

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

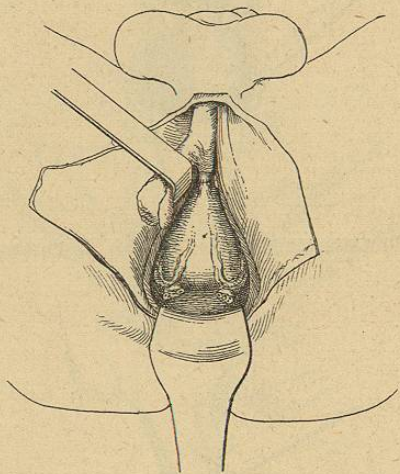


Fig. 849.

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 totale<sup>1</sup> (fig. 849); la vessie s'abaissant facilement.

## IV. — APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME

## PÉNIS

**Circumcision.** — 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.

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

<sup>1</sup> Voy. p. 363, t. II.

ciseaux les angles résultant de l'incision dorsale (fig. 851).

Il faut alors lier avec soin tous les vaisseaux qui saignent, s'appliquant à faire une hémostase complète pour éviter tout hématome.



fig. 851.

Section de la muqueuse.

Puis, on affronte sur tout le pourtour la muqueuse à la peau, par des sutures de catgut que l'on n'aura pas à retirer (fig. 852), ou par des serre-fines (fig. 853) que l'on enlève au bout de 2 ou

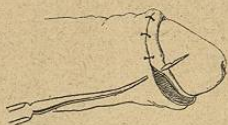


Fig. 852.

Suture muco-cutanée au catgut.

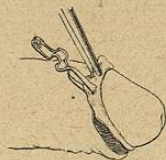


Fig. 853.

Affrontement par les serre-fines.

3 jours. La réfection du frein demande un peu d'attention, pour le faire suffisamment long.

2° *Pour Paraphimosis*. — On circonscrit, par deux incisions circulaires une bague comprenant le point rétréci, et on extirpe cette bague.

Une incision circulaire est tracée sur la muqueuse, en avant du sillon d'étranglement. Une deuxième incision parallèle à la première est tracée sur la peau, en arrière du rétrécissement. Une petite incision longitudinale réunit ces deux cercles sur le dos de la verge, comprenant toute l'épaisseur des téguments œdématisés.

On dissèque successivement, des deux côtés, les deux moitiés de l'anneau, on enlève ainsi l'orifice étroit du prépuce avec une certaine étendue de peau et de muqueuse.

La plaie nettoyée et l'hémostase faite, il ne reste qu'à suturer muqueuse à peau pour avoir terminé la circoncision.

**Amputation de la verge. — A la partie moyenne.** — La peau étant rétractée vers le pubis, on l'incise circulairement, pinçant les artères dorsales. On incise nettement les corps caverneux sans couper l'urètre, et on conserve ce canal un peu plus long que le corps caverneux, en le sectionnant.

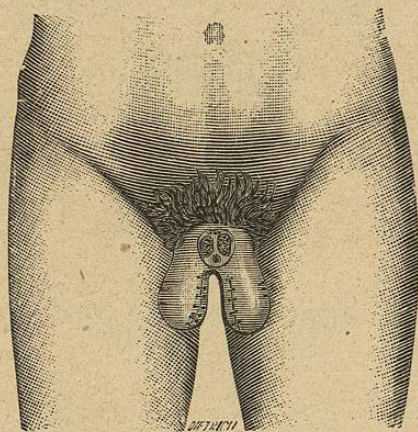


Fig. 854.

Amputation de la verge par le procédé de Delpech et de Buisson (CHALOT).

Les artères caverneuses pincées et liées, on suture la coupe de chaque corps caverneux, affrontant leur gaine fibreuse et cachant le tissu caverneux. L'extrémité de la verge est ainsi rendue plus ou moins effilée.

Pour éviter la sténose du nouveau méat, on fend d'un centimètre environ, la paroi inférieure du canal, pour en agrandir

l'orifice. On suture le pourtour de cet orifice urétral avec le pourtour de la peau ramenée sur l'extrémité des corps caverneux. Une sonde est placée dans l'urètre.

On extirpe, s'il est besoin, les ganglions inguinaux.

**A la racine de la verge.** — L'amputation en elle-même est semblable, mais la confection du nouveau méat est plus difficile.

