

de la surface muqueuse, et en maintenant les parties dans ce rapport, on peut être assuré que les deux lames du prépuce seront coupées également, mais seulement dans une assez petite hauteur.

L'incision inférieure, décrite par Celse, reproduite par Guillemau, proposée de nouveau par M. J. Cloquet, s'exécute à droite ou à gauche du frein, que l'on divise s'il paraît prolongé trop en avant.

Cullerier incisait simplement la muqueuse et laissait la peau intacte.

Coster pratiquait trois incisions peu étendues sur les faces latérales et dorsales du bord libre du prépuce. C'est une application de la méthode des débridements multiples.

Le débridement de la face dorsale est remplacé, par Malapert, par l'incision du filet.

L'excision se pratique après l'incision dorsale, avec les ciseaux ou le bistouri.

Lisfranc appliquait au phimosis le procédé suivi pour l'excision du cancer des lèvres. Le bord dorsal du prépuce étant saisi et écarté, il en excisait un lambeau semi-lunaire à l'aide de ciseaux courbes sur le plat.

On a proposé d'exciser un lambeau triangulaire en V, soit sur la face dorsale, soit à la face inférieure du prépuce.

Circumcision. M. le docteur Althaus, à l'infirmerie des épileptiques de Londres, a préconisé la circoncision contre l'épilepsie. Sur 25 épileptiques, 41 étaient atteints de phimosis congénital. Le docteur Althaus explique l'amélioration survenue chez les opérés par la cessation de l'irritation produite par l'accumulation de la matière sébacée entre le prépuce et le gland. Que de gens peu soucieux des soins de propreté seraient épileptiques, si cette explication était fondée !

Le procédé attribué à Lisfranc, et déjà décrit par Guillemau, consiste à faire saisir par des aides armés de pinces, le bord libre du prépuce, qu'ils tirent en avant; l'opérateur étreint le prépuce transversalement au-dessus du gland, au moyen d'une autre pince à anneaux, et il emporte d'un coup de ciseaux la partie excédante du prépuce (fig. 556). On fend ensuite longitudinalement la muqueuse sur le dos du gland, et on la renverse de chaque côté.

M. Ricord a modifié ce procédé en y ajoutant un premier temps, qui consiste à tracer à l'encre sur le prépuce la ligne oblique suivant laquelle on veut l'exciser.

Pour les enfants, chez lesquels l'anneau préputial est souvent si étroit qu'il est difficile d'y faire pénétrer un bistouri sans courir le risque de blesser le gland, Guersant se servait et M. Bonnafont se sert

de pinces dilatatrices à rotation qui, introduites fermées, sont ouvertes dans le prépuce, qu'elles écartent du gland, et rendent de bons services.

Quel que soit le procédé employé, M. Sédillot a essayé (1833), au Val-de-Grâce, de réunir la peau et la muqueuse à l'aide de quelques points de suture (fig. 557).



Fig. 556.



Fig. 557.

Vidal a conseillé les serres-fines et en a obtenu de beaux succès. Il faut les choisir excessivement fines, pour que leur poids ne déchire pas les tissus; les soutenir avec un linge cératé et les enlever au bout de vingt-quatre heures, pour prévenir l'inflammation; autrement la muqueuse se gonfle, s'ulcère, et les plaies sont fort longues à guérir. M. Sédillot recommande l'emploi des fils au collodion, après qu'on a retiré les serres-fines. Il conseille aux malades d'uriner debout et d'essuyer avec soin les dernières gouttes du liquide, pour que la plaie n'en soit pas mouillée.

Après divers essais, il est revenu à l'usage des sutures à points séparés, avec un fil très-fin, dont il coupe les deux bouts près du nœud. Il opère l'ablation du prépuce entre deux pinces, d'un seul coup de ciseaux très-forts. La muqueuse est à peine atteinte et la peau seule est enlevée. Le gland reste ainsi couvert par la muqueuse dépouillée de la peau; on la divise avec des ciseaux sur la ligne médiane jusqu'auprès de la rainure ou sillon du gland, où l'on en conserve quelques millimètres, qu'on renverse ensuite à droite et à gauche, et l'on en excise les côtés, s'il y a lieu, en les arrondissant, et les laissant un peu saillants sur les bords du frein. Les points de suture sont appliqués et la verge placée sur un coussin, pour en élever l'extrémité. Une petite bande huilée sert à comprimer et à immobiliser la plaie, et à empêcher le gonflement œdémateux, dont il est fort difficile de se préserver par d'autres moyens. La diète, le froid, les veilles prolongées sont opposés aux érections. Le lendemain ou le surlendemain, les sutures sont enlevées après qu'on a assuré la réunion par quelques fils très-fins, au collodion, placés entre les sutures, et la bande compressive est réappliquée. Avec

ces précautions il est arrivé à M. Sédillot d'obtenir, en cinq jours, des guérisons assez complètes pour permettre aux malades de rentrer chez eux, en leur recommandant d'éviter encore pendant quelques temps les marches prolongées, la fatigue et les écarts de régime. Si l'inflammation et la suppuration n'ont pas été prévenues, la cure dure de quinze à vingt jours et souvent plus.

