

On peut ajouter quelques points dans l'intervalle (fig. 243).

Si l'artère du frein saigne, la lier au catgut ou l'étreindre dans un point de suture.

Pansement.

Enrouler une bandelette de gaze stérilisée autour de la base du gland. La recouvrir d'un mackintosh percé d'un trou pour le gland.

Suites.

Enlever les fils le cinquième jour. Mettre encore un panse-

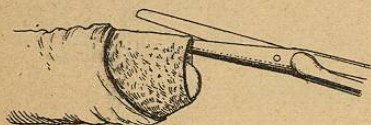


Fig. 244.
Section de la muqueuse (Ricard
et Launay).



Fig. 245. — Suture muco-
cutanée au catgut (Ri-
card et Launay).

ment sec jusqu'au douzième ou quatorzième jour, époque à laquelle la plaie est à peu près complètement cicatrisée.

Si l'un des points cède et suppure, changer le pansement sec pour un pansement humide. La réunion se fait alors par seconde intention et exige au moins quinze jours à trois semaines.

PARAPHIMOSIS

Chez un individu atteint de phimosis (congénital ou acquis à la suite de masturbation ou de coït), le prépuce enflammé, projeté en arrière de la couronne du gland, ne peut plus être ramené en avant.

Signes. — Le prépuce forme à la racine du gland deux bourrelets ; l'un antérieur, muqueux ; l'autre postérieur cutané, séparés par un sillon répondant à la bride d'étranglement. Cette bride est constituée par les fibres conjonctives qui entourent l'orifice du prépuce. Douleurs très vives. La bride d'étranglement peut se sphacéler à la longue, le gland lui-même aussi.

Traitement.

La réduction peut être simple ou instrumentale.

1° RÉDUCTION SIMPLE

Envelopper la région avec une compresse trempée dans



Fig. 246. — Réduction du paraphimosis (d'après Desfosses).

une solution de cocaïne à 1/100 et comprimer le gland

d'avant en arrière comme pour l'exprimer, à travers cette compresse, pendant cinq à dix minutes. Saisir entre les extrémités des doigts de la main gauche la couronne préputiale, et *essayer de la déplier* en la refoulant, tandis que les doigts de la main droite cherchent à faire pénétrer par pression le gland entre les rebords préputiaux (fig. 246). Laisser des compresses humides sur l'extrémité de la verge pendant vingt-quatre heures. En cas d'échec, au bout de plusieurs tentatives, faire la réduction instrumentale ou circoncision d'urgence.

2° RÉDUCTION INSTRUMENTALE

Préparatifs.

De l'opération en général (p. 43).

[I. Instruments.

Un bistouri.
Une paire de ciseaux droits.
Quelques pinces à forcipressure.
Aiguille à suture courbe.
Catgut fin (n° 4).

Matériel de pansement.

Mackintosh.

Anesthésique.

Locale : cocaïne en injections.
Générale : chlorure d'éthyle chez les enfants.

Aides.

Un ou deux (si anesthésie générale).

II. Malade.

Laver et savonner abondamment gland, verge et bourrelet.
Lotionner ensuite ces régions au sublimé.
Faire à la racine de la verge circulairement, quatre injections intra-dermiques de cocaïne].

Opération.

Position.

Décubitus dorsal.

Exécution.

Faire une première incision circulaire *en avant du bourrelet antérieur*, au niveau de la muqueuse, incision qui passe légèrement sur le frein en bas (pour éviter les petits vaisseaux de la région).

Pratiquer une seconde incision circulaire, parallèle, mais *en arrière du bourrelet*, au niveau de la peau et circonscrivant le jabot. Réunir ces deux incisions sur le dos de la verge par un *trait longitudinal*.

Disséquer en coin de chaque côté les deux bourrelets ainsi délimités et assécher entre les doigts les tissus infiltrés.

Réunir les deux surfaces (muqueuse et cutanée) circulaires par un surjet de catgut fin, qu'on arrête deux ou trois fois, pour serrer comme il faut, sans déterminer de bourrelets inégaux.

Pansement.

Humide : compresses d'eau bouillie recouvertes d'ouate et de mackintosh (ce dernier est perforé d'un trou par où passe le gland).

Suites.

Repos au lit. Pansements humides pendant les quatre ou cinq premiers jours. Guérison au bout d'une *huitaine de jours*.

