CHAPITRE XV

OPÉRATIONS SUR L'APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME

PÉNIS

I. - CIRCONCISION 4

C'est l'excision partielle ou totale du prépuce. L'excision partielle est préférable dans le phimosis simple; elle suffit à faire disparaître le rétrécissement qui empêche de découvrir la glande et laisse d'autre part une petite calotte circulaire qui recouve la base du gland.

- 1º Soins préliminaires. Nettoyage aussi complet que possible. Anesthésie générale chez l'enfant; locale, chez l'adulte. L'anesthésie locale se pratiquera à la stovaine par injections préputiales ou mieux par formation d'une bague anesthésique à la racine de la verge (voy. p. 61).
- 2º Technique. a. Décollement des adhérences. Il existe bien souvent des adhérences entre le gland et le prépuce que l'on s'efforcera de détruire avec une sonde cannelée, enfoncée jusqu'au niveau du sillon balanopréputial. Cette libération n'est souvent possible et complète qu'après section du prépuce. Chez l'adulte, en particulier, après balanites antérieures, il y a parfois fusion complète entre le gland et son enveloppe et l'on doit sculpter le gland au bistouri.
- b. Section du prépuce. Détail essentiel à retenir : l'obstacle à lever siège sur le limbe muqueux; c'est lui seul qu'il importe d'atteindre. Or, lorsqu'on tire sur le prépuce, c'est uniquement la peau de la verge qui vient; le limbe rétréci reste en arrière, fixé dans la profondeur. On s'expose ainsi à supprimer la peau de toute la verge, sans même intéresser l'obstacle muqueux. Il faut donc se garder de tirer sur le prépuce.

Au ras du gland placer simplement une pince de Kocher, un peu oblique et parallèle à la rainure balano-préputiale.

En arrière ou en avant de la pince, couper franchement le prépuce au bistouri ou aux ciseaux. La peau se rétracte; la muqueuse reste en avant, exubérante

D'un coup de ciseaux, tendre la muqueuse sur la ligne médiane dorsale jusqu'à la base du gland. Rabattre de chaque côté les lambeaux muqueux triangulaires. Achever la

libération du gland et nettoyer soigneusement la rajnure balanopréputiale.

Avec les ciseaux, abattre les lambeaux sur les deux côtés du gland, en conservant une petite collerette muqueuse de quelques millimètres que l'on affrontera aux lèvres de la peau rétractée.

c. Hémostase et suture. — Faire soigneusement l'hémostase au catgut 00; lier en particulier l'artère du frein souvent intéressée. L'application d'un tampon imbibé d'adrénaline à 1 p. 1 000 peut rendre service.

Fig. 1207. — Circoncision.

Mise en place de la
pince (Ricard et Launay).

Réunir alors la lèvre muqueuse à la lèvre cutanée en les affrontant soigneusement, soit avec des sutures régulièrement espacées à la soie ou au catgut (fig. 1208), soit avec des serre-fines (fig. 1209),



Fig. 1208. — Réunion par suture (Ricard et Launay).



Fig. 1209. — Réunion par serre-fine (Ricard et Launay).

Les serre-fines, trop délaissées aujourd'hui constituent un excellent moyen de réunion propre et rapide; elles sont faciles à enlever et occasionnent un minimum de réaction.

- d) Réfection du frein. Si le frein est trop court, le couper transversalement d'un coup de ciseaux ou de bistouri, lier l'artériole qui saigne et réunir longitudinalement les lèvres de l'incision par deux points ou deux serre-fines.
- 3º Pansement. Soins consécutifs. On a recommandé de recouvrir la plaie avec un vernis occlusif (adhésol). Le plus simple est de faire passer le gland à travers une compresse aseptique, recouverte de vaseline stérilisée et de coiffer le gland avec une deuxième compresse semblable que l'on soulève au moment des mictions.
- Si l'on a mis des serre-fines, il faut les enlever au bout de vingt-quatre heures ou trente-six heures au maximum.

