

l'abcès communique avec l'urètre, il faudra laisser une sonde à demeure.

Extirpation des vésicules séminales. — Pour faire cette opération, la meilleure voie est la voie périnéale, indiquée au chapitre précédent. Le malade et l'opérateur occupent toujours la même position. On fait cependant une incision périnéale plus grande, dont les extrémités postérieures atteignent de chaque côté la tubérosité ischiatique. On pénètre dans la profondeur comme dans la prostatotomie, mais on poursuit plus avant la dénudation du rectum pour rendre accessibles les vésicules séminales et le bas-fond vésical. On détache de leurs connexions les vésicules séminales, puis on les enlève du bas-fond vésical. En même temps, on peut pratiquer l'ablation de foyers prostatiques.

Excision d'une portion de la prostate. Prostatectomie.

— Dans l'hypertrophie de la prostate, en vue de faire cesser les troubles urinaires, certains auteurs ont préconisé et pratiqué avec succès l'excision du lobe moyen ou des lobes latéraux hypertrophiés. Il est impossible de dire, dans l'état actuel de nos connaissances, si vraiment la suppression de l'obstacle prostatique provoque la guérison; en tous cas, les lésions avancées, avec altérations secondaires des parois vésicales et des voies urinaires supérieures, ne sont pas favorables.

On peut, par la taille hypogastrique, extirper le *lobe moyen* hypertrophié de la prostate qui, parfois, devient gros comme une noix (M. C. Gill). On ouvre la vessie au-dessus de la symphyse, suivant les règles habituelles, et l'on excise avec le thermocautère ou le galvano-cautère, ou encore avec les ciseaux courbes, la tumeur proéminente. On pratique l'hémostase de la plaie et, au besoin, on tamponne la vessie.

Les *lobes latéraux hypertrophiés* ne peuvent être excisés qu'en partie, la plupart du temps en forme de coin. En tout cas, il faudra veiller à ne pas léser l'urètre, et, pour cela, dénuder une portion assez volumineuse de la prostate. On met à nu la glande, soit par une incision prérectale, soit par une incision sacrée (Voy.

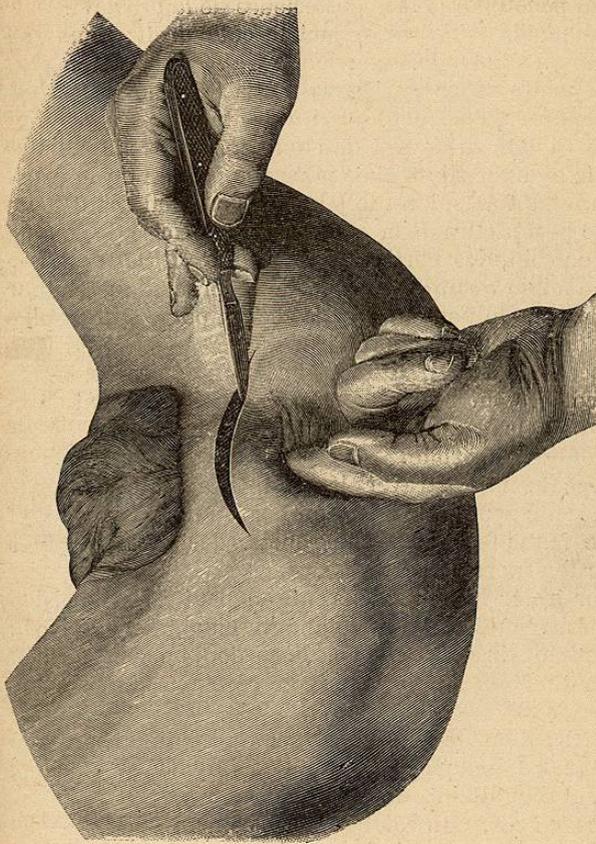


Fig. 209. — Prostatotomie. Incision prérectale.

les détails de la première méthode à la prostatotomie).

C'est *Dittel* qui, le premier, préconisa la voie sacrée (*prostatectomie latérale*). Par ce procédé, on incise le raphé anal et on écarte latéralement le rectum pour rendre accessible la face postérieure de la prostate.

Le malade est couché sur le côté droit; dans son urètre, on a introduit une sonde rigide. L'incision part de la pointe du coccyx et va sur la ligne médiane jusqu'à l'anus, qu'elle contourne à droite pour se terminer sur le raphé, au-devant de l'anus. L'opérateur pénètre dans le creux ischio-rectal, sépare le rectum de la prostate, mettant ainsi à nu le lobe droit et finalement toute la face postérieure de la glande, puis il excise de chaque côté, en coin, des portions de la glande. *Dittel* ne laisse qu'une faible quantité de substance prostatique autour de l'urètre. On peut enlever le coccyx pour donner plus d'étendue au champ opératoire.