HYPOSPADIAS

Malformation de l'appareil uro-génital caractérisée par l'ouverture anormale de l'urètre à la partie inférieure du pénis, en un point variable (balanique, pénien, pénoscrotal, périnéo-scrotal). Nous n'étudierons ici que le traitement de l'hypospadias sous-balanique, le plus connu et le plus facile à opérer. — L'âge le plus propice est vers la cinquième ou la sixième année. Chez l'adulte, les érections gênent la cicatrisation régulière.

Traitement.**Préparatifs.**

De l'opération en général (p. 13).

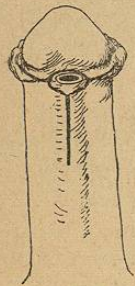


Fig. 247.

Hypospadias. Procédé de Von Hacker. Tracé de l'incision.

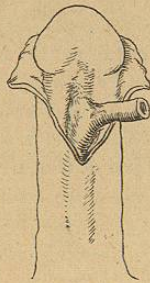


Fig. 248.

Section de l'urètre (Ricard et Launay).



Fig. 249.

Tunellisation du gland.

[Instruments.

- Un bistouri étroit et pointu.
- Une sonde cannelée.
- Une paire de ciseaux droits.
- Quelques pinces à forcipressure.
- Une aiguille à suture courbe ordinaire.
- Catgut fin n° 0 ou 1.
- Crins de Florence.
- Sonde en gomme (n° 18 à 24).
- Préparatifs de la sonde à demeure (p. 387).

Anesthésie.

Général : chloroforme ou éther.

Aides.

Deux (dont un pour l'anesthésie)].

Opération.**Position.**

Décubitus dorsal.

Exécution.

Dissection de l'urètre antérieur (fig. 248). — Faire sous le gland une incision transversale de 1 centimètre et demi qui contourne le méat urinaire et se prolonge par son milieu vers la face inférieure de la verge sur

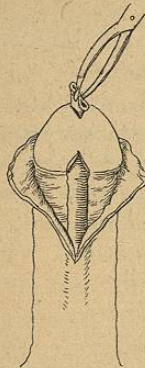


Fig. 250. — Passage de l'urètre dans le tunnel (Ricard et Launay).



Fig. 251. — Sutures (Ricard et Launay).

une longueur de 3 centimètres : c'est une incision en T.

Disséquer de chaque côté les lambeaux angulaires ainsi tracés, de façon à bien mettre à nu le canal urétral.

Disséquer ce canal sur toute la longueur de l'incision, (au moins 3 centimètres) et le détacher complètement des plans profonds : il est bon que cette dissection soit assez large pour conserver sa vitalité à l'organe ainsi disséqué.

Tunellisation du gland (fig. 249). — Faire pénétrer la pointe du bistouri à la base du gland à environ 4 à 5 millimètres au-dessus de la face inférieure de l'organe, au niveau du siège de l'ancien méat et la pous-

ser directement vers l'extrémité dans un plan parallèle à l'axe du membre.

Mobilisation de l'urètre (fig. 250). — Une pince de Kocher introduite dans ce canal nouveau par l'orifice antérieur va chercher l'extrémité de l'urètre mobilisé et l'amène jusqu'à l'extérieur.

Suture de l'urètre à l'orifice balanique (fig. 251). — Quatre points cardinaux assurent cette suture.

Suture de l'urètre à l'aponévrose intercaverneuse. — Deux ou trois points au catgut sont destinés à empêcher la rétraction du canal.

Sutures cutanées (fig. 251). — Plusieurs points au crin unissent les deux lambeaux cutanés l'un à l'autre sur la ligne médiane et au gland, sur les côtés.

Sonde à demeure (p. 392).

Suites.

Malade au repos dans le décubitus dorsal pendant huit jours. S'il s'agit d'un adulte, donner du bromure de potassium à haute dose (2 grammes par jour) pour empêcher les érections.

Enlever la sonde à demeure au bout du troisième jour. Il se produit souvent une incurvation légère de la verge, qui disparaît d'elle-même dans la suite.

CORPS ÉTRANGERS DE L'URÈTRE (chez l'homme)

Débris de sondes, bougies, etc., abandonnés par le médecin ou le malade, objets variés introduits dans un but invouable; calculs venus de la vessie ou nés dans l'urètre.

Caractères. — Rétention d'urine; douleurs locales; urétrorragies. Au bout de quelques jours, accidents inflammatoires (œdème de la verge, urétrite, infiltration ou abcès urinaires).

