

L'abolition des fonctions du testicule peut être la conséquence trop naturelle de l'opération; plus d'une fois déjà elle a entraîné l'atrophie de l'organe, et ce fut un succès de ce genre, obtenu sur les deux côtés à la fois, qui fut la cause déterminante de l'assassinat de Delpech. Je regarde en conséquence comme un devoir pour le chirurgien d'avertir le malade des conséquences possibles de l'opération. En suivant cette règle, Malgaigne n'a trouvé dans toute sa carrière que *trois sujets* assez tourmentés par leur varicocèle pour se soumettre de plein gré à un traitement si périlleux; pour ma part je n'en ai trouvé aucun.

Key, en Angleterre, a proposé comme palliatif, pour la cure radicale du varicocèle, la compression exercée sur les veines du cordon, au niveau de l'anneau inguinal, à l'aide d'un bandage herniaire. Curling rapporte plusieurs exemples de varicocèles ainsi guéris en sept, dix, quinze et dix-neuf mois. Comme Malgaigne, j'ai eu de nombreuses occasions de traiter des hernies inguinales compliquées de varicocèle; comme lui je n'ai jamais vu le varicocèle soulagé par le bandage: loin de là, je l'ai vu souvent s'accroître au point de rendre impossible la contention de la hernie. Il y a donc dans les observations de Curling quelque élément inconnu que je ne saurais m'expliquer.

De tous les procédés, celui de Rigaud paraît être celui qui peut le mieux mettre à l'abri de la récurrence, les veines étant oblitérées sur une grande étendue. Est-il exempt de dangers? je ne le pense pas; cependant sur 19 cas cités dans le travail de Rigaud il n'en survint pas; mais ce nombre est encore trop peu considérable pour qu'on puisse rien affirmer. Pour ma part, ainsi que je viens de le dire, je n'ai jamais pratiqué l'opération du varicocèle et il est fort probable que je ne la pratiquerai pas souvent; car dans nos hôpitaux de Paris, dans ce champ si vaste ouvert à l'observation, je n'ai jamais rencontré un seul cas de varicocèle causant des douleurs telles que l'opération fût sérieusement exigée. Or, d'une part, toute opération sur les veines expose à la phlébite et à la mort; de l'autre, le varicocèle diminue assez après l'âge de trente ans pour que ceux-là mêmes qui ont dû porter un suspensoir dans leur adolescence puissent en abandonner l'usage après la trentième année; tout cela tend à rendre fort rares les véritables indications opératoires.

ARTICLE II

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LA VERGE

I. — Section du frein de la verge.

Cette opération se pratique quand le frein, étendu jusqu'à l'orifice de l'urèthre, rend douloureux le mouvement par lequel on découvre le gland, gêne le coït, et quelquefois même courbe la verge en bas pendant l'érection.

Procédé ordinaire. — Le malade assis ou couché, le chirurgien découvre le gland, le saisit par ses côtés avec le pouce et le doigt indicateur de la main gauche, pendant qu'un aide tend le filet en le tirant en bas et un peu en arrière; il enfonce alors à la base du filet, de droite à gauche, un bistouri étroit dont le dos est tourné en arrière, et en faisant agir du même coup l'instrument d'arrière en avant, il coupe le frein de sa base à son bord libre. Il faut avoir soin de raser le gland, pour n'y laisser aucune aspérité à la suite de l'opération.

Je préfère de beaucoup les ciseaux, qui coupent mieux et plus vite, et avec lesquels aussi on retranche facilement la portion excédente du filet que le bistouri laisse sur le prépuce.

En général, ce procédé réussit assez bien quand le filet est mince; tout au plus a-t-on besoin, pour empêcher la réunion des parties divisées, d'interposer entre elles un peu de charpie, une bandelette de linge ou mieux encore de diachylon. Mais il n'est pas rare de rencontrer un frein large et épais, dont la section laisse des surfaces saignantes très disposées à se réunir; et à la suite de la cicatrice, la gêne est pire qu'auparavant. Une seconde opération donne des surfaces plus larges encore, et une nouvelle cicatrice plus fâcheuse, si l'on n'y prend garde.