Réséction et extirpation des canaux déférents. — On a préconisé tout récemment la réséction du canal déférent dans la continuité comme traitement de l'hypertrophie de la prostate.

On peut sentir, à travers la peau, le canal déférent, qui se présente sous la forme d'un cordon dur et arrondi et qui se laisse facilement différencier des autres organes du cordon spermatique.

Pour isoler le canal déférent, on peut faire l'incision soit au niveau de l'orifice cutané inguinal, soit au niveau de la racine du scrotum. Dans le cordon, on sent le canal déférent et on l'isole, puis on résèque une portion longue de 2 à 4 centimètres.

L'extirpation du canal déférent en continuité avec le testicule est indiquée lorsque l'épididyme et le canal déférent sont atteints de tuberculose.

Dans ce cas, on prolonge l'incision en dehors et en haut sur le canal inguinal et en bas sur le scrotum. Puis on fend la peau et la paroi antérieure du canal inguinal dans l'étendue de la plaie, et l'on voit le canal déférent dans son trajet intrapariétal.

On ne pourrait aborder par cette voie la portion pel-

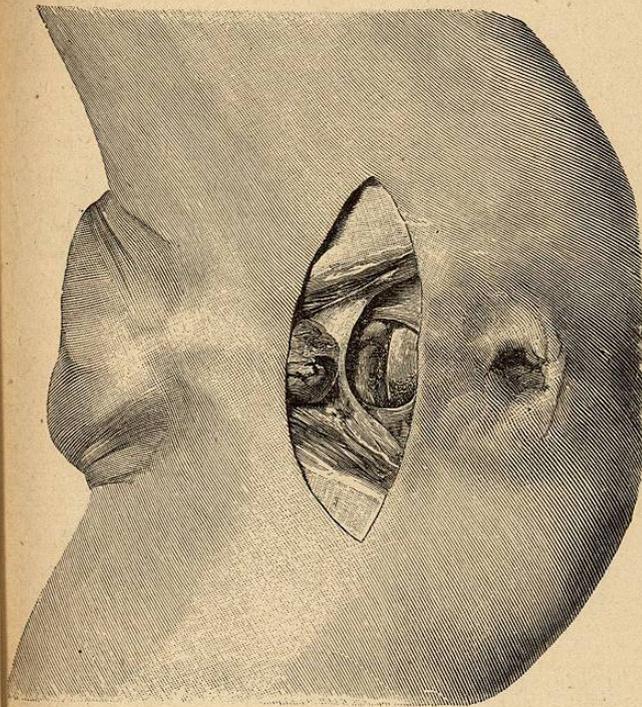


Fig. 210. — Prostatotomie.
Aspect de la plaie après désunion du rectum. Dans la partie supérieure on voit le bulbe de l'urètre et les muscles ischio-caverneux, dans la partie inférieure la prostate et la paroi rectale antérieure encadrées par les bords du releveur anal.

viennent du conduit déférent qu'en détachant le péritoine sur une grande étendue, et en causant, par conséquent, un délabrement assez considérable. On accédera à cette partie du canal par la voie périnéale ou par l'incision de *Dittel* pour la prostatectomie latérale.

Au lieu de l'extirpation, *Büngner* a conseillé la *divulsion du canal déférent* : on isole d'abord ce conduit, puis on en extrait une plus ou moins grande partie par traction progressive. Dans les cas favorables, on peut enlever ainsi jusqu'aux quatre cinquièmes du canal déférent.

CASTRATION

Cette opération est indiquée dans les *néoplasmes du testicule*, la *tuberculose de l'épididyme*, et plus récemment, elle a été préconisée dans l'*hypertrophie de la prostate* (1).

On fait une incision longitudinale, passant sur la convexité de la tumeur en saisissant le scrotum avec la main gauche et en tendant la peau. Quand une portion circonscrite de la peau a été atteinte par le processus morbide (extension du néoplasme à la peau, formation de fistules dans les cas de tuberculose), on comprend dans l'incision les téguments malades et on les excise en même temps que le testicule. L'incision traverse la peau, le dartos, jusque sur la tunique vaginale, puis on retire de son lit le testicule entouré de ses enveloppes, de façon qu'il ne tienne plus au reste du corps que par le cordon spermatique, sur lequel on tirera pour mieux voir ses parties constituantes. On lie isolément le canal déférent, puis en masse le reste du cordon, divisé en deux ou trois paquets. On sectionne transversalement le cordon au-devant des ligatures. Le moignon du cordon se rétractera dans la profondeur et l'on suturera la peau.