Diagnostic. — De la présence du corps étranger, de sa nature, de son siège. S'appuyer sur les commémoratifs, la palpation externe

du canal, l'exploration urétrale avec l'explorateur olivaire, le toucher rectal.

Traitement.

A. Corps étrangers de l'urètre antérieur (les plus fréquents.)

Préparatifs généraux.

Instruments.

Petite seringue en verre ordinaire, dite à injections.

Sonde de Nélaton (n° 18 ou 20), dont l'ouverture s'adapte au bec de la seringue. La seringue et la sonde auront été stérilisées (p. 21).

Liquides.

Huile d'olive stérile, si possible.

Malade.

Dans le décubitus dorsal.

Commencer par introduire de l'huile dans le canal: la seringue remplie d'huile d'olives, y adapter la sonde et introduire celle-ci jusqu'au contact du corps étranger; pousser alors le piston de la seringue au fur et à mesure que l'on retire la sonde.

Divers procédés d'extraction.

MANCEUVRE D'AMUSSAT.

Fermer le méat entre les doigts; forcer le malade à pousser pour uriner; lorsqu'on sent l'urètre distendu, lâcher brusquement les lèvres du méat. L'urine peut entraîner le corps étranger.

Ce moyen étant inconstant, ne pas s'y attarder.

REFOULÈMENT PAR PRESSION.

Préparer une pince de Kocher ou à forcipressure, mettre un pouce sur l'urètre au niveau du périnée, en arrière du corps étranger pour empêcher celui-ci de fuir plus profondément. S'il est nécessaire même, le fixer par un doigt introduit dans le rectum.

Avec l'autre main, exercer des pressions dans la direction du méat pour faire cheminer le corps.

Le saisir avec la pince dès que possible.

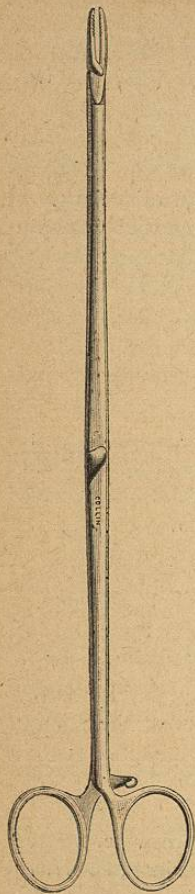


Fig. 252.
Pince urébrale
de Collin.

ENGAINEMENT.

Préparer une sonde en gomme d'un calibre plus élevé que celui du corps étranger et en sectionner l'extrémité d'un coup de ciseau.

— Stériliser cette sonde (p. 347).

Introduire la sonde bien huilée dans l'urètre *par le bout coupé* (p. 349).

Maintenant d'une main le corps étranger bien fixe, essayer de l'*engainer* avec l'instrument. Dès qu'il y a adaptation retirer lentement la sonde, et à l'aide de pressions externes douces, faciliter la sortie du corps du délit.

EXTRACTION A LA PINCE.

Préparer une pince spéciale, dite urébrale (fig. 252) et la stériliser.

Introduire la pince fermée dans l'urètre redressé en tirant sur la verge. La pousser jusqu'au contact du corps étranger, maintenu fixe d'autre part par le pouce placé à l'extérieur. Ouvrir la pince et la poussant le plus avant possible, tâcher de saisir le corps solidement, puis l'extraire.

VERSION.

S'agit-il d'une épingle d'ordinaire enfoncée tête première, si les procédés précédents ont échoué, recourir à la version.

Faire saillir la *pointe de l'épingle* à travers les tissus de la verge. Saisissant cette extrémité,

attirer l'épingle jusqu'à ce qu'elle s'arrête et faisant *basculer* la partie située en dehors, refouler la *tête vers le méat* où une pince la saisit.

S'il s'agit d'une aiguille, il suffira de faire saillir la pointe à travers les tissus de la verge et d'attirer complètement l'aiguille au dehors par cette voie.

En cas d'échec de ces procédés, comme cela arrive souvent dans le cas de calcul oblitérant, que l'on ne peut mobiliser, ou bien si l'accident remonte à quelques jours (lésions secondaires de l'urètre, etc.), recourir à l'urétrotomie externe.

URÉTOTOMIE EXTERNE.

L'opération diffère légèrement suivant que le corps étranger est dans la portion pénienne ou dans la portion bulbaire.

a. Urétrotomie externe sur la portion périnéale.

