

deux lambeaux cutanés superposés par leurs faces cruentées, comme l'indiquent les figures 836 et 837.

(Si on a cru devoir, avant cette série d'opérations, dériver l'urine par la création d'une fistule urinaire périnéale tempo-

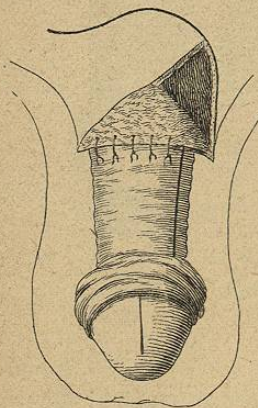


Fig. 836.

Procédé de Thiersch. Oblitération de l'orifice postérieur. Premier lambeau.

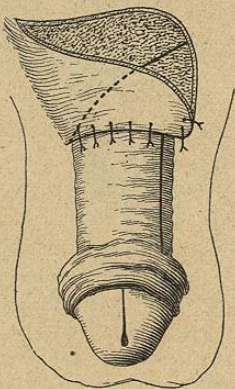


Fig. 837.

Procédé de Thiersch. Oblitération de l'orifice postérieur. Deuxième lambeau.

raire, il reste à oblitérer cette fistule par les moyens habituels).

Procédé de Duplay. — On commence par redresser la verge au moyen d'incisions suffisamment profondes, et plus ou moins nombreuses, selon les besoins.

On crée ensuite un canal, depuis le gland jusque près de l'orifice anormal, en déprimant la cloison des corps caverneux pour y placer une sonde. Si cela est nécessaire, on pratique sur la ligne médiane une longue incision longitudinale qui permet de placer la sonde.

De chaque côté de la gouttière, sur la face supérieure de la verge, on avive deux bandelettes (fig. 838), larges d'un demi-centimètre environ, et on les adosse par-dessus la sonde pour fermer

le canal. La suture doit être faite comme pour l'hypospadias¹ (fig. 839).

Pour consolider, parfaire et cacher la suture, on dispose le prépuce sur la face supérieure de la verge, comme dans le procédé de Thiersch.

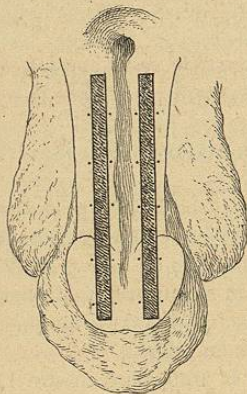


Fig. 838.

Epispadias. Procédé de Duplay. Avivement.

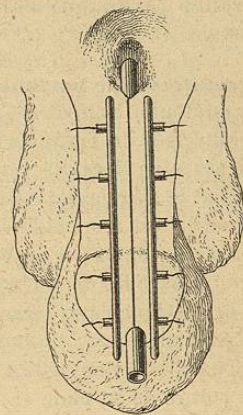


Fig. 839.

Epispadias. Procédé de Duplay. Sutures.

Lorsque le canal est pris depuis quelque temps, on oblitére la fistule anormale comme dans la cure de l'hypospadias.

PROSTATE

Incision prérectale (abcès de la prostate). — Le malade placé les cuisses fléchies sur l'abdomen, un doigt protégé d'un doigtier repérant le rectum, on pratique, à 1 centimètre environ en avant de l'anus, une incision transversale courbe, concave en arrière. La peau et la graisse traversées, on coupe les tissus fibro-musculaires médians jusqu'à ce qu'on ait libéré le

¹ Voy. p. 372, t. II.

bulbe qu'on récline en haut. On arrive ainsi bientôt au bec de la prostate, puis on pénètre dans la glande.

Prostatectomie. — Voie sus-pubienne. — La prostatectomie par cette voie n'est que partielle, et consiste à enlever une saillie prostatique obstruant le canal urétral; ou bien elle est totale.

Prostatectomie partielle. — On ouvre la vessie comme pour une cystotomie ordinaire¹, le malade étant placé dans la position renversée de TRENDELENBURG.

On examine la cavité vésicale, le méat, on explore l'urètre et reconnaît le siège exact de l'obstacle.

La saillie est alors enlevée de façon variable suivant sa forme et son siège : on excise en **V** le pédicule d'une tumeur pédiculée, puis on suture les deux lèvres de la brèche; on enlève un **V** de tissu prostatique assez large et profond sur une saillie transversale, puis on suture; on énuclée, après incision de la muqueuse, un lobe saillant non pédiculé, médian ou latéral.