On peut diviser le scrotum en deux moitiés (DELPECH, BUISSON) et suturer chaque moitié isolément (fig. 854), de façon à éviter l'écoulement de l'urine sur le scrotum. La suture de l'urètre se fait à la peau du scrotum divisé.

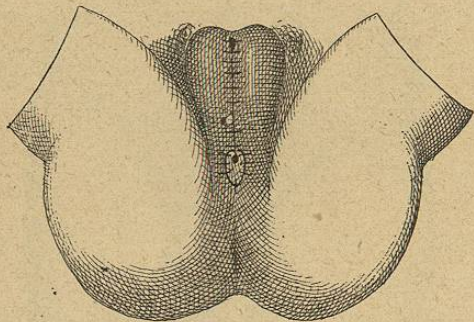


Fig. 855.

Extirpation de la verge. Procédé de Pearce-Gould.

Ou bien après l'amputation, on crée un méat périnéal (urétrostomie périnéale, voy. p. 362) (MONTAZ).

Si on place le méat urinaire au périnée, il est préférable de pratiquer l'*extirpation totale de la verge* (PEARCE-GOULD). On sépare complètement les deux bourses; et au lieu d'amputer transversalement la verge, on dissèque et on extirpe complètement le corps spongieux avec l'urètre jusqu'à l'urètre membraneux, et les deux corps caverneux jusqu'à leur insertion aux branches ischio-pubiennes.

On abouche ensuite au périnée le bout supérieur de l'urètre élargi, et on referme le scrotum (fig. 855).

**Émasculatation totale.** — *Procédé de Chalot.* — Le malade étant couché sur le dos, on commence par lier et diviser les deux cordons spermatiques, au niveau de l'anneau inguinal extérieur, comme pour la castration<sup>1</sup>.

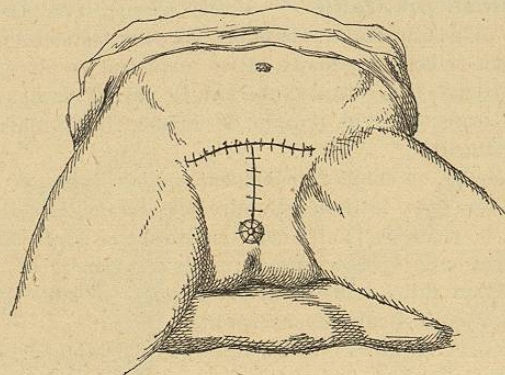


Fig. 856.

Émasculatation totale (CHALOT).

Le malade est alors placé dans la position de la taille. Les deux incisions funiculaires sont continuées par en bas et contournent la racine des bourses pour se réunir sur le raphé périnéal, à 3 centimètres au-devant de l'anus. On réunit en haut les extrémités supérieures des incisions latérales par une incision légèrement concave en bas, située au niveau de la symphyse.

On enlève alors toutes les parties envahies par le néoplasme, le plus largement possible, extirpant le corps spongieux et les corps caverneux, comme dans le procédé de Pearce-Gould.

On abouche à l'extrémité inférieure de l'incision, c'est-à-dire au périnée, le bout supérieur de l'urètre, et on ferme la plaie en réunissant en T, avec drainage (fig. 856).

<sup>1</sup> Voy. p. 403.

Une sonde à demeure est placée dans l'urètre périnéal.  
Il est évident qu'il faut, en même temps, extirper les ganglions inguinaux envahis.

## SCROTUM

**Résection du scrotum** (Varicocèle). — *Procédé sans hémostase préalable.* — L'aide refoule, avec les doigts écartés, pulpe tournée vers le pubis, les deux testicules jusqu'au niveau des orifices inguinaux, et les maintient en place, tenant entre ses doigts le scrotum exubérant. De grands clamps courbes à peine serrés peuvent remplir le même office, mais moins commodément.

Au bistouri, on coupe franchement, mais couche par couche, la peau d'un côté, le tissu cellulaire sous-cutané, la cloison des bourses, la peau de l'autre côté, enlevant une large languette médiane et antéro-postérieure, du pénis au périnée.

La section faite, l'aide écarte les doigts et laisse étaler la plaie, les deux testicules apparaissent.

On pince et lie alors tous les vaisseaux qui saignent, sans en laisser, et ils sont généralement nombreux.

Il ne reste plus qu'à repérer la cloison par quelques pinces échelonnées, à loger de part et d'autre les testicules, et à suturer les deux lèvres de la plaie scrotale, dans le sens antéro-postérieur, ayant soin de comprendre la cloison dans ces sutures.