Préparatifs.

De l'opération en général (p. 43).

[Instruments.]

Un bistouri.

Une paire de ciseaux droits.

Une pince à griffes.

Six pinces à forcipressure.

Quelques pinces de Kocher.

Petite aiguille courbe ordinaire fine.

Seringue de Guyon.

Catgut n° 0.

Crins.

Sondes en gomme n° 18 à 22.

Préparer des cordonnets de coton doubles (2 de 50 centimètres environ).

Liquides.

Huile d'olives stérile.

Bandage en T.

Matériaux de pansement.

Mackintosh.

Anesthésique.

Général : chloroforme ou éther.

Aide.

Un pour l'anesthésie].

Opération.**Position.**

Décubitus dorsal. Renverser la verge sur sa face dorsale pour bien faire saillir la région où se trouve le corps étranger.

Exécution.

Inciser les tissus *couche par couche*, sur la ligne médiane au niveau de l'une des extrémités du corps étranger. Saisir *chaque lèvre* de la plaie avec une pince de Kocher. Essayer d'extraire le corps avec une pince saisissant l'extrémité visible. Pour peu que l'on éprouve de la difficulté, élargir la fente de façon à *ne pas érailler* l'urètre.

Suture à deux plans.

1° Au catgut, points séparés réunissant la muqueuse sans la traverser.

2° Au crin, points séparés comprenant la peau et le tissu spongieux.

Pansement.

Aseptique sec. Maintenu par un bandage en T, que l'on recouvrira de mackintosh.

Placer une sonde à demeure (p. 392). Laver la vessie à l'eau boriquée.

Suites.

Repos au lit et sonde à demeure pendant *quatre à cinq jours*.

b. Urétrotomie externe sur la portion bulbair.**Préparatifs.**

Les mêmes que précédemment, sauf que deux aides au

moins sont nécessaires (dont un pour l'anesthésie).

Opération.**Position.**

De la taille, les bourses relevées par en haut, par un aide.

Bien repérer la position du corps étranger, pour faire l'incision sur lui.

Exécution.

Incision médiane des tissus, couche par couche, au niveau du scrotum ou du périnée, suivant le cas; cette incision ne dépassera pas quelques centimètres en avant de l'anus.

Traverser la peau, le tissu cellulaire, *inciser le bulbe* exactement sur la ligne médiane.

Ouvrir l'urètre sur le corps étranger et *saisir les deux lèvres* avec une pince de Kocher, ou y passer un fil.

Extraire le corps étranger.

Agrandir l'incision, s'il est nécessaire, pour ne pas meurtrir l'urètre.

Si l'accident est *récent*, *suturer* comme plus haut (p. 370).

En cas d'accident *ancien*, les tissus étant enflammés, il est préférable de suturer seulement l'urètre, *sans réunir les plans superficiels*.

Pansement.

Sec aseptique. Bandage en T. Placer la sonde à demeure (p. 392).

Suites.

Repos au lit et sonde à demeure pendant *huit jours*.

B. Corps étrangers de l'urètre postérieur.

Si l'on échoue dans les tentatives d'extraction avec la pince, essayer de refouler le corps étranger dans la vessie à l'aide d'une sonde en caoutchouc ou en gomme.

En cas d'impossibilité, recourir à l'urétrotomie externe (p. 369).

LAVAGE SANS SONDE DE L'URÈTRE

Indications. — Traitement de la blennorrhagie urétrale.

Traitement abortif. — Premier jour : dans les heures qui suivent le début, premier lavage dans l'urètre antérieur avec permanganate de potasse à 1/6000 ; cinq heures après, second lavage à 1/4000 ; cinq heures après, lavage complet (urètre et vessie) à 1/2000.

Les jours suivants, deux lavages par jour avec permanganate à 1/2000 ou 1/1000, si ce taux est supporté.

Traitement de l'urétrite subaiguë (de 1/4000 au début à 1/2000, 1 lavage par jour) ; de l'urétrite *chronique* ou goutte militaire : s'il y a des gonocoques : permanganate de potasse à 1/4000. S'il y a encore des gonocoques, au bout de six lavages, reprendre six lavages quotidiens successifs à 1/2000. On peut être amené à faire 2, 3 séries. — S'il n'y a pas de gonocoques, lavages au sublimé de 1/20000 à 1/10000.

Technique.**Préparatifs.**

I. — Avant l'opération.

Instruments.