La suture de la plaie en **V** ou de la muqueuse assure l'hémostase.

Puis on ferme complètement avec sonde à demeure, ou on draine la vessie, selon qu'il s'agit d'un prostatique non infecté ou infecté, ou bien qu'il persiste ou non un suintement sanguin.

Prostatectomie totale transvésicale. — Procédé de M. Freyer.² C'est l'énucléation de la totalité de la prostate attaquée successivement dans ses deux moitiés latérales à travers la muqueuse vésicale. L'énucléation est possible, grâce à la division de la glande en deux organes distincts, unis en avant et en arrière de l'urètre prostatique par des commissures. Chacune des prostatites est enveloppée, sauf au niveau de ces commissures,

¹ Voy. p. 326, t. II.

² M. FREYER. *Britisch Medical Journal*, 21 juillet, 1901 et *Presse médicale*, 1903. JARVIS et R. PROUST. La méthode de Freyer, 19 août, n° 66.

par une *capsule fibreuse propre* qui fait corps avec elle, et est contenue dans la *gaine prostatique* créée aux dépens des fascia recto-vésicaux. C'est entre la capsule fibreuse et la gaine que se trouve le plan de clivage, dont la découverte facile permet l'énucléation de la prostate. Les adhérences entre les deux glandes au niveau des commissures et les adhérences à l'urètre se relâchent à mesure que la prostate s'hypertrophie, ce qui facilite l'énucléation et permet de laisser l'urètre intact.

Le malade étant placé sur le plan incliné, on pratique une cystotomie sus-pubienne large, l'incision vésicale allant jusqu'au cul-de-sac péritonéal récliné. Les bords de l'ouverture vésicale étant fixés, par des fils ou des pinces, aux lèvres de la plaie abdominale, on place dans la vessie de larges écarteurs qui permettent l'examen du fond vésical.

Une sonde béquille a été placée et laissée dans l'urètre.

FREYER recommande de placer un index dans le rectum pendant que l'autre explore, puis énuclée les lobes prostatiques, le doigt rectal refoulant la prostate pour la rendre plus saillante. LOUMEAU¹ put se passer sans inconvénient de l'aide de ce doigt rectal.

Sur le point culminant d'un des lobes prostatiques latéraux, on incite la muqueuse vésicale dans le sens antéro-postérieur. L'index arrive rapidement, sous la muqueuse, au contact du lobe qu'il commence à énucléer en cheminant dans le plan de clivage. Lorsque la *capsule fibreuse* est séparée de la *gaine* en dehors, on amène le doigt sur la face interne du lobe que l'on sépare de l'urètre, repéré grâce au cathéter. Le lobe est ainsi enlevé par traction en un ou plusieurs fragments.

Par une incision et des manœuvres semblables, on isole et dégage l'autre lobe, et on l'extrait de même.

L'urètre reste intact, appliqué contre la symphyse pubienne.

Lorsque les commissures trop résistantes ont empêché les lobes de s'écarter et de se séparer, ce qui est l'exception, l'urètre vient en un seul bloc avec la prostate.

¹ E. LOUMEAU (de Bordeaux). *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1904, n° 2, p. 429.

Dans aucun cas, on ne suture la muqueuse vésicale. Les lambeaux vésicaux s'affaissent dans la cavité et s'appliquent sur les parois de la gaine.

Une irrigation chaude arrête l'hémorragie veineuse, puis on installe le drainage sus-pubien habituel par les tubes Guyon-Périer.

Les suites opératoires sont celles d'une cystotomie sus-pubienne suivie de drainage¹.

Voie périnéale. — Prostatectomie sous-capsulaire². — Le malade est placé dans la position de la taille, sur le plan incliné, de façon à présenter très élevée la région périnéale. R. PROUST a même imaginé une table spéciale (fig. 840) destinée à présenter le périnée horizontalement sous les yeux de l'opérateur. Une sonde est placée dans l'urètre aussi loin que possible.

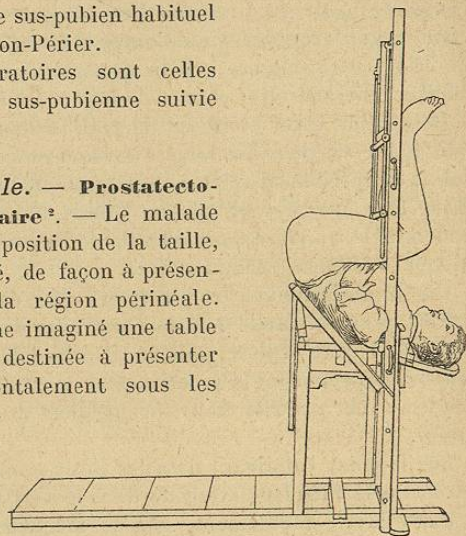


Fig. 840.

