

L'URÈTRE LIBRE. Le malade étant couché sur un lit, ou sur un canapé, les cuisses légèrement fléchies sur le bassin et écartées l'une de l'autre, la tête retenue par un oreiller, le chirurgien placé à gauche (quelques-uns préfèrent se placer à droite, et il convient de se familiariser avec l'opération du cathétérisme dans les deux positions) renverse de la main gauche le pénis vers l'abdomen, abaisse le prépuce et entr'ouvre les lèvres du méat urinaire, comme nous l'avons dit précédemment. Il saisit la sonde, préalablement graissée, près du pavillon entre le pouce et l'indicateur de la main droite, et en fait glisser le bec sans effort jusqu'au niveau de la courbure sous-pubienne de l'urètre. Dans ce premier temps, la portion droite de l'instrument doit être dans un plan parallèle à celui de la paroi abdominale antérieure, et le pavillon de la sonde, qui au début de l'introduction était en rapport avec l'épine iliaque antéro-supérieure droite, est ramené peu à peu vers la ligne médiane, si bien que, lorsque le bec de l'instrument arrive au niveau du cul-de-sac du bulbe de l'urètre, le pavillon répond à la ligne blanche. Il est nécessaire encore dans le premier temps du cathétérisme, c'est-à-dire pendant que la sonde parcourt la portion mobile de l'urètre, que le canal chemine sur elle autant qu'elle-même chemine dans le canal. Pour franchir la portion recourbée de l'urètre, ce qui constitue le second temps, on fait décrire au pavillon de la sonde un arc de cercle qui l'éloigne peu à peu de la paroi abdominale et le porte entre les cuisses du malade; de cette manière, le bec de l'instrument décrit une courbure en sens inverse et parcourt les portions membraneuse et prostatique de l'urètre. Cette manœuvre est délicate : si on décrit le mouvement de rotation trop tôt, on arc-boute le bec de la sonde contre la symphyse pubienne; si on l'exécute trop tard, on risque de faire fausse route à travers la paroi postérieure de la région membraneuse. C'est encore en procédant avec lenteur, en ne communiquant à l'instrument qu'une impulsion à peine marquée, qu'on évitera ces inconvénients.

Lorsque le canal est le siège de rétrécissements, et qu'on juge convenable de pratiquer le cathétérisme au moyen d'une sonde rigide, on a de grandes difficultés à surmonter pour ne pas donner à l'extrémité de l'instrument une mauvaise direction. Quelques chirurgiens ont proposé de se servir d'une sonde à extrémité de forme *conique*, à l'aide de laquelle ils franchissent le rétrécissement de vive force, au risque de produire des délabrements étendus. Ce mode de cathétérisme est généralement abandonné aujourd'hui. Civiale a proposé le procédé suivant : il prend une sonde à petite courbure, arrondie à son extrémité, de 2 millimètres au moins de diamètre; il l'introduit avec beaucoup de lenteur et maintient pendant quelques instants l'extrémité de l'instrument appliquée contre la partie antérieure du rétrécissement, en exerçant une pression égale, fort légère, et en tirant simultanément sur la verge sans causer de douleur. Si le bec de la sonde s'engage on continue de presser, et il est possible que l'instrument franchisse l'obstacle au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure; toutefois il est possible qu'on échoue; il faut alors suspendre le cathétérisme pendant quelques minutes, puis y revenir. Cette question

sera de nouveau discutée à l'occasion de la rétention d'urine qui complique si souvent les rétrécissements de l'urètre.

B. CATHÉTÉRISME AVEC SONDE A COURBURE BRUSQUE; CANAL DE L'URÈTRE LIBRE. Le malade est couché, le chirurgien placé à sa droite, près du bassin, tient de la main gauche la verge qu'il ramène dans une direction oblique vers l'aîne droite. Avec la main droite il saisit le pavillon de la sonde, dont le bec est dirigé en bas. Il introduit l'extrémité du bec dans le méat; puis élevant graduellement le pavillon, il pousse la sonde dans l'urètre en faisant glisser l'extrémité du bec contre la paroi droite du canal, l'angle du bec appuyant sur la paroi gauche, jusqu'à ce que le bec arrive dans le cul-de-sac du bulbe. En imprimant un léger mouvement de rotation au pavillon, on ramène la concavité du bec vers la symphyse. L'extrémité du bec pénètre dans le collet du bulbe. A ce moment, le coude de la sonde servant de point fixe, le chirurgien élève le pavillon, le place sur la ligne médiane du corps, et lui imprime un mouvement de propulsion et d'abaissement combiné, l'impulsion propulsive l'emportant sur l'abaissement et précédant ce dernier.