Bock laveur de deux litres, placé à une hauteur d'environ 1^m,30 à 1^m,50, rempli de la solution convenable à



Fig. 253. — Canule urétrale en verre, de Janet.

38°. Au bock est ajusté un tube de caoutchouc de 2^m,50 de longueur, portant vers son extrémité un robinet ou mieux, un clamp, et à son extrémité une canule urétrale en verre (fig. 253).

Petite seringue en verre ordinaire.

Récipients.

Cuvette de bidet.

Anesthésique.

Local : solution de cocaïne à 1/40.

II. — Préparatifs de l'opération.

Malade.

Doit uriner immédiatement avant le lavage.

Lavage.**Position.**

Malade couché sur un lit, pantalon baissé au-dessous des genoux, chemise relevée très haut, la cuvette du bidet entre les jambes. Garnir de serviettes le dessus des vêtements (pantalon et gilet) pour éviter les taches dues aux éclaboussures.

Exécution.

Commencer — au moins pour les premiers lavages — à injecter dans le canal 10 centimètres cubes de la solution de cocaïne. Tenir le méat fermé par serrage entre les doigts pendant deux à trois minutes, pour bien anesthésier l'urètre antérieur.

Saisir la canule et ouvrir le robinet ou le clamp.

1^{er} TEMPS. — *Laver d'abord le gland et le prépuce*, puis saisir le gland entre le pouce et les deux premiers doigts de la main gauche et tenir le tube de caoutchouc serré entre les doigts de la main droite (pour modérer ou augmenter le débit, suivant les besoins) immédiatement au-dessus de la canule. Enfoncer et retirer alternativement la canule sur le méat pour *laver l'urètre antérieur* qui se distend et se vide successivement.

On fera passer environ un demi-litre ainsi.

2^e TEMPS. — *Lavage de l'urètre postérieur et de la vessie.*

Le malade respirera librement, en pensant « à autre chose », on le distraira, on lui parlera et de temps à autre on l'invitera à pousser comme s'il voulait uriner. Pendant ce temps la canule est enfoncée dans le méat, *de façon à l'obturer tout à fait* et à empêcher le liquide de baver ou de gicler au dehors.

Pour cela, les doigts de la main gauche, étreignant la couronne du gland repousseront celui-ci sur le bec de

la canule, de façon à former un vrai bourrelet autour de cette dernière.

Les doigts de la main droite modéreront le débit, en serrant le tube de caoutchouc.

Une fois l'urètre antérieur distendu par le liquide, arrêter tout à fait l'arrivée de la solution et attendre.

Dès que le liquide pénètre dans la vessie, desserrer doucement les doigts pour les serrer à nouveau, lorsque l'on sent l'urètre antérieur distendu par le liquide, qui ne progresse plus.

Il faut parfois beaucoup de patience, attendre cinq, dix minutes, pour arriver à vaincre le *spasme de la portion membraneuse*.

Quand le malade a envie d'uriner, le faire uriner couché si possible. Et recommencer à introduire du liquide dans la vessie. Il suffit que, par séance, la vessie ait pu recevoir en une seule fois 200 à 250 grammes de solution.

Pansement.

Le *lavage terminé*, garnir le méat d'un peu d'ouate hydrophile imprégnée de la solution employée.

Suites.

Recommander au malade de n'uriner que deux heures après.

INSTILLATIONS URÉTRALES

Indications. — Blennorrhagie chronique sans gonocoques. (Généralement on emploie la solution de nitrate d'argent à 1/50 ou 1/100, tous les deux jours, pendant quinze jours à trois semaines).

Technique.

Préparatifs.

Généraux du cathétérisme explorateur (p. 347).

[I. Instruments.

Seringue à instillations (fig. 254) (d'une capacité de

4 grammes et dont le piston est muni d'une tige se

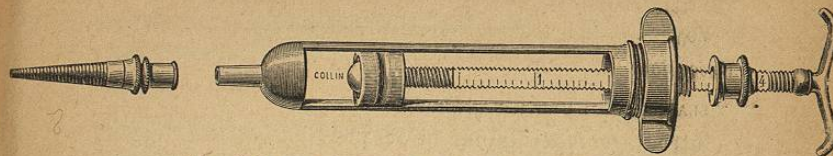


Fig. 254. — Seringue à instillation, de Guyon.

mouvant soit par pression, soit par tour de vis, chaque demi-tour répondant à une goutte de liquide).

