

ment ainsi *scarifié*, on produit une déchirure de la membrane muqueuse et même son décollement, c'est-à-dire qu'on la sépare du tissu spongieux subjacent. Ce dernier se trouve donc en contact direct avec la sonde; de là une inflammation qui, étant légère, donne lieu à une sécrétion de lymphes plastiques remplissant les vacuoles du tissu érectile et le convertissant en tissu fibroïde et rétractile; qui, étant intense, se termine par suppuration et par une destruction du tissu spongieux remplacé par une cicatrice. Dans tous les cas, le rétrécissement se reproduit à un degré beaucoup plus marqué. Pour prévenir cette fâcheuse terminaison, le chirurgien lyonnais a proposé de pratiquer une seule et grande incision longue de 5 à 6 centimètres, divisant l'urètre dans toute son épaisseur jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, après quoi on cherche à empêcher la réunion des bords de la plaie, pour les faire cicatriser isolément, et obtenir, dans l'intervalle résultant de leur écartement, une cicatrice mince, souple et large. L'instrument au moyen duquel on exécute l'opération est une tige métallique un peu aplatie qui porte une lame articulée droite et tranchante, parallèle à la tige, mais que l'on écarte de cette dernière, par un mécanisme particulier, sous un angle de plus en plus ouvert, au point de pouvoir lui faire former un angle droit. La lame a une longueur de 3 centimètres; elle est étroite et terminée en pointe. Dans le but de favoriser la section des parois du canal, on les tend au moyen de branches dilatatrices annexées à l'urétrotome. L'incision doit être faite sur une des faces latérales de l'urètre. Au lieu de placer une sonde à demeure dans le canal, après l'opération, Reybard préfère écarter les lèvres de la plaie plusieurs fois par jour, pendant l'espace d'un mois au moyen d'un dilateur spécial inventé par lui.

Cette opération expose les malades à des accidents de divers genres, les uns primitifs, les autres consécutifs. Aux premiers se rapportent : l'hémorragie, l'épanchement de sang dans la vessie, la formation d'un caillot dans le canal, l'infiltration d'urine, la douleur en urinant; les accès de fièvre; aux seconds, l'inflammation de la plaie urétrale, les abcès dans les parois de l'urètre, l'hémorragie, la phlébite.

Pour combattre l'hémorragie, il faut employer la compression, soit en introduisant une grosse sonde à demeure dans l'urètre, soit en maintenant sur la région périnéale une pelote que l'on fixe au moyen d'un bandage approprié. S'il se forme un caillot dans le canal de l'urètre, ce qui a pour conséquence de faire refluer le sang dans la vessie et de mettre obstacle à l'émission de l'urine, on détruit le coagulum en introduisant un gros cathéter, ou en comprimant l'urètre d'arrière en avant avec les doigts. Le meilleur moyen de prévenir l'infiltration d'urine est de laisser une sonde dans la vessie pendant les premiers jours qui suivent l'opération.

Au lieu de fendre les rétrécissements des parties profondes vers les parties superficielles, Syme (d'Edimbourg) pratique cette opération en sens inverse, c'est-à-dire qu'il incise les parois du canal de la peau jusqu'à la muqueuse. Le chirurgien anglais traverse le rétrécissement avec un cathéter d'argent d'un très-petit calibre, présentant une cannelure vers son

extrémité inférieure, propre à servir de guide au bistouri. D'autres chirurgiens ont fait la section du rétrécissement de dehors en dedans, sans conducteur; nous y reviendrons plus tard en décrivant l'opération dite *de la boutonnière*.

Indépendamment des trois grandes méthodes de traitement que nous venons de passer en revue, il en existe deux autres très-rarement usitées que l'on désigne sous le nom de *résection* et de *rapure*. Dans la première, déjà mentionnée par A. Paré, on enlève au moyen d'un instrument approprié une portion des tissus qui limitent la coarctation. Dans la seconde, due également au même chirurgien et exécutée de nos jours par Desruelles, on détruit le rétrécissement avec une râpe que l'on porte sur lui par l'intermédiaire d'une sonde conductrice.