La méthode de la *dilatation* se divise en deux procédés, suivant qu'on la pratique d'une manière *graduelle*, c'est-à-dire qu'on introduit des corps dilatants de plus en plus volumineux dans le rétrécissement, ou bien que l'on écarte *brusquement* les parois de la coarctation par un instrument d'un diamètre considérable.

(a) **Dilatation brusque ou forcée.** Elle a été exécutée soit au moyen de cathéters très-volumineux proposés par Mayor, soit à l'aide d'instruments particuliers formés de deux branches qui sont rapprochées lorsqu'on les introduit dans l'urètre et qui s'écartent l'une de l'autre par un mécanisme particulier dans la portion qui répond au rétrécissement. Tels sont les instruments inventés par Perrève, Holt, Montain, Voillemier, etc. Ce mode de dilatation est généralement abandonné.

(b) **Dilatation graduelle.** On l'exécute avec des bougies et des sondes. Tantôt on laisse ces instruments séjourner dans l'urètre sans interruption, et pendant tout le temps nécessaire à la guérison; tantôt au contraire on ne les introduit que pendant un temps plus ou moins court chaque jour, en laissant reposer le canal dans l'intervalle. Il existe donc une dilatation *permanente* et une dilatation *temporaire*.

(c) **Dilatation permanente.** Elle se fait lentement ou rapidement, c'est-à-dire coup sur coup. Dans la première, on change les bougies ou les sondes tous les quatre ou cinq jours; dans la seconde, préconisée surtout par Lallemand, on augmente rapidement le volume des bougies et des sondes qu'on laisse séjourner dans l'urètre, de façon à en passer dans la même journée successivement plusieurs de divers calibres, en augmentant d'un millimètre par exemple toutes les dix heures.

(d) **Dilatation temporaire.** Pour l'exécuter il faut se conformer aux règles suivantes : commencer par une bougie qui entre librement ou avec un frottement léger; ne jamais passer d'un numéro à un autre plus élevé



du jour au lendemain, mais dans la même séance, c'est-à-dire qu'il faut chaque jour commencer par introduire la bougie de la veille ; augmenter graduellement le diamètre des bougies : ne laisser séjourner l'instrument dans l'urètre qu'un quart d'heure les premiers jours, cinq à dix minutes les jours suivants. Béniqué employait des bougies métalliques à diamètre allant successivement en augmentant d'un quart de millimètre ; la plus petite avait 2 millimètres et demi de diamètre, la plus volumineuse 1 centimètre. Il introduisait successivement plusieurs de ces bougies dans la même séance.

La plupart des rétrécissements cédant à la dilatation temporaire, celle-ci est préférable à la dilatation permanente ; elle fatigue beaucoup moins le canal, expose conséquemment moins à une inflammation de la muqueuse urétrale, suivie d'un écoulement plus ou moins abondant ; et enfin permet au patient de suivre un traitement sans interrompre ses occupations.

**II. Cautérisation.** Elle consiste à rétablir le diamètre normal de la portion d'urètre qui est le siège du rétrécissement, en portant dans la cavité ou sur l'une des extrémités de ce dernier une substance chimique propre à produire une perte de substance. L'instrument qui sert à faire l'opération est connu sous le nom de *porte-caustique*. Il se compose d'une canule extérieure ou gaine protectrice, soit en argent, soit en gomme, dans laquelle on introduit une tige de la même substance pourvue à son extrémité inférieure d'une petite cuvette remplie de *nitrate d'argent fondu*. Le procédé opératoire varie suivant qu'on détruit le rétrécissement d'avant en arrière, de dedans en dehors, ou d'arrière en avant.