Explorateur en gomme à bout olivaire (fig. 255) creux dans toute sa longueur et percé d'un trou filiforme



Fig. 255. — Sonde à extrémité olivaire perforée pour instillation.

terminal (n° 18 à 20 pour l'urètre antérieur, n° 16 pour l'urètre postérieur).

Liquides.

Solution à instiller (généralement azotate d'argent à 1/50).

II. Instruments.

Stériliser seringue et explorateur en gomme. — Ne pas oublier que la seringue doit être placée d'abord dans l'eau froide que l'on porte à l'ébullition.

Remplir la seringue avec la solution à instiller, adapter la canule, faire pénétrer la canule dans l'explorateur en exécutant un mouvement de vis.

Amorcer l'explorateur en poussant le piston. Dès qu'une goutte de liquide est apparue au bout de l'olive, fixer le curseur.

Malade.

Urinera immédiatement avant l'instillation (sauf pour l'instillation de l'urètre postérieur).

Préparer aseptiquement le gland].

Opération.**Position.**

Voyez : position du cathétérisme explorateur (p. 349).

Exécution.

INSTILLATION DE L'URÈTRE ANTÉRIEUR.

Introduire l'instillateur et le pousser *jusqu'au contact du sphincter membraneux*. Le ramener à soi de quelques millimètres. Instiller quelques gouttes (III à VI en moyenne) lentement.

Laisser l'explorateur en place pendant deux à trois minutes, le retirer ensuite.

INSTILLATION DE L'URÈTRE ANTÉRIEUR ET DE L'URÈTRE POSTÉRIEUR.

Pousser l'instillateur (un peu moins volumineux que le précédent) jusqu'au sphincter membraneux. *Franchir ce sphincter* et une fois dans l'urètre postérieur, ramener l'instrument en arrière pour que la base de la boule vienne *au contact du sphincter par sa partie profonde*.

Instiller lentement, X, XX même XL gouttes de solution. Traverser à reculons le sphincter membraneux et y instiller quelques gouttes.

A la sortie, dans le *cul-de-sac du bulbe* instiller encore V à VI gouttes. Attendre une à deux minutes avant de retirer l'olive.

INSTILLATION DE L'URÈTRE POSTÉRIEUR SEUL, SANS PARTICIPATION DE LA VESSIE.

Le malade n'aura pas uriné, de sorte que l'urine neutralisera les gouttes qui tomberaient dans la vessie.

URÉTRO TOMIE INTERNE

Opération réalisant la section de l'urètre à un endroit où son calibre est rétréci. Elle est indiquée lorsque la dilatation (avec les bougies

ou les Béniqué) a été employée sans résultats, ou lorsqu'elle est contre-indiquée (voies urinaires supérieures infectées, état général mauvais, fièvre persistante).

Manuel opératoire.**Préparatifs.**

Du cathétérisme explorateur (p. 347).

[Instruments (qui remplaceront ceux du cathétérisme explorateur).

Deux bougies conductrices armées filiformes.

Une tige métallique droite striée dans la longueur.

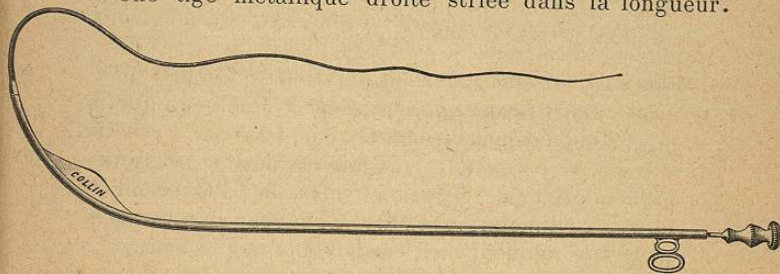


Fig. 256. — Uréthrotôme de Maisonneuve.

Un conducteur cannelé de Maisonneuve et des lames coupantes de Maisonneuve n^{os} 1 et 3 (fig. 256).

Sondes à bout coupé n^{os} 13 à 18.

Seringue de Guyon, avec embout olivaire.

Matériel de pansement.

Quelques doubles de coton à repriser, de 50 centimètres de longueur (pour la sonde à demeure).

Liquides.

Solution de nitrate d'argent à $\frac{1}{1000}$.

Huile d'olive stérilisée.

Anesthésique (facultatif).

Général : chlorure d'éthyle.

Aides.

Un (deux dans le cas d'anesthésie).