OPÉRATION DE L'HYDROCÈLE

Le traitement palliatif de l'hydrocèle consiste dans la

(1) On préfère en général dans ce cas la résection des canaux déférents.

ponction simple, le traitement radical dans l'ouverture et l'excision de la tunique vaginale.

La *ponction de l'hydrocèle* se fait comme toutes les ponctions en général, avec cette particularité que l'opérateur se sera au préalable renseigné sur la situation du testicule, pour éviter la blessure de l'organe au moment de la piqûre.

On saisit le scrotum avec la main gauche en supination, et on le tend fortement. On enfonce le trocart à la face antérieure du scrotum, près du fond, en le dirigeant en haut, et en évitant de piquer une veine. Au début, le liquide jaillit à flots, mais, dans la suite, il faut changer la canule de place et faire quelques mouvements de pétrissage du scrotum, pour provoquer l'écoulement du liquide.

On rattache parfois à la ponction simple l'injection par la canule de 5 à 10 grammes de solution de Lugol, mais c'est là un procédé extrêmement douloureux, et dont les résultats sont inférieurs à ceux de la cure radicale.

Cure radicale (procédé de Volkmann). — Le scrotum est maintenu tendu par la main gauche et la peau incisée sur la convexité de la tumeur; en disséquant avec beaucoup de précautions, on arrive jusqu'à la vaginale, que l'on fend dans la direction et l'étendue de l'incision cutanée. Quand le liquide s'est écoulé, on suture la vaginale et la peau par un plan de sutures, en laissant toutefois, dans la cavité, une mèche de gaze. La guérison se fait souvent attendre longtemps.

Cure radicale (procédé de Bergmann). — Le but est bien plus vite atteint par cette méthode, car la plaie peut se réunir par première intention.

Incision comme dans le cas précédent. Avant d'ouvrir la vaginale, on cherche à en détacher la plus grande partie de la peau qui la recouvre, puis on l'ouvre, comme dans la méthode de Volkmann.

Lorsque le liquide s'est écoulé, l'opérateur saisit le bord de la vaginale dans la plaie, et détache celle-ci jusqu'au niveau de sa réflexion sur le testicule. On excise alors le feuillet pariétal de la vaginale, que l'on a ainsi

libéré. On replace le testicule au fond de la plaie, et on suture soigneusement la peau.

OPÉRATION DU PHIMOSIS

On désigne par là l'intervention chirurgicale pratiquée dans le but de guérir l'étréitesse congénitale ou acquise du prépuce.

Dans cette opération, on fait soit la section linéaire du prépuce, depuis l'orifice jusqu'au gland (*incision*), ou l'excision totale du prépuce (*circconcision*). Pour faire l'incision dorsale, l'opérateur introduit, sur la ligne médiane, une sonde cannelée entre le prépuce et le gland, la cannelure dirigée en haut; puis, d'un trait de ciseaux, il sectionne le prépuce (lame externe et lame interne) sur cette sonde jusqu'au niveau de la couronne du gland; on peut alors facilement ramener le prépuce sur le gland. On suture, par un rang de points isolés ou par un surjet, la muqueuse à la peau.

Il y a différentes façons de pratiquer la *circconcision*. On tire en avant le prépuce autant que possible, et on le sectionne juste au-devant du gland, puis on réunit entre elles les lames interne et externe du prépuce.

Une autre méthode débute par l'incision dorsale, après laquelle on sectionne aux ciseaux, à droite et à gauche, le prépuce, au niveau de sa réflexion sur le gland. Puis, dans toute l'étendue de la plaie, on suture la peau à la muqueuse du prépuce.

OPÉRATION POUR LA BRIÈVETÉ DU FREIN

La brièveté congénitale du frein avec longueur normale du prépuce a de nombreux inconvénients (douleurs pendant le coït, déchirures fréquentes, hémorragies).

La section simple transversale du frein donne lieu à une hémorragie qui contre-indique son emploi; avec la section au thermocautère, on n'a pas, il est vrai, d'hémorragie, mais la guérison se fait trop attendre.

La petite opération plastique suivante, qui permet une

réunion par première intention, donne de merveilleux résultats. D'un coup de ciseaux, on tranche le frein assez profondément pour pouvoir rétracter au maximum le prépuce sans occasionner de tension, puis on suture la petite plaie perpendiculairement à la direction du trait de ciseaux par quelques points séparés (fig. 211-212).



Fig. 211.

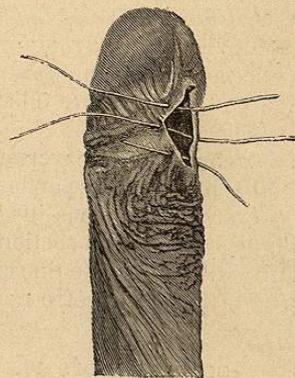


Fig. 212.