Le chirurgien se trouve embarrassé de choisir entre toutes ces méthodes; la *cautérisation*, après avoir joui d'une grande vogue, est généralement abandonnée aujourd'hui; elle ne donne que des guérisons temporaires, et expose à des récidives graves. Pareille remarque s'applique à la *résection* des rétrécissements. La *dilatation* triomphe le plus souvent des angusties urétrales et l'*urétrotomie* doit être particulièrement réservée pour les rétrécissements durs qui sont réfractaires à la méthode précédente. La division simple du rétrécissement est préférable à la section totale des parois de l'urètre d'après le procédé de Reybard.

Il est des rétrécissements tellement prononcés, que la lumière du canal est complètement effacée et que tout passage de l'urine est interrompu. Ce liquide s'accumule dans la vessie et il y a rétention d'urine. Dans ce cas le chirurgien est obligé d'intervenir promptement pour prévenir des accidents graves. Il commence par essayer le cathétérisme avec une petite sonde rigide sur le pavillon de laquelle on exerce une pression soutenue et prolongée, une fois que le bec est appuyé contre l'obstacle; avec des bougies capillaires, des bougies tortillées, etc.; il fait appliquer des sangsues à l'anus, administre un bain prolongé. Si ces moyens échouent, il convient de livrer issue à l'urine par l'un des moyens suivants :

**1<sup>o</sup> Cathétérisme forcé.** On le pratique soit avec une grosse sonde métallique, soit avec une sonde conique (Desault, Boyer, Roux), avec lesquelles on franchit le rétrécissement en poussant l'instrument dans la direction présumée du canal. Cette opération expose à des déchirures de l'urètre et à de fausses routes suivies d'infiltration d'urine. Elle est généralement abandonnée aujourd'hui.

**2<sup>o</sup> Opération de la boutonnière.** On introduit une sonde jusqu'au niveau de l'obstacle, on divise le canal sur la saillie de l'extrémité de l'instrument, en prolongeant l'incision en arrière. On cherche à découvrir l'orifice du rétrécissement pour y introduire un stylet cannelé sur lequel on divise la portion rétrécie du canal. On peut encore commencer par ouvrir la partie membraneuse de l'urètre et introduire par cette ouverture d'arrière en avant un cathéter cannelé; un autre cathéter est porté par la partie antérieure du canal et celui-ci incisé entre les deux instruments.

L'opération faite, on laisse une sonde à demeure dans la vessie, pendant le temps nécessaire à la cicatrisation de la plaie. C'est encore dans le but de favoriser le procédé opératoire, que Verduc a conseillé de pratiquer au préalable la ponction de la vessie au-dessus du pubis et d'introduire par la canule du trocart dans la vessie d'abord, puis dans l'urètre, une sonde de caoutchouc propre à guider le bistouri du chirurgien.

**3° Ponction de la vessie.** Elle a été exécutée par quatre voies différentes : l'urètre (Lafaye), l'hypogastre (Méry), le périnée (Dionis), le rectum (Fleurant). La seconde est préférable aux trois autres.

**A. PONCTION PAR L'URÈTRE.** On l'exécute avec la sonde conique (voy. *Cathétérisme forcé*).

**B. PONCTION PAR L'HYPOGASTRE.** On se sert du trocart courbe de frère Côme. Le patient est couché sur le bord droit du lit, les jambes et les cuisses fléchies. Le chirurgien, placé à la droite du malade, saisit le trocart de la main droite, la concavité de l'instrument dirigée en bas, et enfonce le poinçon à 3 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne, au niveau de la ligne blanche. Dès que le poinçon est retiré, l'urine s'écoule par la canule que l'on fixe autour du corps au moyen d'un ruban de fil passé à travers les anneaux de l'instrument.

**C. PONCTION PAR LE PÉRINÉE.** Le malade est placé comme pour l'opération de la taille latéralisée (fig. 273, p. 840). Les bourses sont relevées par un aide qui comprime l'hypogastre pour repousser la vessie en bas. Le chirurgien se place entre les cuisses du patient, il saisit de la main droite un trocart droit long de 20 à 24 centimètres, et enfonce l'instrument au niveau d'un point qu'il marque d'avance et qui est situé au milieu d'une ligne allant de la tubérosité sciatique sur le raphé-périnéal, à 1 centimètre au-devant de l'anus. Le trocart est dirigé d'abord parallèlement à l'axe du corps, puis incliné en arrière de façon à éviter la lésion de la prostate au-dessous de laquelle l'instrument arrive dans la vessie.