On sait comment les rabbins opèrent la circoncision : le prépuce est pressé et allongé pendant quelque temps entre les lèvres de l'opérateur, puis divisé avec un petit couteau peu effilé; la muqueuse est ensuite déchirée entre les doigts, et enfin la plaie pansée avec quelques tours de bandelettes assez fortement serrées.

Des cas de syphilis communiquée par les lèvres de l'opérateur ayant été observés, une décision rabbinique paraît avoir autorisé l'abandon de ce procédé, qui n'en reste pas moins très-fréquemment employé.

Un médecin militaire, M. E. Chauvin, a proposé, dans sa thèse inaugurale (Strasbourg 1849), un instrument assez ingénieux pour permettre à l'opérateur de saisir et d'enlever une partie de la muqueuse préputiale. Quelques médecins peu expérimentés tirent trop fortement la peau au delà du gland et, après l'avoir abattue d'un coup de ciseau ou de bistouri, trouvent le phimosis intact sans que l'orifice rétréci en ait même été entamé. M. E. Chauvin a imaginé, pour remédier à cette faute, de refouler le gland en arrière avec une sorte de tige d'où s'échappent plusieurs crochets qui s'implantent dans la muqueuse et l'attirent en avant. La section faite au devant de ces derniers comprend nécessairement une partie de la peau et de la muqueuse; mais ce procédé difficile reste toujours incomplet.

Nous en dirons autant des différentes pinces à crémaillère, à griffes, à trois branches etc., inventées dans le but d'empêcher la peau du prépuce de glisser sur la muqueuse, et de faire la section de l'une et de l'autre à la même hauteur.

Conservation du prépuce. En bornant l'excision du prépuce aux portions qui dépassent le gland, et l'incision dorsale de la muqueuse à la moitié antérieure de cet organe, on conserve un prépuce régulier et très-largement ouvert, qui finit avec le temps par recouvrir parfaitement le gland.

Complication. L'hémorrhagie est assez fréquente par les artères dorsales, si l'on n'a pas le soin de les lier ou de les comprendre dans les points de suture.

Appréciation. Les procédés de Cullerier et de Coster, consistant en de simples débridements, peuvent convenir aux cas où le phimosis est peu considérable et produit par une tuméfaction accidentelle.

L'incision dorsale donne pour résultat deux lambeaux épais, situés de chaque côté de la base du gland, et de l'effet le plus laid et le plus gênant. Quand le prépuce n'est pas trop exubérant, l'incision inférieure est préférable : la plaie, moins considérable, tend à devenir transversale, ce qui augmente précisément, comme on se le propose, l'ouverture du prépuce.

Cet organe est-il très-développé, hypertrophié ou induré, il faut l'enlever entre deux pinces, avec des ciseaux, en suivant une ligne tracée d'avance avec de l'encre. M. Sédillot a peut-être employé cent fois ce procédé, et s'en est toujours bien trouvé. Au moyen de quelques points de suture ou des serres-fines, on obtient une réunion très-exacte, et on évite la tuméfaction et l'écartement des bords de la plaie. Il ne faut pas oublier que par aucun procédé de circoncision on ne parvient à entamer beaucoup la muqueuse, qui reste appliquée sur le gland, quel que soit l'allongement purement cutané, imprimé au prépuce : il convient donc de s'en préoccuper.

Quant à la dilatation artificielle, elle est inutile ou inefficace; le phimosis cédant au fonctionnement physiologique de l'organe, ou, dans le cas contraire, réclamant une intervention chirurgicale plus sérieuse.

PARAPHIMOSIS.

Le *paraphimos* est l'étranglement du gland par l'orifice préputial, rétréci naturellement ou accidentellement, et renversé en arrière par l'effet de rapports sexuels ou de manœuvres volontaires.

Le gland, plus ou moins tuméfié, se trouve entouré par un bourrelet œdémateux, quelquefois très-saillant, formé par la membrane muqueuse. Derrière le bourrelet se rencontre l'anneau préputial lui-même, véritable cause des accidents. On comprend dès lors comment le paraphimos n'est en réalité qu'une des conséquences, presque forcée, du phimosis.

Le traitement est le même que celui de tout étranglement : la *réduction* ou le *débridement*.

Procédé ordinaire de réduction. Le chirurgien, placé à droite du malade couché sur le bord de son lit, enduit le gland d'un corps gras et saisit la verge avec l'indicateur et le médium des deux mains appliquées derrière l'anneau préputial, tandis qu'à l'aide des pouces il comprime le gland, et s'efforce de le refouler d'avant en arrière; on a plus de prise en recouvrant les doigts d'un linge pour les empêcher de glisser.

Boyer conseille, quand le procédé ordinaire a échoué, d'appliquer