⁴ Marion, Sem. med., 1900, p. 369.

du bistouri (fig. 1210). Quelquefois hémostase complémentaire d'une ou

Rechercher la coupe de l'urètre, qu'il est toujours facile de reconnaître, en s'aidant, au besoin, d'un stylet mousse ou du bec d'une sonde can-

Introduire dans l'urètre une des branches de ciseaux droits, diviser sa

paroi inférieure et la peau sous-jacente dans l'étendue de 1 centimètre à

1 centimètre et demi, puis réunir par des points de suture entrecoupés au

catgut la peau et la muqueuse sur chaque lèvre de cette petite incision.

Cet hypospadias artificiel a pour but de prévenir le rétrécissement ultérieur

La verge ne reprend un aspect présentable qu'au bout de plusieurs jours.

1° Débridement. — On tend la verge en rabattant le gland vers le bas. Sur la face dorsale, au niveau du sillon transversal provoqué par la bride, on pratique une incision médiane, antéro-postérieure, qui coupe méthodique-

L'étranglement est levé; il suffit de réunir d'avant en arrière dans le sens transversal, les deux levres de l'incision antéro-postérieure, ce qui

Secondairement, la circoncision sera pratiquée.

2º Circoncision. — Par deux incisions circulaires situées l'une en avant, l'autre en arrière du sillon constricteur, et qui se réunissent à la face inférieure de la verge, on emporte, après dissection, une sorte de bague muqueuse à chaton supérieur, comprenant la bride d'étranglement.

Les deux lèvres de la section sont ensuite suturées au catgut fin.

III. - AMPUTATION DE LA VERGE

Elle peut être partielle ou totale.

Fig. 1210. - Coupe trans-

versale de la verge.

Corps caverneux avec les ar-tères caverneuses près de la cloi-

son. Au-dessus et au milieu, dans l'axe de la cloison, la veinc dorsale profonde. A côté de celles-ci les artères dorsales

celles-ci les arteres dorsales (points clairs) et les nerfs dorsaux (points pleins). Au-dessus de la veine dorsale profonde, un peu à droite sous la peau, la veine dorsale superficielle. Corps spongieux de l'urêtre avec deux artères urêtrales (points clairs).

1º Amputation partielle. — Pendant qu'un aide placé à droite du sujet, rétracte vers le pubis le fourreau de la verge, prendre le gland entre les premiers doigts de la

main gauche et tirer la verge en avant.

Au niveau de la section, avec le bistouri, diviser le fourreau par deux traits demi-circulaires. L'aide cesse la rétraction, mais comprime la racine de la verge avec le médius droit contre l'arcade pubienne (Chalot), pour faire l'hémostase préventive.

Prendre de forts ciseaux et diviser les corps caverneux et l'urètre, d'un coup, de haut en bas, au ras de la section du fourreau. Ou bien, afin d'éviter la rétraction de l'urêtre, diviser seulement les corps caverneux au bistouri; arriver sur l'urètre, le disséquer sur une longueur de 1 à 2 centimètres et le couper alors seulement.

Faire l'hémostase définitive. Quatre artères, les deux dorsales et les deux caverneuses, celles-ci

placées au milieu du tissu caverneux, plus ou moins près de la cloison. Lier au catgut les deux premières ; lier de même les deux autres ou les forcipresser, après avoir tiré en avant à l'aide d'un ténaculum artères et

II. - PARAPHIMOSIS

ment tous les tissus jusqu'au delà de l'obstacle.

amène l'élargissement du prépuce.

Suturer de même la muqueuse à la peau sur tout le reste de la coupe.

2º Amputation totale ou prépubienne. — a. Procédé de Delpech et de Buisson. — Ce procédé | consiste à séparer les bourses en deux moitiés, avant

d'amputer la verge à la racine, et à suturer ensemble, après l'amputation, les lèvres antérieure et postérieure de chaque moitié scrotale (fig. 1211).

deux artères urétrales.

de la coupe de l'urètre.

nelée.

b. Procédé de Thiersch. — Transplantation de l'urètre dans le périnée. - Après avoir amputé la verge au-devant de la symphyse pubienne, fendre le scrotum sur la ligne médiane, ou bien ouvrir une breche antéro-postérieure sur la peau périnéale près du scrotum; séparer l'urêtre ainsi que son corps spongieux d'avec les corps caverneux du pénis; puis fixer par quatre points de suture la coupe urétrale à la partie postérieure de la plaie ou boutonnière pé-

rinéale. Cette opération qui a été pratiquée maintes fois en Allemagne (Thiersch, Kuster, Volkmann, Dittel, Albert, etc.), a pour but de soustraire le scrotum au contact irritant des urines au moment

de la miction.