Les testicules tendent constamment à s'échapper hors des bourses, et, pour les maintenir à leur place, on peut placer, avant les sutures, des pinces prenant à la fois les deux lèvres de la peau et la cloison. Les fils sont ainsi plus aisément placés.

Cette résection scrotale peut être unie à la résection veineuse, sans incision complémentaire. En relevant la peau du scrotum on peut explorer le cordon jusqu'à l'anneau inguinal.

*Procédé avec hémostase préalable.* — La section du scrotum, toujours aussi haute que possible vers la racine des bourses, n'est faite qu'après l'application d'une pince spéciale qui permet la pose des fils de sutures, ou après la pose de ces

fils eux-mêmes. L'emploi de pinces spéciales est une complication inutile.

On peut placer successivement, d'avant en arrière, 2 ou 3 grandes pinces courbes ordinaires (LE DENTU), en coupant le scrotum devant la première pour placer la seconde. On place, en arrière des clamps, les fils de suture (crins) en nombre suffisant, et on enlève les clamps. On serre les fils mis en place, et on complète la suture par un affrontement superficiel.

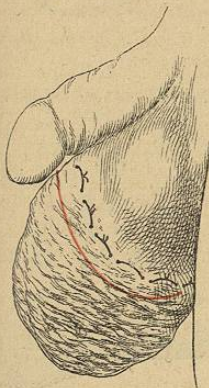


Fig. 857.

Résection du scrotum. Procédé de Lejars.

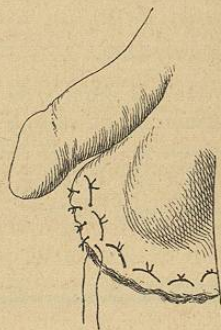


Fig. 858.

Résection du scrotum avec hémostase préalable. Procédé de Lejars.

Ou bien, sans placer de pinces ni de clamps, on dispose (LEJARS) une série de points en U, au catgut, noués successivement suivant une ligne courbe convexe en bas (fig. 857); puis on résèque le scrotum, et on termine par la suture superficielle des lèvres cutanées (fig. 858).

## TUNIQUE VAGINALE

**Ponction et injection modificatrice** (Hydrocèle). — La ponction se fait avec un trocart (fig. 859 et 860) que l'on enfonce

sans brusquerie dans la partie antérieure de la tumeur, après avoir constaté par la sensibilité à la pression, que le testicule occupe bien sa place normale en bas et en arrière. Le trocart ayant pénétré dans la cavité, on en retire la pointe et le liquide s'écoule. On injecte alors dans la vaginale vide, à l'aide d'un

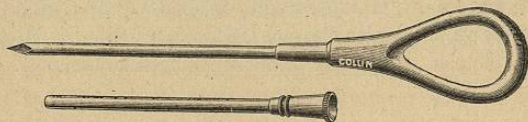


Fig. 859.  
Trocart à hydrocèle.

petit entonnoir muni d'un tube de caoutchouc, d'abord 5 ou 6 centigrammes de cocaïne en solution à 4 p. 100 pour l'anesthésier, puis au bout de cinq minutes, on évacue la cocaïne et la remplace par de la teinture d'iode pure ou en solution iodo-iodurée au quart, au tiers ou à la moitié, de façon à tendre la

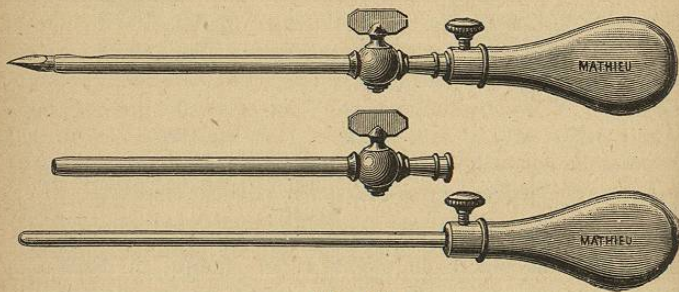


Fig. 860.  
Trocart à hydrocèle.

séreuse. Après un séjour de cinq minutes environ, le liquide est évacué complètement et un pansement ouaté appliqué.

