

Il faut confesser en effet que jamais opération ne fut instituée et reçue avec si peu de réflexion. Breschet ne songeait qu'à ménager le canal déférent; quant aux artères et aux nerfs, il déclarait d'abord qu'il était impossible de les isoler des veines. Cependant la section des artères et des nerfs exposait trop à l'atrophie du testicule, que Harvey et Maunoir avaient obtenue quelquefois par la seule ligature des artères; Breschet s'avisait que l'artère spermatique était accolée au canal déférent, facile en conséquence à écarter avec ce canal; et M. Landouzy annonça que le procédé de Breschet était fondé sur cette donnée anatomique. Historiquement, il n'en était rien; anatomiquement, la donnée est absolument fautive: c'est l'artère déférente qui suit son canal; et tous les opérateurs ont détruit et détruisent encore l'artère spermatique sans le savoir. Quelles en sont les conséquences? On n'a pas suivi assez longtemps les opérés pour en juger; et d'ailleurs le testicule dont les fonctions seraient abolies laisserait encore librement fonctionner l'autre. N'oublions pas cependant que l'abolition des fonctions du testicule peut être la conséquence trop naturelle d'une opération aussi tristement constituée; que plus d'une fois déjà elle a entraîné l'atrophie de l'organe, et que 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, je n'ai trouvé dans toute ma carrière que trois sujets assez tourmentés par leur varicocèle pour se soumettre de plein gré à un traitement si périlleux.

Je ne quitterai pas ce sujet sans parler d'un moyen assez étrange appliqué par M. Key en Angleterre, non-seulement au traitement palliatif, mais à la cure radicale du varicocèle; c'est la compression exercée sur les veines du cordon, au niveau de l'anneau inguinal, à l'aide d'un bandage herniaire. M. Curling rapporte plusieurs exemples de varicocèles ainsi guéris en sept, dix, quinze et dix-neuf mois. Pour moi, j'ai eu de nombreuses occasions de traiter des hernies inguinales compliquées de varicocèle; 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 M. Curling quelque élément inconnu que je ne saurais m'expliquer.

Art. II. — Opérations qui se pratiquent sur la verge.

1^o Section du frein de la verge.

Cette opération se pratique quand le frein, étendu jusqu'à l'orifice de l'urètre, 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 excédante 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; j'ai été appelé à remédier à des cicatrices de ce genre.

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'une serre-fine ou d'un point de suture entrecoupée. J'ai eu à détruire des adhérences plus larges encore, notamment à la suite de chancres développés sur les côtés du frein; en pareil cas, je taille d'un coup de ciseaux un petit lambeau sur la muqueuse du prépuce, que j'applique en travers de l'angle de la section et que j'y réunis par suture; et j'ai ainsi obtenu des succès d'autant plus satisfaisants pour les malades, que déjà d'autres opérateurs avaient échoué.

2° *Phimosis.*

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

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'urètre, 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 débrider 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 l'auteur. — Je porte sur le prépuce, aussi loin que

possible, une branche de ciseaux courbes sur le plat; et j'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 sans autre cérémonie le lambeau triangulaire qui demande des incisions nouvelles dans le procédé ordinaire. Après quoi je divise la muqueuse jusqu'à la couronne; et je renverse sur la verge à la fois la muqueuse et la peau du prépuce, qui sont ainsi rapprochées 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. M. Ricord a ainsi formulé et complété le procédé.

Procédé de M. 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.

Appréciation. — L'incision et l'excision ne conviennent guère

que quand le prépuce est sain, rétréci seulement par un phimosis naturel. 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 M. Ricord est véritablement trop minutieux en ce qui touche le placement des pinces ; je préfère celui de Mayerne, modifié par Lisfranc. Mais il faut veiller ensuite à ce que la muqueuse et le frein ne fassent point obstacle aux libres mouvements du prépuce en arrière ; j'ai dit précédemment (p. 661) les précautions qu'exige la section du frein ; pour la muqueuse, on peut l'ébarber à la façon de M. Ricord, ou, au besoin, la fendre jusqu'à la couronne, comme dans mon procédé d'excision.

Quel que soit d'ailleurs le procédé employé, on peut, à l'imitation de Hawkins, réunir la peau et la muqueuse au moyen de quatre à cinq points de suture, plus ou moins, suivant l'étendue de l'incision, ou remplacer la suture par des serres-fines ; on obtient ainsi fréquemment la réunion par première intention. J'ai pratiqué une fois la suture, qui m'a paru excessivement douloureuse ; et comme le succès n'est pas même constant, j'y ai renoncé, du moins dans la généralité des cas. Les serres-fines, ne traversant point les tissus, sont moins douloureuses et semblent mériter la préférence. Toutefois, après l'excision, en ramenant à la fois la peau et la muqueuse en arrière, j'ai dit qu'elles se trouvent rapprochées naturellement ; et le plus ordinairement cela suffit pour la réunion sans aucun autre moyen.

3° 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, ou assis sur une chaise en face du chirurgien, celui-ci saisit la verge au delà de l'étranglement avec les doigts indicateur et médius 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.