Alors, après la section faite, si les tissus ont toute leur souplesse, je laisse le prépuce retourné, et je réunis l'angle de la section à l'aide d'un point de suture entrecoupé. Malgaigne eut à détruire des adhérences plus larges encore, notamment à la suite de chancres développés sur les côtés du frein; il tailla d'un coup de ciseaux un petit lambeau sur la muqueuse du prépuce, qu'il appliqua en travers de l'angle de la section et qu'il réunit par suture; il obtint ainsi des succès d'autant plus satisfaisants pour les malades, que déjà d'autres opérateurs avaient échoué.

II. — Phimosi.

Le traitement chirurgical du phimosis comprend quatre méthodes : l'incision, l'excision, la circoncision et la dilatation.

1° *Incision. Procédé ordinaire.* — Le malade assis ou couché, le chirurgien pince le côté droit de l'ouverture du prépuce avec le pouce et l'indicateur gauches, et le tire un peu en avant. Il insinue entre le prépuce et le gland, à la face supérieure et sur la ligne moyenne jusqu'au cul-de-sac de la muqueuse, une sonde cannelée ordinaire. Un aide soutient la verge en rapport avec la sonde, et attire la peau en arrière, afin que l'incision ne l'intéresse pas trop loin. Le chirurgien reprend la sonde de la main gauche, et de la droite fait glisser sur sa cannelure un bistouri droit à lame étroite et à pointe aiguë. Dès qu'il est arrivé au cul-de-sac de la sonde il abaisse le manche pour faire sortir la pointe à travers la peau, et retirant vivement la lame contre soi, il incise d'un coup le prépuce d'arrière en avant.

La peau est d'ordinaire divisée plus loin que la muqueuse, et celle-ci est sujette à former un petit cul-de-sac au delà de l'incision; il faut le diviser à l'aide des ciseaux. Lorsque le filet du gland se prolonge jusqu'à l'orifice de l'urèthre, il convient aussi de le couper.

Quelques chirurgiens conseillent de garnir la pointe du bistouri d'une boulette de cire et de l'introduire à plat, sans sonde cannelée, entre le gland et le prépuce, pour en retourner ensuite le tranchant vers la peau et achever l'incision à l'ordinaire. Il faut pour cela avoir un bistouri à lame extrêmement étroite, pour ne pas blesser le gland ou le prépuce en pénétrant; et le premier procédé est plus simple et plus sûr à la fois.

Celse a décrit un autre procédé consistant à pratiquer l'incision à la partie inférieure du prépuce. D'autres se contentent de débiter l'orifice trop étroit, soit en divisant la muqueuse, moins extensible que la peau, soit en faisant deux ou trois petites incisions sur le bord libre du prépuce, entamant à la fois la peau et la muqueuse. Tous ces procédés n'appartiennent guère qu'à l'histoire de l'art.

2° *Excision. Procédé ordinaire.* — Après l'incision dorsale, telle que nous l'avons décrite, on saisit l'une après l'autre les deux lèvres pendantes de la plaie; on les tend suffisamment, et l'on en excise un lambeau triangulaire avec de forts ciseaux ou le bistouri.

Procédé de Malgaigne. — Il porte sur le prépuce, aussi loin que possible, une branche de ciseaux courbes sur le plat; et opère ainsi une section courbe qui ne laisse pas d'angle au bord du prépuce. Un second coup de ciseaux en fait autant de l'autre côté, et retranche le lambeau triangulaire qui demande des incisions nouvelles dans le procédé ordinaire. Après quoi il divise la muqueuse jusqu'à la couronne; et renverse sur la verge à la fois la muqueuse et la peau du prépuce, qui sont ainsi rapprochés tout naturellement.

3° *Circoncision. Procédé de Mayerne.* — On retire la peau du prépuce en arrière, en attirant en avant sa muqueuse autant que possible; en cet état, on applique sur le prépuce; en avant du gland, des pinces à anneaux, et d'un coup de bistouri on coupe tout ce qui dépasse ces pinces en avant.

Guillemeau, qui rapporte ce procédé, ajoute qu'on peut remplacer les pinces par deux petits casseaux serrés sur le prépuce et liés aux deux extrémités.

Lisfranc faisait saisir le bord libre du prépuce à l'aide de plusieurs pinces pour attirer également la peau et la muqueuse en avant; puis il plaçait en travers la pince à anneaux, et opérait la section d'un coup de ciseaux.