Position périnéale inversée pour la prostatectomie (R. PROUST).

On pratique une large incision pré-rectale, bi-ischiatique (fig. 841), qui permet, après section du tissu cellulaire et du raphé fibreux médian, d'arriver sur la prostate que l'on décolle du rectum, comme dans l'extirpation périnéale du rectum³.

Une large valve écarte en arrière le rectum (fig. 841). On abaisse le rectum directement, sans traction en arrière, si le malade est sur le lit de R. PROUST.

¹ Voy. p. 329, t. II.

² PROUST. *Presse médicale*. 30 octobre 1901, p. 244.

³ Voy. p. 274, t. II.

On peut encore amener plus au dehors la prostate en utilisant le « désenclaveur » de R. PROUST.

La tige femelle de l'instrument représente une tige coudée que l'on introduit par une boutonnière faite à la jonction de l'urètre membraneux et de l'urètre prostatique, concavité tournée vers le pubis. Lorsque l'instrument est dans la vessie, on

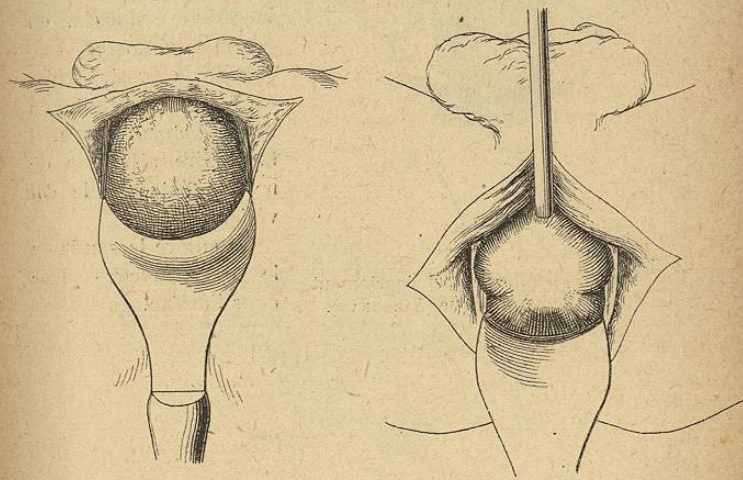


Fig. 841.

Prostatectomie. Mise à nu de la face postérieure de la glande (R. PROUST).

Fig. 842.

Prostatectomie. Hernie de la prostate par le désenclaveur (R. PROUST).

le retourne pour loger le bec dans le bas-fond vésical, et on rabat le manche vers l'abdomen. La prostate fait saillie entre les releveurs (fig. 842).

Cet instrument ne peut du reste produire ce résultat que si le malade est sur la table spéciale en position inversée.

Que l'on emploie ou non la position inversée et le désenclaveur, si cela est nécessaire pour bien voir, on coupe les faisceaux antérieurs des muscles releveurs.

On incise alors sur la ligne médiane la capsule prostatique,

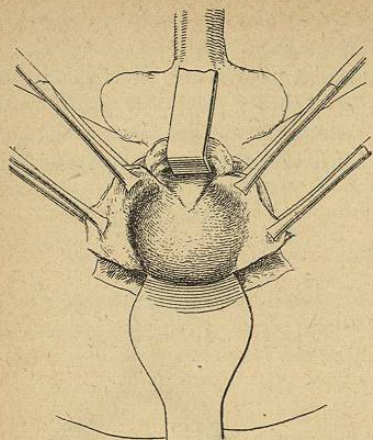


Fig. 843. — Décollement et écartement de la capsule prostatique (ALBARRAN).

en partant du bec, et on dissèque chaque moitié de cette capsule aussi loin que possible sur les côtés (fig. 843).

La face postérieure de la glande exposée, on pratique l'hémisection totale de la prostate (fig. 844), en ouvrant en même temps l'urètre. Il faut faire attention de ne pas entamer le col vésical.

On enlève la sonde ou le désenclaveur placé dans l'urètre.