J'ai trouvé particulièrement utile, après avoir pressé et massé le gland, d'appliquer sur sa face supérieure la pulpe du pouce droit, avec lequel on continue de le presser et de le repousser en arrière, tandis qu'on ramène le bourrelet préputial pardessus l'ongle du pouce.

Quelquefois on a pressé tellement sur le gland qu'on a fini par l'excorier ; M. Ricord a même cité un cas où le gland avait été déchiré. Cela accuse seulement l'ignorance et la brutalité des opérateurs. Un point essentiel est de ne pas forcer le taxis pour peu qu'il y ait d'inflammation, et même de ne pas le tenter lorsque l'inflammation est intense.

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 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 adhérences nouvelles produites par les incisions, avec un obstacle de plus à la réduction. Ce sont surtout les adhérences du bourrelet préputial aux 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 m'a fait imaginer le procédé suivant.

4° *Destruction des adhérences. Procédé de l'auteur*.— Dès que la réduction me paraît impossible, séance tenante, je plonge à plat un ténotome aigu par-dessous le bourrelet constricteur, en rasant les corps caverneux, jusqu'à ce que je sente la pointe de l'instrument sous la peau au delà de l'étranglement. Alors je fais agir le tranchant d'un côté, de manière à décoller le bourrelet des tissus sous-jacents; puis, retournant la lame, j'en fais autant de l'autre côté, et je reprends le taxis. Pour peu qu'il offre encore de difficultés, je réintroduis le ténotome pour achever de diviser les adhérences persistantes; après quoi la réduction s'opère en un clin d'œil. Le malade est tenu au lit, la verge relevée et fomentée avec

de l'eau simple ou une décoction de guimauve; les suites sont aussi simples que celles de la réduction la plus facile, et je n'ai jamais observé de suppuration.

M. Cullerier a mis ce procédé en usage avec le même succès, seulement en plongeant le ténotome en arrière, à travers la peau, pour avoir une incision sous-cutanée; modification insignifiante. Pour moi, sans chercher à agrandir la ponction faite par mon ténotome, je n'attache pas une grande importance à la tenir très étroite, et le résultat n'a jamais varié.

Application.— En présence d'un paraphimosis quelconque, récent ou ancien, pourvu qu'il n'y ait pas d'inflammation aiguë, je tente le taxis par le procédé de Desruelles, et s'il échoue, la destruction des adhérences, de manière à le réduire toujours séance tenante. La compression, les scarifications, le débridement deviennent ainsi parfaitement inutiles; et depuis l'application du procédé nouveau, je n'ai jamais eu besoin d'y recourir.

4° *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 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, recouvrit 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 circonscire 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 externe du prépuce qui la suit; on divise le tissu cellulaire lâche qui l'unit à la lame interne 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 externe 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 de coton épais et enduits d'emplâtre agglutinatif, passés tout autour du nouveau prépuce et de la verge.

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.

5° 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 cheveu, un fil, une ficelle, un anneau métallique, etc. L'étranglement qui en résulte amène une tuméfaction 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 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 cisailles. 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.

6° Cancer superficiel de la verge.

Anatomie.—Lorsque le cancer attaque le prépuce seulement, le gonflement qu'il détermine dans ses 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 inodulaire, qu'en quelques points la cicatrice était linéaire, et qu'ailleurs elle n'occupait pas le quart de la perte de substance opérée.

7° 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 opérerait.

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'urètre. 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'urètre 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 dont il faut 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. Je remplace donc le précepte de Boyer par le suivant : *Couper la peau au même niveau que le corps caverneux.* Un moyen bien simple d'y réussir consisterait à saisir la verge en arrière du prépuce, et à comprimer fortement la peau sur le corps caverneux, de manière à attirer en avant le tout ensemble; un aide tendrait alors la peau en arrière,

et l'opération pourrait se faire d'un seul coup de couteau, comme dans le procédé de Boyer.

Mais un reproche beaucoup plus grave à faire à ce procédé, c'est qu'il expose presque inévitablement à un rétrécissement de l'orifice de l'urètre. En en recherchant le pourquoi, on peut voir, même sur le cadavre, qu'après la section transversale de la verge, l'urètre resserré sur lui-même n'apparaît que comme un point; la muqueuse circulairement rétractée ne forme pas de pli, déborde même à peine la surface de la plaie; et la cicatrice qui s'opère sur les corps caverneux s'étend circulairement jusqu'à ce point, que la rétraction du tissu inodulaire tend à rétrécir encore. Pour éviter cette triste conséquence, il faut garder assez de muqueuse pour pouvoir la réunir avec la peau. Dans un cas où j'avais d'abord essayé de sauver le gland en disséquant le cancer jusqu'à ses limites, l'urètre s'y trouva compris, et l'amputation fut inévitable. Je conservai un large lambeau de la muqueuse urétrale, que je réunis par suture avec la peau; et bien que ce lambeau ne portât pas sur toute la circonférence de l'urètre, ce fut assez pour maintenir la liberté du méat urinaire. Ce résultat est impossible à obtenir avec le procédé de Boyer; aussi j'estime que ce procédé doit être essentiellement abandonné. Il faut couper la peau avec la précaution que j'ai dite; diviser à petits coups les corps caverneux jusqu'à la muqueuse urétrale, et disséquer celle-ci de manière à en conserver un centimètre environ au delà des corps caverneux. On l'étale alors sur le reste de la plaie, on la réunit par suture aux téguments; et l'on peut se passer de la sonde à demeure.