Toutes ces façons de faire exposent à laisser la muqueuse plus longue que la peau et trop étroitement appliquée sur le gland; on néglige aussi le frein, qui est généralement trop serré dans le phimosis. Ricord a ainsi formulé et complété le procédé.

Procédé de Ricord. — L'opération est divisée en trois temps. Dans le premier temps, on tire le prépuce en avant; on trace, avec de l'encre ou du nitrate d'argent, la ligne sur laquelle on veut inciser; puis on abandonne le prépuce à lui-même. Par là on s'assure du retrait qu'il éprouvera après la section, et si la ligne fixée se trouve trop en avant ou trop en arrière de la couronne du gland, on en trace une autre au point convenable.

Dans le second temps, on ramène le prépuce en avant, on place immédiatement derrière la ligne tracée des pinces à anneaux, et l'on coupe au-devant d'elles tout ce qui les dépasse.

Le troisième temps a pour objet d'emporter un excès restant de la membrane muqueuse; on saisit donc le bord de cette membrane au milieu de sa partie supérieure; on la fend d'un coup de ciseaux jusqu'au niveau de la peau; on l'ébarbe de chaque côté, et l'on détache le frein.

Procédé de L. Le Fort. — Je pratique la circoncision de la manière suivante : la peau de la verge étant légèrement tirée en arrière, une des branches d'une pince à griffes est introduite par

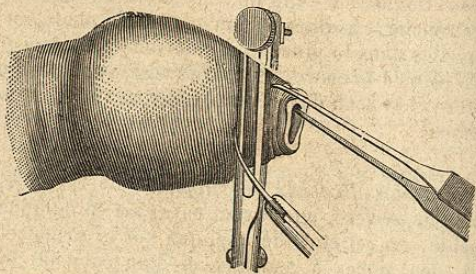


FIG. 625.

Phimosi. — Procédé de L. Le Fort. — Placement des sutures.

l'ouverture préputiale et enfoncée assez loin en arrière afin de saisir en même temps la muqueuse et la peau. Cela fait, je place en arrière de la pince, et en avant du gland qu'elle refoule, une

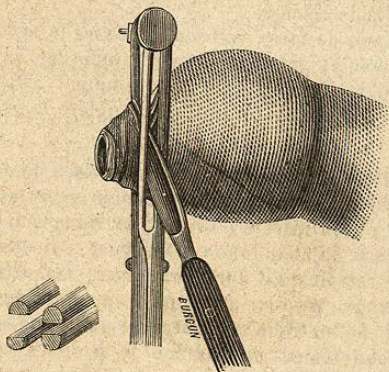


FIG. 626.

Phimosi. — Procédé de L. Le Fort. — Section du prépuce.

pince formée de deux branches parallèles. Les branches ne sont pas pleines, mais creusées à jour d'une rainure assez large pour laisser passer la lame du bistouri. Les deux branches dont les

bords constituent cette rainure n'ont pas la même épaisseur; celle qui répond du côté du gland est lisse et bien moins épaisse, afin que la partie du prépuce qui ne doit pas être enlevée ne

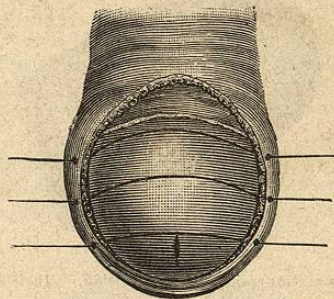


FIG. 627.

Phimosi. — Procédé de L. Le Fort. — Situation des fils après l'excision du prépuce.

soit pas trop serrée entre les mors de l'instrument et que la pression porte surtout sur la partie qui doit être retranchée. Cette disposition des mors est représentée en coupe au bas de la fig. 626.

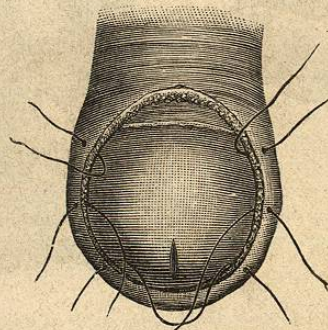


FIG. 628.

Phimosi. — Section des fils pour obtenir six anses métalliques.