Les précautions d'asepsie indispensable à toute opération sont ici de rigueur. La gangrène du scrotum que l'on a signalée comme complication de l'injection iodée, tient à ce que, après évacuation du liquide de l'hydrocèle, la vaginale en se rétractant quitte

peu à peu le trocart, dont la pointe plonge, alors, non plus dans la cavité vaginale mais dans le tissu cellulaire lâche du scrotum. L'injection iodée poussée dans ces conditions détermine des phénomènes de sphacèle, qu'une simple attention permet d'éviter. Il suffit de faire pénétrer profondément la pointe du trocart dans la cavité de l'hydrocèle et d'éviter le retrait de la vaginale pendant l'évacuation du liquide.

Une réaction vive se manifeste pendant quelques jours, puis en deux ou trois semaines le scrotum reprend peu à peu son volume normal.

**Résection de la vaginale** (Hydrocèle, hématocele). — La suppression d'une partie (JULLIARD), ou de la totalité (BERGMANN) du feuillet pariétal de la vaginale peut être faite avec anesthésie générale ou anesthésie cocaïnique locale.

Une incision longitudinale suffisamment longue découvre la tumeur et coupe tous les tissus jusqu'à la poche. Il est plus facile d'énucléer la vaginale pleine que vide ; on s'efforce donc de ne pas l'ouvrir d'abord, et, le doigt décollant la peau et le tissu cellulaire de part et d'autre, on sort la poche tendue hors du scrotum.

Alors on vide son contenu en incisant la partie antérieure de la poche.

Si la vaginale a d'abord été évacuée, on la sépare de même en ne gardant qu'un feuillet aussi mince que possible.

On excise la vaginale soit en gardant assez de la tunique pour reconstituer une enveloppe au testicule ; soit, mieux, en coupant près de la réflexion sur le testicule et l'épididyme, supprimant toute la séreuse pariétale.

L'hémostase soigneusement faite, on suture au catgut (surjet) le tissu cellulaire et la fibreuse, puis aux crins la peau.

Pour une *hématocele ancienne*, la recherche du testicule peut être difficile. Il faut en outre décortiquer la fausse membrane qui recouvre le feuillet viscéral de la séreuse.

La tranche de section de la vaginale saigne beaucoup, et il est utile d'arrêter ce suintement par un surjet de catgut arrêté tous les deux points, et faisant le tour de la section.

**Retournement de la vaginale.** — Pour hydrocèle (Jaboulay). — Par une incision scrotale antéro-inférieure, on libère et on luxé la vaginale distendue et le testicule. On vide la vaginale. Puis on retourne le feuillet pariétal, comme un doigt de gant, autour de l'extrémité inférieure du cordon, et on le fixe en cette position par quelques points de catgut passant entre les éléments du cordon.

On remet en place le testicule, la vaginale restant fixée au-dessus de lui par ses sutures; et on recoud la peau.

**Pour varicocèle** (Parona). — On se sert de la vaginale retournée comme d'un suspensoir naturel pour les veines dilatées du cordon.

Une longue incision scrotale découvre l'anneau inguinal extérieur et le cordon. On attire le testicule et la vaginale, on incise la vaginale d'une ouverture juste suffisante pour laisser passer le testicule. Le testicule tenu hors de la séreuse, on retourne celle-ci sur le cordon, de façon à venir placer l'ouverture vaginale en regard de l'orifice inguinal extérieur. Le cordon et les plexus veineux dilatés restent à l'intérieur de ce sac retourné. On suture alors l'ouverture vaginale au pourtour de l'orifice inguinal, en faisant attention que le cordon ni le testicule ne soient tordus.

On referme la plaie cutanée, et on panse comme d'habitude.

## CORDON

**Ligatures et résections veineuses** (Varicocèle). — **Au niveau du cordon.** — Une incision longitudinale tracée sur la face antérieure du scrotum conduit sur le cordon. On prend en masse tout le cordon qu'on attire hors de la plaie, et on isole à la sonde cannelée les veines dilatées du paquet veineux antérieur. On dégage les veines le plus haut possible, vers l'anneau inguinal, et on les lie, puis on les coupe au-dessus d'une pince. Déroulant les veines, on les dégage aussi bas que possible, vers le testicule, et on lie à ce niveau pour les couper.

On évite facilement la blessure ou la ligature du canal défé-

rent. On ne peut ordinairement retrouver l'artère spermatique au milieu des veines, pour éviter de la lier.