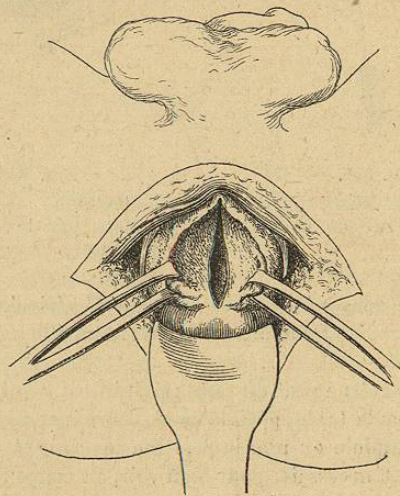


Fig. 844.

Prostatectomie. Hémisection et ouverture de l'urètre (R. PROUST)

On extirpe alors, successivement à droite et à gauche, la moitié entière si l'hypertrophie est peu considérable. Le plus souvent il faut employer le morcellement.

On commence par disséquer la prostate de l'urètre, et là l'adhérence est intime, il faut disséquer aux ciseaux sans entamer l'urètre (fig. 845). Plus loin, derrière la vessie, le décollement est plus facile, et se fait au doigt.

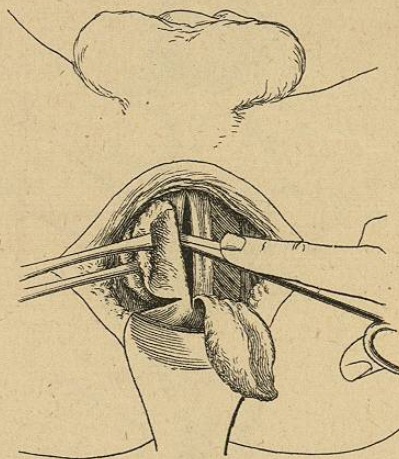


Fig. 845.

Prostatectomie. Dissection des lobes au niveau de l'urètre (R. PROUST).

Pour enlever le lobe médian, ALBARRAN conseille d'introduire dans la vessie, par l'ouverture de l'urètre, l'index gauche (fig. 846). Avec ce doigt, on attire la muqueuse dans la brèche urétrale, et on reconnaît la saillie. Si elle est pédiculée, on l'excise; si elle est sessile, on l'énuclée après incision de la muqueuse que l'on suture.

La prostate enlevée, on suture l'urètre par points séparés non perforants, en laissant en bas le passage d'un drain qui plonge dans la vessie et conduit l'urine hors du périnée. On rapproche

les releveurs, tamponne la plaie à la gaze stérilisée et rétrécit l'incision cutanée.

La gaze du tamponnement est, comme d'habitude, enlevée après quarante-huit heures.

Le drain périnéal, supprimé après cinq ou six jours, est remplacé par une sonde à demeure urétrale. Après la suppression

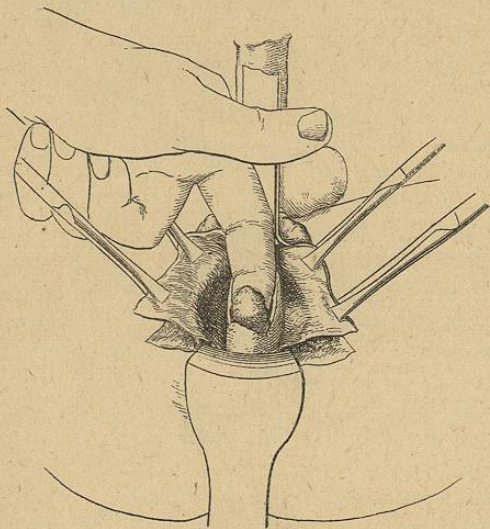


Fig. 846.

Extirpation du lobe médian (ALBARRAN).

de la sonde (dix à douze jours en tout), on dilate l'urètre avec les béniqués.

La fistule périnéale met un temps variable à se fermer (au moins une quinzaine de jours).

Prostatectomie totale (R. Proust). — La prostate est abordée comme dans l'opération précédente. Au lieu d'ouvrir la capsule et de faire l'hémisection médiane, on va couper complètement l'urètre pour enlever la prostate sans la morceler.