1109

Fig. 1211. - Amputation de la verge par le procédé de Delpech et Buisson.

Bourses séparées et suturées isolément.

c. Procédé de Montaz (de Grenoble). — Urétrostomie périnéale. — Voulant également soustraire au contact de l'urine la surface cruentée et, plus tard, la cicatrice qui la remplace, Montaz propose de créer après l'amputation prépubienne du pénis une ouverture permanente à la région bulbaire de

Après s'être placé à droite, diviser la peau en raquette par une incision qui commence au centre de la région pubienne, descend à gauche à 3 centimètres de distance de la racine de la verge, suit le bord gauche des bourses jusqu'à leur point le plus déclive, devient alors transversale, puis remonte en suivant le bord droit des bourses et va rejoindre son point de départ.

Extirper la verge comme une tumeur en procédant à petits coups et en fai-

sant la forcipressure successive des artères.

Le pénis une fois enlevé au ras du pubis, introduire une sonde cannelée droite dans le canal jusqu'à la région périnéo-bulbaire, mettre le sujet en position de la taille périnéale, et, pendant qu'un aide, en tenant la sonde, fait bomber le périnée, arriver d'un coup de pointe dans la rainure de la sonde, puis agrandir la brèche : en tout 2 centimètres.

Saisir la muqueuse urétrale à travers la boutonnière périnéale, et la fixer à la peau par une couronne de points au crin de Florence. Retirer la sonde.

Ramener ce qui reste de scrotum vers l'angle de l'incision et l'y fixer par un ou deux points au crin de Florence. Réunir de mème à la peau marginale les parties correspondantes de l'incision. Enfin installer deux drains et appliquer un pansement.

IV. - EXTIRPATION DE LA VERGE

Par extirpation de la verge on doit entendre non seulement la suppression de son corps jusqu'à l'arcade pubienne, mais aussi de ses racines caverneuses et même spongio-bulbaire, avec création d'un méat périnéal. (Pearce Gould.)

Elle est indiquée dans les cancers diffus de cet organe.

a. Le sujet étant mis en position de la taille, diviser la peau sur toute la longueur du raphé scrotal; puis, avec les doigts et le manche du bistouri,

séparer complètement les deux bourses jusqu'au corps spongieux de l'urètre.

b. Passer un cathéter plein dans l'urètre jusqu'au ligament triangulaire (sous l'arcade), et engager un bistouri transversalement entre les corps caver-

neux et le corps spongieux.

Le cathéter une fois retiré, sectionner l'urêtre en travers; puis détacher son extrémité profonde d'avec le pénis jusqu'en arrière du ligament triangulaire. Cerner l'insertion du pubis par une incision qui se continue en arrière avec l'inci-

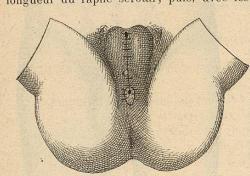


Fig. 1212. — Extirpation de la verge par le procédé de Pearce Gould.

sion médiane précédente; diviser le ligament suspenseur, et isoler la verge jusqu'à l'attache des racines caverneuses. Avec une rugine séparer ces dernières des branches ischio-pubiennes. Hémostase des deux artères caverneuses et des deux artères dorsales de la verge.

c. Fendre le moignon urétral en arrière sur une hauteur de 1 centimètre et demi, et coudre les levres de la fissure à la partie postérieure de l'incision scrotale.

d. Enfin, fermer cette incision par une série de points après avoir posé un drain qui sort en avant et en arrière de la ligne de réunion (fig. 1212). Pas de sonde à demeure.