**Dans le canal inguinal** (NARATH)<sup>1</sup>. — On incise la peau comme pour la cure radicale d'une hernie inguinale réduite<sup>2</sup>; et, comme dans la cure radicale, on incise l'aponévrose du grand oblique pour ouvrir le canal inguinal. Attirant le cordon spermatique, on en divise les enveloppes (musculaire et fibreuse). On cherche alors, et saisit les veines dilatées du cordon, pour les dégager et les lier aussi haut que possible, vers l'orifice inguinal profond. Dégageant les veines liées et coupées, on les lie et coupe une seconde fois au niveau de l'orifice inguinal extérieur.

On refait en suite le canal inguinal comme dans le procédé de BASSINI pour la cure de la hernie inguinale.

**Résection du canal déférent** (hypertrophie prostatique). — L'incision verticale placée sur la racine des bourses, comme pour la résection veineuse, conduit sur le cordon. On isole facilement le canal déférent reconnu à sa dureté et à sa teinte blanche. On en résèque deux ou trois centimètres entre deux ligatures.

La résection doit être bilatérale.

**Angioneurectomie** (hypertrophie prostatique). — L'incision de la résection veineuse conduit de même sur le cordon, dont on dégage le canal déférent. Sur l'ensemble du reste du cordon, on place deux ligatures écartées de 2 à 3 centimètres, et on résèque le segment intermédiaire. L'opération est répétée des deux côtés.

## TESTICULE, ÉPIDIDYME, CANAL DÉFÉRENT

**Orchidopexie** (Ectopie testiculaire extra-abdominale). — L'opération se compose de deux parties: la descente, puis la fixation du testicule.

<sup>1</sup> Narath *Wiener Klinischen Wochenschrift*, 23 janvier 1900, p. 73. — Loison, *Bull. de la Soc. de chir.*, de Paris, 1900, p. 656. — *Semaine médicale*, 1900, p. 60.

<sup>2</sup> Voy. p. 48, t. II.

a. **Descente du testicule.** — L'incision ordinaire de la hernie inguinale conduit sur l'orifice extérieur du canal, et permet la découverte du testicule. Au besoin on ouvre le canal pour découvrir la glande enveloppée de sa séreuse.

On commence par séparer la glande et la vaginale des tissus environnants, les dégageant et les mobilisant complètement.

Puis on ouvre le canal, si cela n'est déjà fait, comme pour une hernie inguinale<sup>1</sup>.

Il reste à ouvrir le canal vagino-péritonéal, à pratiquer la cure ordinaire de la hernie qui accompagne l'ectopie, et à libérer le cordon. Il faut avec soin étaler le cordon, et exciser non seulement toute la portion funiculaire du canal séreux, mais toute bride fibreuse rencontrée, ne laissant que le canal déférent et les vaisseaux que l'on respecte toujours chez l'enfant, et autant que possible chez l'adulte.

b. **Fixation du testicule.** — Le testicule mobilisé et le cordon allongé autant qu'il est possible, sans s'inquiéter de refaire une vaginale complète au testicule, on le descend dans le scrotum. Mais il faut auparavant lui créer une loge à l'aide du doigt effondrant le tissu cellulaire qui comble la bourse correspondante.

La loge formée, aussi profonde qu'on le peut, on y place le testicule. Si le dégagement de la glande et du cordon est suffisant, le testicule doit rester de lui-même en place. Il est cependant utile de le fixer.

La fixation par sutures au fond du scrotum ou au testicule voisin ne nous paraît pas suffisante pour s'opposer à l'ascension d'un testicule incomplètement libéré. Il nous paraît préférable de créer au-dessus du testicule, autour du cordon, au-dessous de l'anneau inguinal, un canal rétréci sur lequel buttera le testicule.

Le canal inguinal étant refermé comme dans la cure de la hernie, un aide maintenant, avec le doigt à travers le scrotum, le testicule en place, on dispose autour du cordon une série de

<sup>1</sup> Voy. p. 49, t. II.

fils de catguts rétrécissant le passage à la racine du scrotum.

La plaie cutanée est fermée et le pansement fait comme pour une hernie.

**Épididymectomie.** — La résection de l'épididyme est *partielle* ou *totale*.

**Épididymectomie partielle.** — C'est l'extirpation des zones malades seules, sans chercher à supprimer régulièrement et complètement l'organe.

Par une incision scrotale suffisante, on aborde l'épididyme et le testicule après ouverture de la vaginale. Alors, avec la *curette* (QUÉNU)<sup>1</sup>, on enlève tout ce qui est malade, on touche les parois de la cavité avec du chlorure de zinc au 1/10. On referme par suture si la cavité est petite, on tamponne à la gaze si elle est grosse.