Le prépuce étant donc tiré en avant par les pinces à griffes, j'applique la pince en avant du gland, je serre fortement les mors, puis je passe entre le gland et la pince et à travers tout

de prépuce deux ou trois fils d'argent auxquels je laisse une assez grande longueur (fig. 625). Engageant le bistouri dans la

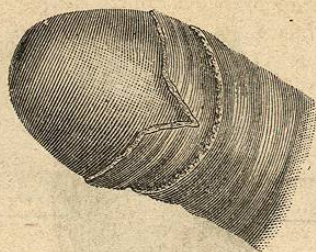


FIG. 629.

Phimosi. — État des parties molles après l'excision. — Incision de la muqueuse.

rainure des mors de la pince, je coupe le prépuce (fig. 626), j'enlève la pince, je tire le prépuce en arrière, et j'ai alors en avant

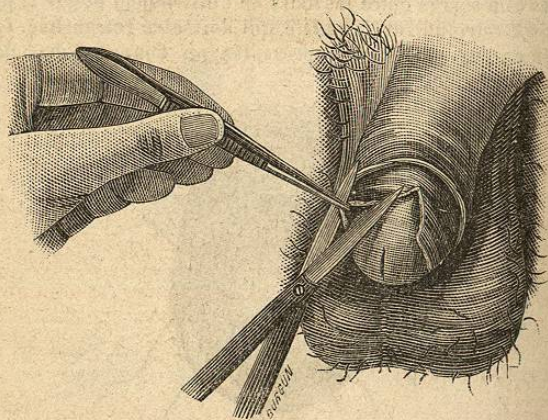


FIG. 630.

Excision de la muqueuse.

du gland deux ou trois fils (fig. 627) qu'il suffit de séparer à leur partie moyenne, au niveau du gland (fig. 628) pour avoir six points de suture passés avec trois piqûres d'aiguille seulement.

Il reste toujours une petite couronne de muqueuse préputiale non coupée; si elle est étroite on peut la sectionner d'un coup de ciseaux d'avant en arrière jusqu'à la couronne et la rabattre, mais le plus ordinairement, comme l'anneau constricteur est au sommet du prépuce, on peut se contenter de rabattre ce lambeau de prépuce, lequel reproduit une sorte de court prépuce normal et l'application de la muqueuse sur la peau se fait d'ordinaire si bien que dans la plupart des cas les points de suture sont inutiles.

4^e Dilatation. Nélaton et Denonvillers ont proposé et pratiqué la dilatation forcée de l'orifice préputial rétréci pour remplacer les autres procédés. Ce moyen a été justement abandonné lorsqu'il

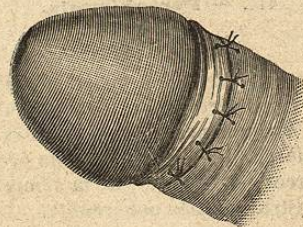


FIG. 631.

Phimosi. — Opération terminée.

s'agit de l'adulte et de phimosi cicatriciels, car la dilatation amène dans ce cas des déchirures et ne donne pas une guérison permanente. Chez l'enfant au contraire cette méthode présente de nombreux avantages. J'y ai eu recours cinq ou six fois et toujours le phimosi a disparu. Sans doute le prépuce conserve sa longueur exubérante, mais il peut du moins se laisser dilater et ramener en arrière du gland.

Appréciation. — L'incision a l'inconvénient de laisser deux lèvres pendantes et anguleuses: l'excision me paraît donc préférable. Mais quand le bord du prépuce est induré et occupé par des cicatrices, la circoncision est de rigueur. Le procédé de Ricord est véritablement trop minutieux en ce qui touche le placement des pinces.

Mon expérience personnelle, acquise surtout dans la pratique

de l'hôpital du Midi, m'a amené à une opinion toute différente de celle de la plupart des chirurgiens français pour ce qui regarde les serre-fines. La pression continue qu'elles exercent finit souvent par être intolérable, ce qu'on n'observe pas en général avec les suture métalliques, surtout si on a soin de les serrer assez peu pour que le gonflement qui s'emparera des lèvres de la plaie puisse se faire sans étranglement au niveau des fils.

Beaucoup de chirurgiens pratiquent l'opération du phimosis pour mettre plus facilement à découvert et panser des chancres mous cachés par le prépuce; c'est là à mon avis une mauvaise pratique, car l'inoculation se faisant sur les surfaces sectionnées, la plaie de l'opération est souvent convertie en un vaste chancre.