(a) **Cautérisation d'avant en arrière.** E. Home la pratiquait au moyen d'une bougie emplastique ordinaire, dont l'une des extrémités était percée d'un trou propre à recevoir un crayon de nitrate d'argent. Cette bougie était portée rapidement sur le rétrécissement et retirée après une ou deux minutes. On comprend qu'un pareil procédé a de graves inconvénients ; le caustique n'étant protégé par aucune gaine extérieure laboure toute la portion d'urètre qu'on est obligé de lui faire traverser pour arriver sur la coarctation. Les bougies escharotiques, dans la substance desquelles on incorpore une certaine quantité de caustique, ont le même défaut. Les instruments imaginés par Ricord, Leroy, Baré, etc., se composent d'une canule extérieure et d'une tige centrale terminée par une cuvette qui reste cachée dans la première tant que le porte-caustique n'est pas arrivé sur le rétrécissement, et qui, par le fait d'un simple mouvement d'impulsion communiqué par le chirurgien, peut se mettre au contact de la partie antérieure de l'angustie. Quand on juge que le caustique a suffisamment agi, on tire à soi la tige pour la faire rentrer dans la gaine et on enlève l'instrument sans qu'aucune parcelle de caustique puisse agir sur la partie saine de l'urètre.

(b) **Cautérisation de dedans en dehors ou latérale.** Elle a été surtout préconisée par Ducamp, qui l'exécutait au moyen d'un instrument particulier fondé du reste sur les principes que nous avons précédemment exposés ; gaine extérieure pour protéger l'urètre contre l'action de la tige

porte-caustique ; porte-caustique que l'on peut au moyen d'un simple mouvement d'impulsion faire sortir de la gaine protectrice pour l'engager dans le rétrécissement. D'autres chirurgiens, Lallemand, Leroy, Amussat, Ségalas, ont fait construire des porte-caustiques propres à remplir le même but que celui de Ducamp.

(c) **Cautérisation d'arrière en avant.** Elle a été exécutée par Leroy, au moyen d'un instrument en forme de sonde, terminé par une olive que l'on porte au delà du rétrécissement, et qui vient, lorsqu'on retire ce tube, appuyer contre la partie postérieure de la coarctation. Une tige porte-caustique est introduite dans le tube, et la cuvette chargée de nitrate d'argent qui le termine, est mise en rapport avec les ouvertures situées au-dessus de l'olive, de façon à agir sur les tissus qui sont au contact de ces fenêtres.

**III. Section des rétrécissements ; urétrotomie.** Pour exécuter cette opération, on se sert d'instruments désignés sous le nom d'*urétrotomes*. Ils se composent d'une gaine dans laquelle glisse une sorte de tige ou mandrin terminé à l'extrémité inférieure par une lame tranchante ; suivant le mode d'articulation de cette lame, celle-ci sort de la gaine dans des directions variées, ce qui permet d'inciser le rétrécissement *d'avant en arrière*, ou *d'arrière en avant*, ou de *dedans en dehors* ; c'est d'après ces principes que fonctionnent les urétrotomes imaginés par Tanchou, Leroy, Ricord, Amussat, Civiale (fig. 292), Caudmont, Charrière, etc. Ils incisent les parois du rétrécissement, dans une certaine épaisseur, des parties profondes vers la surface. Pour obtenir l'élargissement du canal d'une manière permanente, on fait porter au malade des sondes pendant un certain nombre de jours, afin que la cicatrice soit aussi étendue que possible. On facilite la section du rétrécissement, en introduisant au préalable dans celui-ci une fine bougie (fig. 293, D) sur laquelle on visse l'extrémité de la tige de l'urétrotome qui ne risque pas alors de s'égarer (Maisonneuve).

Reybard a objecté que lorsqu'on introduit des sondes dans un rétrécisse-

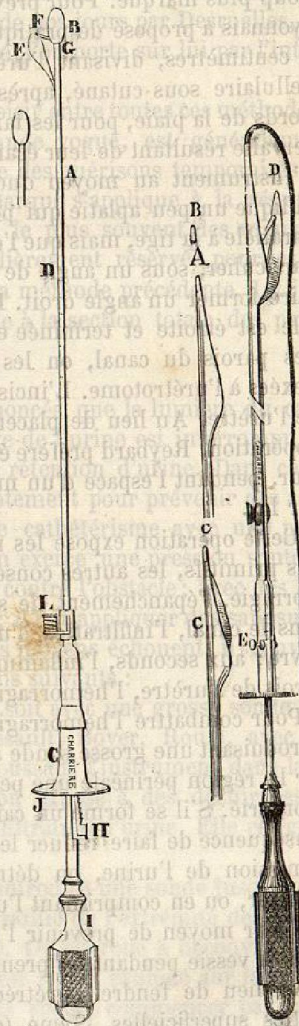


Fig. 292.

Fig. 293.