Cette extirpation partielle et atypique peut aussi être effectuée avec le bistouri (DUPLAY)<sup>2</sup>, on dissèque les foyers tuberculeux « comme on le ferait pour un néoplasme, sans se préoccuper des parties que l'on sectionne à la périphérie ».

**Épididymectomie totale. — Orchidotomie.** — Le scrotum et la vaginale incisés, en circonscrivant l'orifice et le trajet d'une fistule s'il en existe, on aborde en dehors l'épididyme que l'on libère de ses adhérences périphériques. Commencant par la tête de l'épididyme, on la détache en bas du testicule, et en dedans des vaisseaux du cordon qu'il faut ménager. La tête libérée est saisie avec les doigts ou une pince, et on continue à détacher l'épididyme, portant toute l'attention à ne pas blesser les vaisseaux situés en dedans (fig. 861).

La queue de l'épididyme est de même détachée, et le canal déférent, dégagé du cordon, est lié et coupé le plus haut possible, au thermocautère.

L'opération peut être, du reste, conduite en sens inverse. On

<sup>1</sup> QUÉNU. *Bull. de la Société de chirurgie*, Paris, 1896, p. 337.

<sup>2</sup> DUPLAY. *Congrès international de Moscou*, 1897.

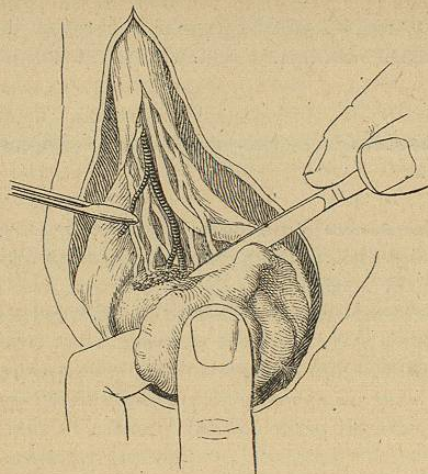


Fig. 861.  
Épididymectomie (d'après LEJARS).

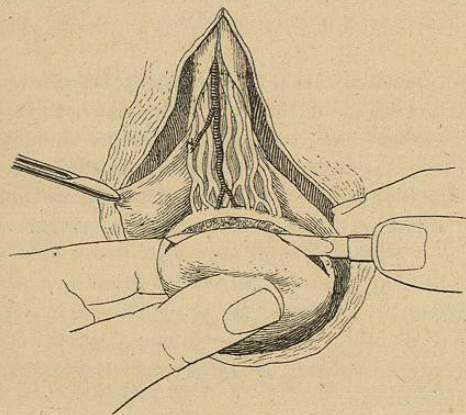


Fig. 862.  
Orchidotomie exploratrice (d'après LEJARS).

commence par lier, couper et dégager le canal déférent, puis

on résèque d'arrière en avant et de bas en haut l'épididyme.

L'épididyme enlevé, il est bon de s'assurer de l'intégrité du testicule par une *Orchidotomie exploratrice* (LEJARS). Tenant le testicule par ses faces, on incise d'un pôle à l'autre le bord convexe antérieur, ou le bord supérieur (fig. 862), pour examiner le corps d'Highmore et le corps testiculaire. On est alors conduit soit à refermer simplement l'incision, soit à exciser un noyau isolé, soit enfin à pratiquer la castration.

**Castration.** — L'incision scrotale est simple et verticale s'il n'y a pas de fistule ; elle enveloppe la fistule d'une boucle lorsque la tuberculose est ouverte, et elle prend alors la forme d'une raquette. Les dimensions de la boucle varient avec le nombre et l'étendue des fistules. La partie supérieure de l'incision doit découvrir l'orifice extérieur du canal inguinal.

On commence par dégager le cordon à sa sortie du canal inguinal. A ce niveau, on divise les éléments du cordon en deux ou trois pédicules, le canal déférent étant pris à part, on lie et coupe chacun de ces pédicules. Si le canal déférent doit être réséqué plus loin, on opère immédiatement comme nous l'indiquons plus loin.

Le canal déférent dégagé et coupé à son extrémité supérieure, on prend le bout périphérique du cordon, on le dégage, et, après lui, on dégage le testicule et l'épididyme des attaches scrotales, en recouvrant d'une compresse épaisse la région fistuleuse pour éviter les contacts septiques.

