

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 paraît 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

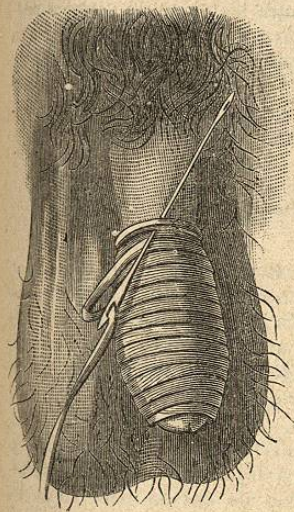


FIG. 633.

MANIÈRE DE RETIRER UN ANNEAU
Placement du ruban constricteur.

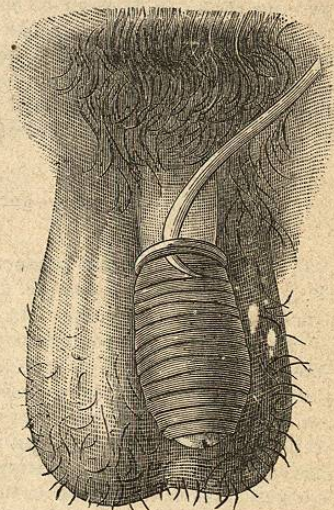


FIG. 634.

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.

La principale difficulté tient le plus souvent à ce que le corps étranger perdu au fond d'un sillon rendu très profond par le gonflement de la verge est à peu près inaccessible. Si c'est un anneau d'or, de cuivre, d'argent, il faut l'arroser en quelque sorte avec du mercure, car l'amalgamation le rend très fragile. Si l'on ne peut recourir à ce moyen il faut employer celui que l'on emploie pour retirer du doigt les anneaux qui l'étranglent. Avec un ruban de fil étroit on entoure lentement la verge à partir du gland d'un bandage roulé très serré; arrivé à l'anneau on engage au-dessous de lui le chef libre du ruban enfilé dans un stylet aiguillé; il ne reste plus qu'à dérouler en sens inverse le bandage en exerçant sur le chef libre une certaine traction, l'anneau descend ainsi peu à peu et se dégage.

VI. — Cancer superficiel de la verge.

Anatomie. — Lorsque le cancer attaque le prépuce seulement, le gonflement qu'il détermine dans ces parties lâches et extensibles suffit pour repousser fort loin le gland en arrière, en sorte qu'on croit souvent avoir affaire à un cancer du corps de l'organe, tandis qu'il est borné à ses enveloppes. Lisfranc a reconnu en outre que, lorsque le cancer siège sur le corps de la verge, ou à sa racine, et même sur le scrotum, c'est par la peau qu'il débute, et les membranes fibreuses qui sont au-dessous lui opposent une barrière qu'il est très longtemps à franchir. De là cette conséquence importante, qu'en beaucoup de cas on peut conserver l'organe en n'enlevant que ses téguments.

Procédé de Lisfranc. — Quand le cancer siège à l'extrémité de la verge, on pratique sur la face dorsale de cet organe, parallèlement à son axe, une incision qui intéresse la portion carcinomateuse dans toute sa longueur : cette incision doit se faire avec un bistouri convexe tenu en cinquième position, à petits coups et avec une grande lenteur; une éponge sert à absterger la plaie, et l'on parvient ainsi sur l'enveloppe fibreuse des corps caverneux. Si elle est saine, on dissèque soigneusement le cancer, et la verge est sauvée; si elle est altérée en quelques points, comme cela a lieu d'ordinaire vis-à-vis des ulcérations cancéreuses, on saisit avec des pinces et l'on excise avec des ciseaux courbes sur le plat tout ce qui paraît suspect; on peut même racler avec le tranchant du bistouri porté perpendiculairement à leur axe la surface suspecte des corps caverneux. Si enfin l'altération était

trop considérable, on en serait quitte pour procéder à l'amputation.

Dans un cas où le cancer envahissait la racine de la verge et la partie antérieure du scrotum, Lisfranc commença par cerner le mal au moyen d'incisions convenables; puis il procéda à la dissection. La cicatrice se fit d'elle-même; la peau lâche du scrotum et des parties ambiantes se laissa tellement attirer par le tissu inductible, qu'en quelques points la cicatrice était linéaire, et qu'ailleurs elle n'occupait pas le quart de la perte de substance opérée.

VII. — Amputation de la verge.

La verge peut être amputée dans sa portion antérieure, où elle est tout à fait libre, ou près de sa racine, où elle est engagée dans le scrotum.

Dans le premier cas, Boyer professe qu'au rebours des amputations des membres, il faut ici retrancher davantage des téguments que des corps caverneux, attendu que ceux-ci sont extrêmement rétractiles, et qu'en les coupant même au niveau de la peau, celle-ci les dépasserait de manière à gêner le pansement et la cicatrisation. Voici en conséquence comment il opérât.