Ce procédé de dissection, que j'indique comme préférable pour la portion libre de la verge, devient de nécessité quand il faut remonter jusqu'à sa racine; j'ai été obligé de porter la dissection si loin, qu'il fallut séparer avec le bistouri les deux moitiés du scrotum pour arriver aux limites du mal.

La rétraction normale de l'urètre dans la section transversale a donné lieu à un fait bien étrange et à un conseil plus étrange encore. Béclard (de Strasbourg), ayant coupé la verge à 6 millimètres en avant du pubis, ne put retrouver l'urètre pour y introduire une sonde, même après que le malade eût pissé librement par le canal. Belmas d'abord, M. Barthélemy ensuite, recommandèrent en conséquence d'introduire à l'avance dans la vessie une sonde de gomme élastique qui serait coupée du même coup que la verge, et se trouverait naturellement placée dans le canal après. La méprise arrivée à Béclard est un peu trop personnelle pour justifier un procédé nouveau; la moindre notion de la position de l'urètre suffira toujours pour le retrouver, même après la section transversale; et si

l'on conserve seulement un lambeau de la muqueuse au delà de la plaie, l'erreur sera absolument impossible.

J'ai dit qu'après l'amputation, on a à lier quatre artères; Blandin ajoute deux petites artères urétrales inférieures et quelques rameaux des honteuses externes. Mais, ainsi que l'observe Boyer, quand les artères dorsales et cavernueuses ont été liées, la moindre compression suffit à arrêter le sang; je dirai plus, il est rare qu'on soit obligé de faire quatre ligatures, surtout lorsqu'on est éloigné de la racine de la verge.

Un mot sur l'état des fonctions après la guérison. 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, et les malades sont obligés de s'accroupir pour uriner. Ils remédient à cet inconvénient en se servant d'une canule de forme conique, de buis, d'ivoire ou de métal, qui s'applique par sa partie la plus large sur le pubis, et qui sert à diriger le jet d'urine (A. Paré).

Art. III. — Opérations qui se pratiquent sur l'urètre et la vessie.

1° 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 la bouche de l'urètre 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'urètre; 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'urètre un stylet cannelé, sur lequel on glisse un bistouri ordinaire; ou bien on se sert d'un ténotome mousse, in-

troduit 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 (voy. p. 91).

2° Hypospadias.

On distingue plusieurs espèces d'hypospadias, qui correspondent assez bien aux divers degrés de développement de l'urètre chez le fœtus. Ainsi, dans les premiers temps de la vie intra-utérine, la partie inférieure de la verge, le scrotum et une portion du périnée sont divisés par une fissure médiane, qui représente une espèce de vulve au fond de laquelle s'ouvre l'urètre; quand cet état persiste, il constitue une sorte d'hermaphrodisme apparent contre lequel la chirurgie est sans ressources. Vers l'époque de trois mois, le périnée et le scrotum sont réunis sur la ligne médiane; l'urètre, complet en arrière, manque en avant, et s'ouvre à la racine de la verge. Dans une autre variété, la plus fréquente de toutes, l'urètre se prolonge jusqu'à la base du gland, et s'ouvre vers la racine du frein du prépuce, qui se trouve lui-même divisé et reporté en arrière; alors, en général, le gland offre une gouttière qui répond à la fosse naviculaire. Enfin l'hypospadias peut être limité au gland, sur lequel l'urètre se termine en gouttière, avec le prépuce bien complet. Nous exposerons successivement ce qu'on a tenté dans ces dernières variétés.

1° *Hypospadias sus-scrotal. Procédé de Dupuytren.* — Un trocart de petite dimension et construit exprès, fut enfoncé depuis la partie antérieure et inférieure du gland, le long du trajet que devait affecter l'urètre, jusqu'à l'endroit de la fistule; toute cette étendue fut ensuite cautérisée avec un cautère en roseau très mince. Après une inflammation effroyable, la suppuration s'étant établie, on porta dans le canal nouveau une sonde de gomme élastique jusque dans la vessie; au bout de trois mois, la fistule de la racine de la verge traitée par la cautérisation s'était cicatrisée, et l'urine sortait librement par le canal nouveau. Par malheur, l'enfant fut alors perdu de vue; on ajoute néanmoins que Dupuytren a fait une seconde fois cette opération dans un cas analogue, avec le plus entier succès.

Il faut bien proclamer avant tout que l'intervention du cautère est fort peu rationnelle; et qu'il suffirait de remplacer le trocart