Règle invariable : lorsqu'on ampute ou extirpe la verge pour un cancer, il faut enlever les ganglions inguinaux tributaires, que ces ganglions soient manifestement ou non malades.

V. - ÉMASCULATION TOTALE 1

C'est l'ablation totale de tous les organes génitaux externes. Exécutée d'abord par Paci et Morisani, cette opération fut en France conçue par Chalot, ignorant des faits italiens, et dénommée par lui « émasculation totale ».

Elle n'est indiquée que dans les cas où le cancer a envahi non seulement toute ou presque toute la verge, mais encore les racines, les enveloppes des bourses, les testicules eux-mêmes, les cordons spermatiques.

Procédé de Chalot. — Nous recommandons surtout l'emploi des ciseaux parce que la perte de sang est beaucoup moindre qu'avec le bistouri.

a. Section des cordons spermatiques et ligature isolée de leurs vaisseaux.

- Le malade étant étendu sur le dos, mettre à nu chaque cordon par une

incision verticale qui commence à un travers de doigt au-dessus de l'anneau inguinal externe. Hémostase de quelques rameaux de l'artère souscutanée abdominale. Isoler le cordon de sa gaine celluleuse; le serrer provisoirement le plus haut possible entre les mors d'une pince à forcipressure, le sectionner un peu au-dessous d'un coup de ciseaux, lier séparément les vaisseaux sur la coupe, puis enlever la pince et làcher le moignon du cordon, qui se rétracte dans le canal inguinal.

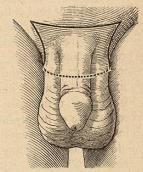


Fig. 1213. — Émasculation totale. Tracé de l'incision (Duval).

b. Ablation en bloc des bourses et de la verge.

— L'hémostase des cordons une fois assurée, le malade étant mis en position de la taille périnéale et les cuisses convenablement écartées, —

prolonger l'incision droite en bas et en arrière, contourner la racine de la bourse droite et arriver sur le raphé périnéo-scrotal à 3 centimètres audevant de l'anus. Prolonger de même en bas l'incision gauche, contourner la racine de la bourse gauche et rejoindre l'autre incision sur le raphé. Forcipressure, au fur et à mesure, des branches ou rameaux des artères honteuses externes, périnéales superficielles, artères de la cloison.

Réunir le haut des incisions primitives ou parafuniculaires par une incision un peu concave en bas qui croise la face antéro-supérieure de la région symphysienne, à quelque distance de la zone infiltrée par le néoplasme autour de la racine de la verge (fig. 1213).

Avec de forts ciseaux demi-courbes, diviser d'abord le tissu cellulo-vasculaire sous-cutané et le ligament suspenseur de la verge jusqu'à ce que la racine de cette dernière soit bien dégagée de tous les côtés; puis trancher

^{&#}x27; Chalol, Congrès de chir. de Lyon, 1894.

nettement la racine et les tissus sous-jacents au-devant de l'arcade pubienne. Aussitôt se produisent plusieurs jets de sang : une ou les deux artères dorsales de la verge, les deux artères caverneuses en plein corps caverneux, et les bulbo-urétrales en plein corps spongieux ; ces quatre derniers vaisseaux donnent abondamment, mais on les aveugle sans peine avec une série de pinces hémostatiques.

c. Dissection des racines des corps caverneux et suture de la coupe urétrale au périnée. — Après avoir reconnu la tranche transversale du canal de l'urètre (dépression infundibuliforme, rose, à contour froncé, en cul de poule) et son tissu spongieux environnant, ce qui est très facile sur le vivant comme sur le cadavre, introduire un cathéter dans l'urètre; séparer ce dernier d'avec les corps caverneux, toujours au moyen des ciseaux, en coupant à droite et à gauche les muscles bulbo-caverneux; et poursuivre l'isolement de l'urètre jusqu'à dégagement suffisant des racines des corps caverneux.