Procédé de Boyer. — Le malade couché sur le bord droit de son lit, le chirurgien, placé du même côté, entoure d'un linge la portion de la verge qui doit être enlevée, et l'embrasse de la main gauche avec l'attention de tirer la peau vers le gland, pendant qu'un aide saisit la verge à sa racine près du pubis, et tend également la peau qui la recouvre. Sans cette précaution, lorsque la verge est coupée près de sa racine, on risquerait d'enlever une partie de la peau des bourses, et de donner à la plaie une étendue beaucoup plus grande que celle qu'elle doit avoir. Les parties étant ainsi disposées, le chirurgien coupe d'un seul coup de bistouri la peau, les corps caverneux et l'urèthre. Cependant, si l'on est obligé d'abattre la verge près de sa racine, et si la peau n'est pas très mobile sur les corps caverneux, au lieu de les couper du même coup, il vaut mieux inciser d'abord circulairement la peau à 7 ou 8 millimètres au-dessus de l'endroit où l'on veut amputer la verge, et couper ensuite les corps caverneux et l'urèthre au niveau de la lèvre inférieure de la plaie circulaire des téguments.

On cherche alors, et on lie successivement les artères dorsales

de la verge qui rampent sur la face supérieure des corps caverneux, puis celles des corps caverneux mêmes. On introduit ensuite dans la vessie une sonde de gomme élastique qu'on fixe à demeure, sauf à la retirer de temps en temps pour la nettoyer ou la renouveler; mais il faut en continuer l'usage jusqu'à parfaite cicatrisation.

Il y a beaucoup à dire à ce procédé. D'abord, le principe de Boyer est fondé sur une appréciation inexacte des faits anatomiques. Le corps caverneux, dans l'état normal de la verge, est tout aussi rétracté qu'il le sera après l'amputation; sa rétraction ne rencontre pas plus d'obstacle dans un cas que dans l'autre, et la peau est absolument dans le même cas; si quelquefois il paraît se rétracter si fort après l'amputation, c'est qu'on l'a tirailé outre mesure. Enfin la peau de la verge est exactement proportionnée à sa longueur et à ses besoins, et quand on laisse moitié de la verge, il est juste et rationnel de laisser moitié de la peau pour la couvrir.

Malgaigne reproche à ce procédé d'exposer presque inévitablement à un rétrécissement de l'orifice de l'urèthre. Je ne sais si ce reproche est absolument justifié, car même avec l'écraseur linéaire, je n'ai rien observé de semblable. Quoi qu'il en soit, il serait très facile d'éviter cet inconvénient. On divise à petits coups les corps caverneux jusqu'à la muqueuse uréthrale et on dissèque celle-ci de manière à en conserver un centimètre environ au delà des corps caverneux. On l'étale alors sur la plaie et on la réunit par suture aux téguments.

Ecrasement linéaire. — L'écrasement a l'avantage de mettre mieux que le bistouri à l'abri de l'hémorrhagie. Le procédé est des plus simples: on incise la peau circulairement, puis l'on applique la chaîne autour du point qui doit être sectionné. Chassaignac place une sonde dans le canal; c'est une précaution qui peut être négligée avec l'écraseur mieux encore que dans tout autre procédé, car j'ai pu constater que la muqueuse du canal moins facilement coupée que le reste s'effile sous la pression et forme une petite saillie très facile à reconnaître à la surface de la plaie. On peut l'inciser à la face inférieure du canal et la suturer à la peau, car de cette façon le nouveau méat, reporté sur la face inférieure, dirige le jet d'urine en bas.

Galvanocaustique. — On peut employer le couteau, mais l'anse est ici le procédé qui doit avoir la préférence comme plus hémostatique.

On peut après l'opération se passer de l'application d'une sonde à demeure, surtout si l'on a eu soin d'ourler la muqueuse uréthrale avec la peau.

Quand le moignon de la verge garde une certaine longueur les opérés urinent sans gêne; mais quand l'amputation a été faite près du pubis, l'urine jaillit vers l'abdomen, ou quelquefois bave sur le scrotum et les cuisses. On peut remédier à cet inconvénient au moyen d'une canule de buis, d'ivoire ou de métal, terminée par un cône creux, dont le malade coiffe l'extrémité du moignon et qui sert à diriger le jet d'urine.

ARTICLE III

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'URÈTHRE ET LA VESSIE

I. — Imperforation complète ou incomplète du méat urinaire.

On rencontre quelquefois chez les nouveau-nés une imperforation incomplète du méat, l'urine ne sortant que par une ouverture presque imperceptible; ou même une occlusion complète, et alors on sent le canal dilaté et rempli d'urine jusqu'à l'endroit où il est fermé, lequel est rarement éloigné de la surface du gland.

Quand l'orifice de l'urèthre existe, et que ses bords sont seulement collés l'un à l'autre, on les sépare avec un stylet boutonné. S'il n'y a aucune trace d'ouverture, on pratique d'abord avec le bistouri, au sommet du gland, une petite incision suivant la direction de l'urèthre; on achève ensuite la perforation avec un trocart.

Dans l'imperforation incomplète, on a conseillé de dilater l'ouverture, d'abord avec un stylet très délié, puis avec des bougies d'un calibre de plus en plus considérable. Mais ce procédé est long et incertain; mieux vaut agrandir l'ouverture d'un coup de bistouri dirigé soit en bas, soit en haut, selon la position de l'orifice. On porte donc dans l'urèthre un stylet cannelé, sur lequel on glisse un bistouri ordinaire; ou bien on se sert d'un ténotome mousse, introduit dans le canal, et qu'on fait couper en le retirant. Quelques-uns ont cru devoir recourir à un petit lithotome caché, fabriqué tout exprès, complication fort inutile. Après l'incision, ou bien on maintient une sonde à demeure pour tenir l'orifice dilaté jusqu'à la cicatrisation; ou bien on prend soin de diviser de temps à autre l'angle d'union de la membrane inodulaire, selon le procédé d'Amussat.