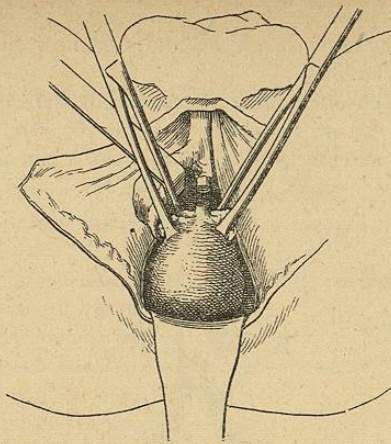


Fig. 847. — Prostatectomie totale. Section de l'urètre (R. Proust).

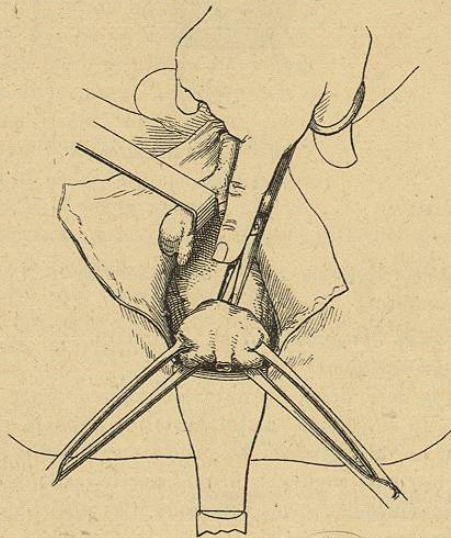


Fig. 848.

Prostatectomie totale. Bascule de la prostate. Section du col (R. Proust).

L'urètre membraneux est reconnu grâce au cathéter, isolé le plus haut possible sous le bec de la prostate et coupé transversalement (fig. 847).

On bascule ensuite la prostate en la saisissant avec de fortes pinces au niveau de la section urétrale (fig. 848) et en tirant fortement en arrière. On dégage ainsi peu à peu la prostate sur

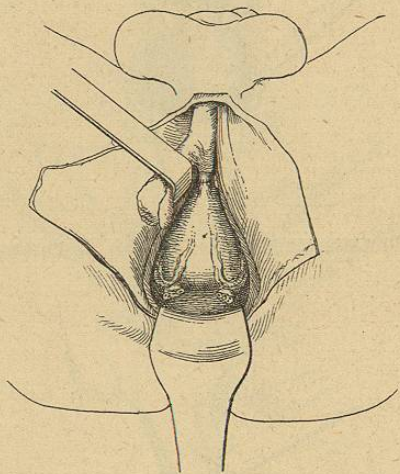


Fig. 849.

Prostatectomie totale. Suture uréthro-vésicale (R. PROUST).

toutes ses faces, progressivement, refoulant avec le doigt les veines péri-prostatiques.

Arrivé à la base de la prostate, on coupe l'urètre, quelques millimètres au-dessous de son implantation vésicale, en plaçant sur le canal un fil d'attente. La prostate se détache et permet d'aborder les deux pédicules formés par les canaux déférents, les vésicules séminales et les vaisseaux. Ces pédicules sont liés avec soin et coupés (fig. 849).

On termine l'opération par la suture bout à bout de l'urètre,

comme après une urétréctomie totale¹ (fig. 849); la vessie s'abaissant facilement.

IV. — APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME

PÉNIS

Circuncision. — 1° *Pour Phimosis.* — L'opération est très simple. Il faut enlever la peau trop longue, mais se garder d'en trop enlever.

Tendant le prépuce sans tirer, afin de ne pas prendre trop de peau, on place, au ras du gland, une pince à mors allongés, un peu obliquement dirigée de haut en bas et d'arrière en avant (fig. 850). On serre à peine les mors de la pince, assez pour la maintenir en place, par trop pour ne pas écraser la peau, et on incise avec un bistouri soit en avant et au ras de la pince (fig. 850), soit immédiatement en arrière de la pince (fig. 850), serrée à fond, en tirant un peu sur cette pince pour ne pas entamer le gland.

La section faite, la pince enlevée, la peau se rétracte sur la verge et découvre la muqueuse non coupée, qui reste appliquée sur le gland.

On soulève cette muqueuse, on introduit entre elle et le gland une branche d'une paire de ciseaux mousses, et on incise jusqu'au niveau de la peau rétractée (fig. 851).

C'est le moment de détruire, à la sonde cannelée ou au bistouri selon leur résistance, les adhérences qui existent souvent entre le gland et cette muqueuse.

On régularise ensuite la muqueuse en supprimant avec des



Fig. 850.

Circuncision. Section du fourreau cutané, devant ou derrière la pince qui limite la résection.

¹ Voy. p. 363, t. II.