**D. PONCTION PAR LE RECTUM.** Le malade est couché sur le dos, le bassin est soulevé par un coussin épais, les membres inférieurs légèrement écartés. Le chirurgien introduit le doigt indicateur gauche dans le rectum, pour reconnaître avec la pulpe de ce doigt la saillie de la vessie distendue par l'urine. Un trocart courbe est conduit le long de la face palmaire du doigt, la concavité de l'instrument tournée en haut et la pointe dissimulée par la canule. Dès que l'extrémité de celle-ci a dépassé la phalange unguéale de l'index et est en contact avec la face antérieure du rectum, on pousse le poinçon du trocart et on traverse la cloison recto-vésicale pour pénétrer dans la vessie, à environ 3 centimètres en arrière de la prostate. Après avoir retiré le poinçon, on peut fixer la canule.

**Cystotomie hypogastrique.** Elle a été pratiquée avec succès par Sedillot, dans un cas où la vessie était remplie de caillots sanguins dont il était impossible de faire l'extraction. Augé l'a exécutée heureusement pour une rétention d'urine consécutive à une rupture traumatique de l'urètre. On se conforme aux règles de la taille hypogastrique (p. 844).

## ARTICLE IV.

## Des infiltrations d'urine.

Toutes les fois qu'il existe une solution de continuité sur un des points de l'appareil urinaire, le liquide renfermé dans cet appareil, c'est-à-dire l'urine, s'échappe des voies qui la contiennent et passe en quantité plus ou moins considérable dans le tissu cellulaire ambiant. On dit alors qu'il y a *infiltration d'urine*. Les conséquences qui résultent de cette effusion varient suivant la région où elle se produit, et sous ce point de vue, il faut établir une distinction tout anatomique et examiner successivement les effets produits par l'infiltration dans le tissu cellulaire du bassin, au-dessus de l'aponévrose supérieure du périnée, et dans le tissu cellulaire périnéal au-dessous de la même aponévrose.

**1° INFILTRATIONS D'URINE DANS LE TISSU CELLULAIRE PELVIEN.** Elles sont le plus souvent la conséquence de l'ouverture artificielle ou spontanée de la vessie; elles succèdent donc à la taille hypogastrique; à la taille latéralisée, lorsque l'incision faite à la prostate dépasse en arrière cette glande; à la ponction de la vessie; à la rupture de cet organe ou à sa perforation par des sondes qui ont trop longtemps séjourné dans sa cavité. Les lésions de la prostate, les abcès prostatiques ouverts dans le tissu cellulaire pelvien peuvent également les occasionner. A plus forte raison les observera-t-on dans les cas de rupture des bassinets des reins ou des urètres, à la suite d'une rétention d'urine dans l'un de ces conduits; d'un abcès formé dans l'un de ces conduits; d'un abcès développé dans l'épaisseur de ses parois et ouvert dans la cavité (Desault); d'une plaie de ces organes.

Les effets produits par ces diverses lésions varient: lorsqu'il existe une solution de continuité aux bassinets, ou à l'origine de l'urètre, l'urine s'infiltré dans le tissu cellulaire de la région lombaire et des fosses iliaques au-dessous du péritoine. Si cette solution de continuité occupe la fin de l'urètre ou le bas-fond de la vessie, l'urine s'infiltré dans le tissu cellulaire du bassin. Si c'est la paroi antérieure de la vessie qui est perforée, les urines s'infiltré dans le tissu cellulaire placé en haut et en arrière du pubis, entre le péritoine et les muscles abdominaux; elles vont quelquefois jusqu'à l'épigastre. Dans d'autres cas, elles suivent le tissu cellulaire qui accompagne le cordon spermatique, parcourent le canal inguinal et viennent se répandre dans les aines et les bourses (Desault).

Les symptômes de ce genre d'infiltrations sont obscurs; on ne peut qu'en soupçonner l'existence d'après les phénomènes généraux présentés par les malades et l'examen des circonstances commémoratives; ainsi, dans les cas où à la suite d'une rétention d'urine dans la vessie ou dans les urètres, les malades après avoir éprouvé toutes les angoisses de la rétention, ressentent tout à coup un soulagement marqué, sans que le cours de l'urine ait été rétabli; s'il se manifeste en même temps une sensation de fourmillement dans les lombes ou le bassin, si au calme qui ne