques, bagues, bo-bèches etc., ou de constriction de cet organe à l'aide de ligatures. L'indication évidente est de lever l'étranglement le plus promptement possible. Le chirurgien ira à la recherche du corps étranger, souvent caché sous un double bourrelet œdémateux : des mouche-tures favoriseraient au besoin l'exploration. Le lien découvert, il s'agit de le couper, de le briser, de le limer. Il est impossible de fixer d'une manière précise la manœuvre à l'aide de laquelle on y parviendra ; il suffit d'en poser l'indication.

CALCULS ENTRE LE GLAND ET LE PRÉPUCE.

Chez des individus atteints de phimosis, on a observé des concrétions pierreuses assez volumineuses, situées entre le prépuce et le gland, auquel elles forment parfois une sorte de virole.

L'opération du phimosis rend l'extraction du calcul des plus faciles.

PHIMOSIS.

On appelle ainsi l'allongement du prépuce et l'étrécissement exagéré de son orifice. Le phimosis se distingue en *congénital* et en *accidentel*. Ce dernier peut être le résultat d'une inflammation aiguë ou chronique.

La peau de la verge, arrivée au niveau de la couronne du gland, quitte le pénis, se prolonge en avant et, après avoir dépassé le sommet de l'organe, se replie sur elle-même sous forme de membrane muqueuse pour former le prépuce. La muqueuse double ainsi la peau, et parvenue à la base du gland, l'enveloppe et se continue dans l'urèthre.

Les deux lames qui forment le prépuce sont unies par un tissu cellulaire très-lâche.

Dans le cas de phimosis par inflammation chronique, on rencontre à l'ouverture du prépuce un anneau comme fibreux, peu susceptible de dilatation. Le prépuce entier peut présenter une sorte d'induration inextensible. Quant au phimosis accidentel dé-

pendant d'une inflammation aiguë, il disparaît avec la cause qui l'a produit.

Le phimosis congénital ne nécessite d'opération que dans le cas où le gland ne parvient pas spontanément à forcer l'ouverture qui l'emprisonne. La gêne de la copulation, la difficulté des soins de propreté, les prédispositions au paraphimosis et au cancer de la verge sont des indications opératoires suffisantes.

Le phimosis est-il lié à la présence de chancres sur le prépuce et le gland ? il faut éviter l'opération pendant la période de virulence, afin de ne point voir les plaies transformées en ulcères chancreux.

La *dilatation*, l'*incision*, l'*excision*, la *circumcision* sont les moyens de traitement le plus employés.

La *dilatation graduelle* se fait naturellement par le gland pendant les rapports sexuels. On a essayé de l'opérer artificiellement avec des pinces dilatatrices ; c'est un procédé très-simple et sans inconvénient, mais qui ne remédie nullement à l'excès de longueur du prépuce et reste insuffisant lorsque le phimosis est très-prononcé.

La *dilatation forcée* de l'anneau préputial au moyen de pinces dont les branches sont écartées à l'aide d'une vis, a été mise en usage sans beaucoup de succès. Des déchirures multiples se produisent sur le limbe du prépuce et permettent de découvrir le gland ; mais la cicatrisation remet souvent les parties dans leur état primitif.

Incision. Le chirurgien, placé à droite du malade, glisse entre le prépuce et le gland, sur le milieu de la face supérieure de l'organe, et jusque dans le cul-de-sac de la muqueuse, une sonde cannelée. La sonde est confiée à un aide, qui soutient en même temps la verge en contact avec l'instrument. Un bistouri à lame étroite est glissé dans la cannelure ; arrivé au cul-de-sac, le manche en est abaissé de manière à faire saillir la pointe de la lame relevée vers le prépuce, qui est traversé de dedans en dehors et incisé d'un seul trait d'arrière en avant. C'est ordinairement le malade qui, en se retirant subitement au moment de la ponction, termine l'opération.

Si la muqueuse n'a pas été divisée jusqu'au cul-de-sac, on en achève la section avec des ciseaux.

Sabatier se dispensait de la sonde et glissait le bistouri à plat. On pourrait se servir du bistouri de Bienaise, ou garnir d'une boule de cire la pointe d'un bistouri ordinaire pour en faciliter l'introduction.

Les ciseaux, qu'on a voulu substituer au bistouri, sont peu en usage.

En tirant le prépuce en arrière jusqu'à l'apparition du bord rosé