Le testicule enlevé, il est préférable de ne placer aucun testicule artificiel (Prothèse testiculaire), ceux-ci étant ordinairement mal supportés.

Drainant ou non le scrotum suivant les circonstances, on suture l'incision cutanée dans toute son étendue.

**Extirpation totale du canal déférent**<sup>1</sup>. — L'incision est prolongée en haut, dans la direction du trajet inguinal, jusqu'à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure.

<sup>1</sup> D'après BAUDET et DUVAL. *Revue de chirurgie*, 1901, n° 3, p. 401.



La graisse incisée, on ouvre le canal inguinal en coupant l'aponévrose du grand oblique, et on met à nu la paroi profonde du canal, épargnant l'artère épigastrique.

Sous le fascia transversalis effondré à la sonde cannelée, apparaît le péritoine que l'on décolle de la fosse iliaque pour le relever.

On aura soin de laisser contre les vaisseaux iliaques le feuillet aponévrotique qui les recouvre.

Un large écarteur relevant le péritoine en dedans et en haut, on suit le canal déférent découvert au niveau de l'épine pubienne. Il importe de ne jamais opérer aucune traction sur le canal facile à rompre.

Pénétrant dans le bassin, on dégage à la sonde cannelée le canal déférent que l'on peut couper, après ligature, au niveau de la vésicule séminale. On peut aussi, par cette voie, extraire la vésicule séminale.

La plaie abdominale est refermée complètement, en suturant les muscles à l'arcade de Faloppe.

#### VÉSICULES SÉMINALES

**Extirpation des vésicules séminales. — Par voie inguinale** (VILLENEUVE). — Le canal déférent ayant été suivi jusqu'à son extrémité pelvienne comme nous venons de le voir, on aperçoit le feuillet cellulaire qui enveloppe les vaisseaux vésiculaires (fig. 863). On ouvre l'aponévrose vasculaire pour pénétrer dans la loge de la vésicule que l'on dégage à la sonde cannelée. Les vaisseaux sont pincés et liés à une grande profondeur.

« La loge ainsi ouverte, la vésicule apparaît à nu, reconnaissable à sa forme sinueuse et à sa coloration blanchâtre.

« Une pince de Kocher en saisit le fond ; on l'isole de sa gaine en disséquant au plus près pour éviter l'hémorragie ; on rompt ainsi les fins tractus qui unissent la vésicule aux parois de sa loge.

« Sa face interne adhère au déférent qui, lui, est facilement détaché du péritoine, de la vessie.

« Par pesées successives on amène la vésicule dans la plaie, disséquant toujours ses faces au plus près ; bientôt on butte sur la saillie que forme la prostate, la dissection est terminée.

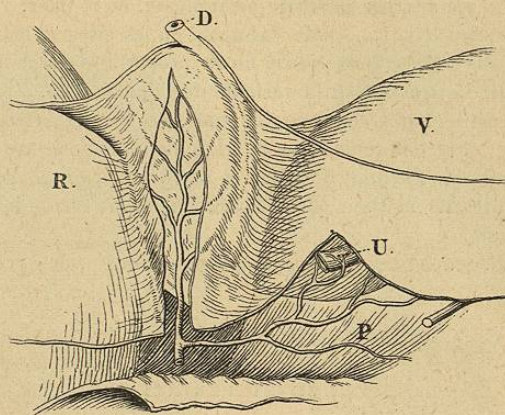


Fig. 863.

Rapports des voies séminales (d'après BAUDET et DUVAL).

D, canal déférent. — P, prostate. — R, rectum. — U, uretère. — V, vessie.

« D'un coup de ciseaux courbes on sectionne de dehors en dedans, au ras de la prostate, le col de la vésicule et le canal déférent ; le moignon vésiculaire est touché au thermocautère ou curetté, l'exérèse est achevée. » (BAUDET et DUVAL.)

**Par voie périnéale** (ROUX-GUELLIOT)<sup>1</sup>. — Par une incision pré-anale courbe, concave en arrière, on décolle la face antérieure du rectum comme pour l'amputation de cet organe (voy. p. 274).

Arrivé au niveau du releveur de l'anus, on décolle la face postérieure de la prostate.

Le rectum tiré en arrière et du côté opposé à la vésicule que l'on veut enlever, apparaît le champ vésiculaire.

<sup>1</sup> BAUDET et KENDIRDJY. *Gazette des Hôpitaux*, 1898, p. 1082.