III. — Paraphimosis.

Le paraphimosis est déterminé par la striction d'un prépuce trop étroit reporté en arrière de la couronne du gland, et déterminant une sorte d'étranglement; l'indication est de faire repasser le gland en arrière, à travers l'anneau du prépuce. On a pour cela quatre ressources : 1° le taxis; 2° la compression; 3° le débridement; 4° la destruction des adhérences.

1° *Taxis. Procédé ordinaire.* — Le malade couché sur le bord de son lit, le chirurgien saisit la verge au delà de l'étranglement avec les doigts indicateur et médus de l'une et de l'autre main à la fois, tandis qu'avec les deux pouces il appuie sur les côtés du gland. On agit sur le gland en le refoulant en arrière, en même temps qu'on ramène avec force le prépuce en avant, comme pour envelopper les pouces qui tendent à se loger dans sa cavité. Afin que les doigts ne glissent pas sur la peau, il est bon de les en séparer par un linge fin, qui adoucit en outre la pression et rend l'opération moins douloureuse.

Ce procédé est d'une médiocre valeur, et quelques chirurgiens l'ont rendu plus mauvais encore par le soin fort intempestif d'oindre le gland d'huile ou de blanc d'œuf, ce qui tend à le faire échapper à la pression. Le suivant est bien autrement efficace.

Procédé de Desruelles. — On commence par comprimer et masser entre les doigts le bourrelet infiltré, afin de disséminer la

sérosité qu'il contient et de rendre au tissu cellulaire sa mobilité; on passe également l'indicateur entre la couronne du gland et le prépuce pour détruire les adhérences commençantes, s'il en existe, et masser aussi le bourrelet de ce côté. Recouvrant alors la peau de la verge d'une fine compresse, on l'empoigne à pleine main de la main gauche, de façon que le pouce et l'indicateur forment vers le prépuce un cercle qui tend à le repousser en avant; puis on saisit le gland entre le pouce et les autres doigts de la main droite, on le comprime, on le masse, on le pétrit avec force, de manière à le rendre petit, ridé et comme flétri, et on le repousse vigoureusement en arrière tandis que de l'autre main on attire le prépuce en sens opposé.

On a conseillé aussi, pour dégager le bourrelet infiltré, de pratiquer dessus trois ou quatre scarifications profondes parallèlement à l'axe de la verge, et d'exprimer la sérosité par ces ouvertures en le malaxant entre les doigts; après quoi on tente de nouveau le taxis. C'est une pauvre ressource, à laquelle le simple massage peut très bien suppléer.

2° *Compression. Procédé de Boyer.* — Quand le paraphimosis est rebelle, s'il n'est d'ailleurs accompagné d'aucun accident grave, Boyer conseille d'établir un bandage compressif sur le gland, le prépuce et la verge, avec une bande étroite dont les tours seront uniformément serrés, et en pressant avec les doigts les parties infiltrées chaque fois qu'on renouvelle le bandage. La verge doit être soigneusement maintenue relevée contre le bas-ventre. La réduction, dit-on, s'opère ainsi peu à peu d'elle-même dans l'espace de quelques jours.

3° *Débridement.* — Lorsque l'étranglement persiste et s'accompagne de gonflement avec une forte inflammation du gland, la chirurgie ne connaissait naguère encore d'autre ressource que le débridement, qu'on exécutait comme il suit.

Le malade couché à l'ordinaire, le chirurgien saisit la verge avec la main gauche, les quatre derniers doigts en dessous et le pouce sur le gland, renverse en arrière le bourrelet préputial, et au-dessous de lui, près de la couronne, reconnaît une surface mince et tendue qui forme comme une corde circulaire sur le pénis. Prenant alors de la main droite un bistouri ordinaire, le tranchant tourné en haut et le dos vers le gland, il enfonce la pointe de l'instrument sous cette bride, et la divise par un mouvement de bascule, en baissant le manche du bistouri et en relevant la pointe; puis il fait de la même manière deux, trois ou quatre incisions

pareilles en d'autres endroits, selon le degré de constriction de la verge; ce qui constitue une sorte de débridement multiple.

