

l'orifice urétral peut se rétrécir au point de nécessiter le débridement comme chez le malade cité par E. Reliquet devant la Société de Médecine de Paris (1).

Il arrive encore que le prépuce et le gland soient le siège constant d'une balano-posthite suppurative avec excérations granuleuses d'aspect, facilement saignantes, dont les limites ne sont point strictement fixées aux points baignés par l'urine sucrée ; le fourreau de la verge peut être envahi.

Le phimosis diabétique *vrai* ou *chronique* (par opposition au phimosis inflammatoire aigu) (2) est donc caractérisé par l'apparence cicatricielle irrégulière de la muqueuse préputiale et parfois du gland, par la présence d'une balano-posthite et par celle du glycosé dans l'urine. Au point de vue pathogénique, si l'on peut discuter l'influence directement nocive de l'urine sucrée sur la région, il reste évident que la rétraction cicatricielle qui succède aux vésicules d'herpès constitue le mécanisme intime de la production du phimosis.

III

Ainsi, pénétré de cette idée que le phimosis, glycosurique se rencontre à tout âge ; mais avec une plus grande fréquence à l'âge adulte et pendant la vieillesse, au moindre doute, l'urine sera soigneusement examinée. Le phimosis aigu ne doit point être opéré ; le phimosis chronique peut l'être sans danger souvent, avec avantage parfois ; il est même des cas où l'intervention s'impose. J'envisagerai successivement ces différents points.

Contre les accidents inflammatoires aigus, greffés ou non sur un état chronique, il convient avant tout de faire de l'aseptie et non de l'antiseptie forte. Donc, pas de sublimé,

(1) *Œuvres complètes*, tome V (phimosis).

(2) La plupart des auteurs semblent croire que le phimosis diabétique n'est qu'inflammatoire et confondre l'accident aigu avec l'état chronique qu'il précède ou sur lequel il se greffe.

pas de caustiques. Des bains locaux, des lavages prudents avec un tampon d'ouate hydrophile imprégnée de solution chaude de bicarbonate de soude à 2% après chaque miction, l'assèchement de la région saupoudrée ensuite de tale stérilisé m'ont toujours donné les meilleurs résultats. J'y ai joint sans exception le traitement général de la glycosurie. Lorsque les choses furent rentrées dans l'ordre, si le gland restait couvert et surtout s'il ne pouvait être facilement découvert, connaissant la marche progressive du rétrécissement de l'anneau préputial, j'ai toujours proposé la circoncision, à la condition

que le balano-posthite fut bien guérie :

que le sucre ait notablement diminué de proportion dans les urines. Je n'ai eu aucun accident à déplorer. Il va sans dire que, comme toujours, l'opération sera faite aseptiquement et la plaie mise autant que possible à l'abri de l'urine pendant les quelques jours nécessaires à sa réunion.

Lorsque la balano-posthite ne peut être suffisamment traitée parce que l'anneau préputial trop étroit s'oppose même même à la pratique facile des irrigations, que la miction est pénible (sans parler de toutes les conséquences urinaires lointaines, bien connues, d'un pareil état local (conséquences que j'ai eu l'occasion d'étudier en détail à cette tribune et en particulier dans "*Les glandes de l'Urètre*"), on doit et on peut opérer, si le traitement général agit sur la glycosurie. Le malade fera, par exemple, d'abord une saison à Vichy ; ses urines seront attentivement surveillées et le chirurgien choisira le meilleur moment pour intervenir par le moindre traumatisme.

En observant ces précautions multiples dont je compte bien ne pas m'écarter jusqu'au jour où leur importance me serait démontrée illusoire, j'ai opéré le phimosis diabétique comme tout autre. A part une certaine lenteur dans la réunion de la plaie préputiale, je n'ai observé aucune complication.