Séparer à leur tour celles-ci, dans toute leur longueur, d'avec les branches ischio-publiennes, en rasant le plan osseux. Forcipressure, puis ligature des deux artères caverneuses sectionnées avant leur entrée dans les corps caverneux sous l'arcade publienne; même conduite pour la veine dorsale profonde de la verge, qui donne un gros jet médian noir; au besoin, ligature analogue d'une ou de deux artères dorsales.

Si cela est nécessaire par le néoplasme, séparer maintenant le bulbe d'avec l'urètre et le retrancher. En tout cas, resciser la partie saillante de l'urètre, et suturer immédiatement la muqueuse de la nouvelle coupe à la peau du périnée dans l'angle postérieur de l'incision raphéale par un cercle de crins de Florence : quatre de chaque côté, un en arrière; cette manœuvre est aisée et permet d'arrêter à l'instant l'hémorragie des corps spongieux.

d. Évidement ganglionnaire des deux aines et suture de la plaie. — Les membres inférieurs étant maintenus en extension par un aide, prolonger un peu en dehors les incisions qui avaient servi à découvrir les cordons spermatiques, disséquer les téguments de haut en bas vers la base du triangle de Scarpa, et, pendant qu'on fait bâiller largement avec des écarteurs la plaie inguino-crurale, énucléer par diérèse mousse ou vive à la manière ordinaire tous les ganglions suspects ou manifestement affectés. L'hémostase achevée partout et la plaie bien essorée, réunir en T les lèvres de l'incision générale; aucun drainage. La branche verticale du T doit être fermée jusqu'au-dessus du nouveau méat périnéal; la commissure supérieure de ce dernier doit être, en outre, exactement cousue à l'angle des lèvres cutanées par deux autres crins de Florence, qui complètent la couronne des points muco-cutanés (fig. 1214). On évite ainsi l'infiltration de l'urine au-dessous de la ligne générale de réunion, et l'on diminue dans une certaine mesure le rétrécissement plus ou moins grand qui survient plus tard fatalement

dans le méat. Ce dernier mesure 2 centimètres de hauteur environ après l'opération. Sonde de Malécot, ou de Pezzer à demeure; pansement, bandage en T, etc.

Il est clair que le manuel opératoire que nous venons de tracer ne

peut être toujours suivi rigoureusement dans tous ces détails; ainsi, l'on est quelquefois forcé d'intervertir la succession des temps, d'enlever une plus grande zone de parties molles sur telle ou telle région ambiante ou même d'entamer le squelette, de laisser des pinces à demeure au lieu de poser des ligatures, de reporter la ligne verticale de réunion sur un côté plus que sur l'autre, etc.; mais ces modifications ne

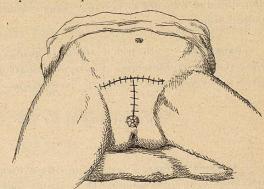


Fig. 1214. — Émasculation totale. Suture finale d'après l'un des opérés de Chalot.

changent rien au plan général et aux temps fondamentaux de l'opération.

L'émasculation totale n'est pas une opération très grave; tous les opérés ont guéri et Chalot a obtenu des cures durables.

11

VAGINALE

1. — PONCTION DE LA VAGINALE HYDROCÈLE

Le chirurgien, placé à droite, explore le scrotum distendu et recherche la situation exacte du testicule. Celui-ci est, d'habitude, en bas et en arrière; c'est donc en avant qu'on ponctionnera.

- a. Ponction. Entre le pouce et les autres doigts de la main gauche, saisir largement la bourse malade à sa racine et l'étreindre pour refouler le liquide en avant et tendre la peau. De la main gauche, prendre un trocart et d'un coup sec l'enfoncer franchement en haut et en avant, jusque dans la vaginale. Retirer le mandrin; le liquide coule, tandis que la main gauche maintient le trocart en place et l'empêche de fuir la vaginale qui se rétracte.
- b. Anesthésie de la vaginale. A l'aide d'un petit entonnoir ou d'une scringue adaptés à l'extrémité du trocart, introduire dans la séreuse quelques centigrammes d'une solution de stovaïne à 1 p. 200 qu'on laisse séjourner pendant cinq minutes.