Ces incisions font cesser l'étranglement et tous ses symptômes, mais ne suffisent pas pour la réduction, et le sujet garde son paraphimosis avec toute sa difformité; bien plus, à raison des adhé-

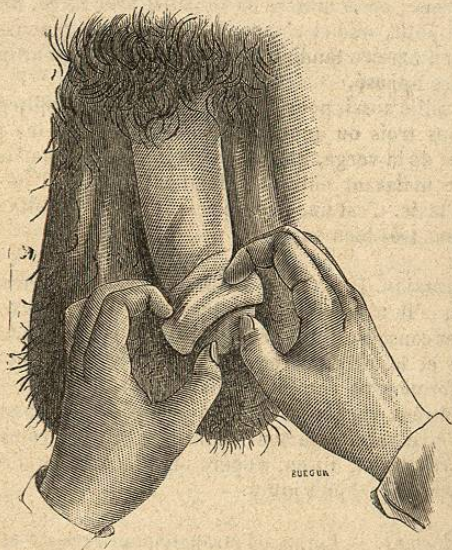


FIG. 632.

Paraphimosis. — Réduction, procédé de Le Fort.

rences nouvelles produites par les incisions, il y a un obstacle de plus à la réduction. Ce sont surtout les adhérences du bourrelet préputial au corps caverneux qui rendent impossible le glissement du prépuce et par conséquent la réduction, et il est très-remarquable qu'elles n'existent jamais qu'à la partie supérieure. C'est ce qui a amené Malgaigne à imaginer le procédé suivant :

4° *Destruction des adhérences. Procédé de Malgaigne.* — Dès que la réduction paraît impossible, séance tenante on plonge à

plat un ténotome aigu par-dessous le bourrelet constricteur, en rasant les corps caverneux, jusqu'à ce que l'on sente la pointe de l'instrument sous la peau au delà de l'étranglement. Alors on fait agir le tranchant d'un côté, de manière à décoller le bourrelet des tissus sous-jacents; puis, retournant la lame, on en fait autant de l'autre côté, et on reprend le taxis. Pour peu qu'il offre encore de difficultés, on réintroduit le ténotome pour achever de diviser les adhérences persistantes; après quoi la réduction s'opérerait en un clin d'œil.

J'ai vu souvent échouer le procédé de Desruelles même après qu'on y avait ajouté le débridement des adhérences; je n'ai jamais échoué en employant le procédé suivant.

Procédé de Léon Le Fort. — La partie rétrécie du prépuce est le sommet, c'est-à-dire l'endroit où la muqueuse se joint à la peau. Dans le paraphimosis c'est cet anneau qui étrangle, il est par conséquent extérieur et placé en dehors du gland. Je ne puis mieux faire comprendre mon procédé qu'en disant qu'il a pour effet non de refouler le gland au travers de l'anneau constricteur, mais d'amener cet anneau au devant du gland. En effet, après avoir comprimé le gland pour le vider des liquides qui le gonflent, je place les doigts des deux mains sur le côté de la verge, immédiatement au devant de l'anneau, ou dans la rainure quelquefois profonde qu'il forme, et cela de manière que l'extrémité libre de mes ongles prenne un point d'arrêt solide sur la peau. Cela fait, je tire en avant les parties ainsi saisies en même temps que les deux pouces prennent point d'appui sur le gland refoulé en arrière. Le procédé, je dois l'avouer, est douloureux, car les ongles marquent leur place dans la peau; mais je le répète, par lui je n'ai jamais depuis vingt ans échoué devant un paraphimosis, et je n'ai jamais eu à faire d'incision (fig. 632).

IV. — Adhérences du prépuce au gland.

Quand les adhérences du prépuce au gland sont partielles, et surtout ne vont pas jusqu'au cul-de-sac de la muqueuse, il suffit de les diviser avec le bistouri ou les ciseaux, et d'interposer une bandelette de linge pour éviter la récurrence. Mais quand il y a adhérence complète, la réunion se ferait à nouveau en dépit de tous les efforts du chirurgien. Dieffenbach a essayé d'enlever par la circoncision une partie du prépuce détaché de ses adhérences, afin

de laisser le gland à découvert; mais la peau, attirée par le travail de la cicatrisation, recouvre encore le tiers de cet organe. C'est alors qu'il imagina le procédé suivant, qui parait lui avoir réussi.