Opération pour frein court.

Fig. 211. — Section transversale du frein.

Fig. 212. — Réunion perpendiculaire à la direction de la section.

AMPUTATION DE LA VERGE

Les *néoplasmes malins* constituent la seule indication de l'amputation de la verge.

On peut la pratiquer en un point quelconque de la portion mobile; dans certains cas, il faut enlever même les portions profondes de l'organe, les racines des corps caverneux. Dans tous les cas, il faudra fixer, après amputation, l'urètre dans la plaie. On pratique l'amputation de la verge dans sa partie mobile, sous la compression digitale, par une incision circulaire. La peau fendue circulairement est rétractée, puis l'opérateur sectionne transversalement les corps caverneux jusque sur l'urètre,

dont il dissèque une courte portion située au-dessous de cette section. A 2 centimètres environ de là, il divise l'urètre.

A la face inférieure de l'urètre, on donne un coup de ciseaux, puis on étale les bords de l'urètre sur la plaie et on les unit à la peau.

Pour amputer la verge avec ses portions périnéales, on fend le scrotum dans le sens sagittal; au fond de la plaie, il est facile de mettre à nu la racine des corps caverneux. On sectionne l'urètre en tissu sain, on le fend à sa face inférieure et on le suture à l'angle postérieur de la plaie (*urétrostomie périnéale*).

On détache les corps caverneux et on les récline en haut, en même temps que les parties périphériques de l'urètre. Quand on les a détachés jusqu'au niveau de la portion mobile de la verge, on sectionne transversalement celle-ci au niveau de la racine du scrotum, et on suture la plaie jusqu'à l'orifice de l'urètre nouvellement formé.

OPÉRATION DES FISTULES URÉTRALES

Tant que le trajet fistuleux n'est pas recouvert de peau, on peut espérer une guérison spontanée en touchant le trajet et en dilatant en même temps l'urètre.

Mais lorsque le trajet est épidermisé, et que la muqueuse se continue avec la peau, il faut aviver, puis suturer, si l'on veut guérir la fistule. Quand il s'agit de petites fistules, on pratique l'avivement elliptique, et on suture la plaie transversalement par des points profonds et superficiels (fig. 213). Quand on pratique l'avivement ovalaire, il est bon de faire, par des incisions latérales à la partie supérieure et inférieure de l'ovale, des lambeaux latéraux que l'on détache des couches sous-jacentes, et que l'on unit au-dessus de la perte de substance (fig. 214).

Il est, d'autre part, un bon procédé qui consiste à séparer, après avivement des bords de la fistule, la peau de la muqueuse au niveau de la perte de substance, assez loin pour pouvoir affronter les bords de la muqueuse

sans tension par des points au catgut. Par-dessus ce premier plan, on suture la peau.

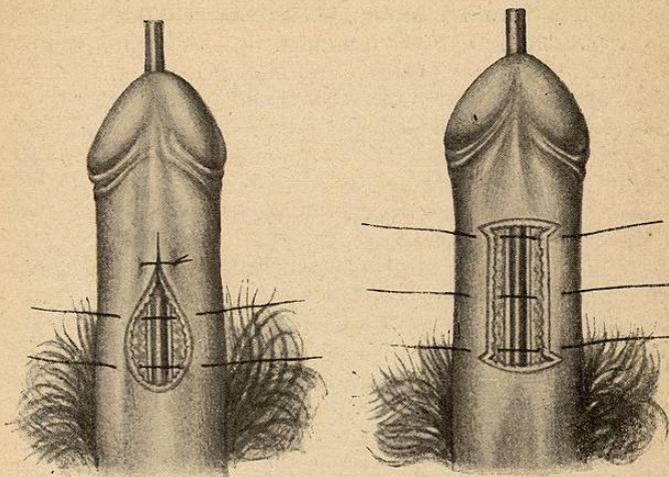


Fig. 213. — Fistule urétrale. Avivement elliptique. Suture.

Fig. 214. — Fistule urinaire. Avivement avec taille de lambeaux latéraux. Suture.

Quand il s'agit de pertes de substance étendues de l'urètre, on recouvre cette plaie avivée par un lambeau cutané pris sur la verge, de façon que sa surface cutanée soit tournée du côté de la lumière urétrale. Dans un deuxième plan, on suture la plaie de la peau.

Trop souvent, malheureusement, le succès de ces opérations est compromis par des émissions d'urine ou par des érections qui font sauter les sutures. L'émission d'urine compromet la guérison, qu'on établisse une sonde à demeure ou qu'on laisse le malade uriner spontanément. Il sera donc bon d'établir une fistule vésicale ou urétrale profonde provisoire, quand il s'agira d'opération plastique importante sur la verge.