Procédé de Dieffenbach. — Si le prépuce adhérent dépasse encore le gland, on commence par en amputer l'anneau le plus antérieur; si, au contraire, cet anneau est adhérent lui-même, on détache circulairement ces adhérences, dans une étendue suffisante pour pouvoir attirer le prépuce en avant du gland et le circonferer comme dans le cas précédent. Il faut d'ailleurs, quand il est sain, en exciser le moins possible, afin de garder plus de peau; mais s'il est malade, ne garder absolument que la partie saine.

Ce premier temps achevé, on retire en arrière la peau de la verge et la lame cutanée du prépuce qui la suit; on divise le tissu cellulaire lâche qui l'unit à la lame muqueuse jusqu'à 9 millimètres en arrière de la couronne du gland, de manière à avoir une sorte de fourreau absolument libre par sa face interne. On procède ensuite à l'ablation de la portion du prépuce restée adhérente au gland, jusqu'à ce que celui-ci soit mis parfaitement à découvert. On reploie alors en dedans la lame cutanée du prépuce, de telle sorte que sa face saignante réponde partout à elle-même, que son bord libre soit en contact avec le tissu cellulaire de la verge en arrière de la couronne du gland, et qu'enfin le gland soit enveloppé par la surface épidermique. Les parties sont maintenues dans cette position au moyen de fils.

Du douzième au quinzième jour, les deux lames du prépuce sont réunies l'une à l'autre; mais il faut quelques jours encore pour que le gland se recouvre d'une pellicule épidermique. Après un certain laps de temps, Dieffenbach a vu le prépuce nouveau allongé et exactement semblable à un prépuce naturel; sa lame interne avait même perdu l'aspect cutané pour prendre le caractère d'une muqueuse; elle était rouge et fournissait une sécrétion.

V. — Étranglement de la verge par des corps étrangers.

On a vu quelquefois, dans certains écarts d'imagination, des individus s'étreindre la verge avec un fil, une ficelle, un anneau métallique, etc. L'étranglement qui en résulte amène une tumé-

faction extrême, et l'on a peine à découvrir le corps étranger entre les deux bourrelets formés en avant et en arrière par les téguments.

Si cette tuméfaction est trop forte, on la diminue d'abord par des mouchetures et des scarifications. Le corps étranger étant mis ensuite à découvert, s'il est d'une matière facile à couper, le

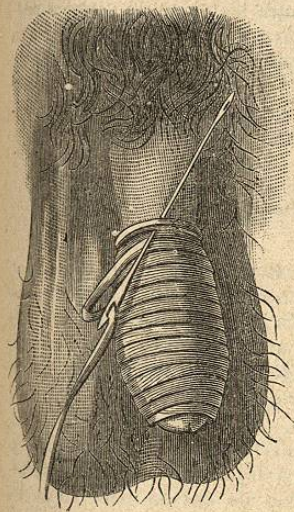


FIG. 633.

MANIÈRE DE RETIRER UN ANNEAU
Placement du ruban constricteur.

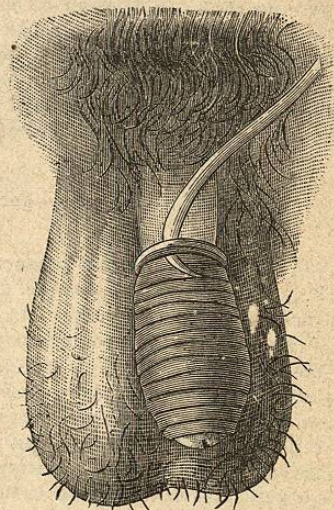


FIG. 634.

Déroulement du ruban.

bistouri ou les ciseaux suffiront; pour les anneaux métalliques, on conseille de recourir à la lime, à la scie, ou à l'emploi de deux petits étaux à main, à l'aide desquels on fixe en deux points opposés le corps étranger, pour le briser en portant violemment les étaux en sens contraire. S'il ne s'agit que d'un anneau, il est beaucoup plus simple de le couper en deux points avec de fortes ciseaux. Le chirurgien prend d'ailleurs conseil des circonstances; les seules règles sont d'agir promptement, de peur de la gangrène, et cependant d'y mettre le plus de douceur et de légèreté que faire se peut.