

Pratique de Henri.

Il démontre que, alors même que la vessie est complètement vide, le diamètre transverse de cet organe est le seul qui soit permanent, les deux autres diamètres, le vertical et l'antéro-postérieur, n'existant réellement que lorsque la vessie se remplit. Il résulte de cette disposition qu'un corps étranger dont la longueur n'excède pas six à sept centimètres prendra une position quelconque pendant que la vessie est pleine; tandis qu'il sera forcément placé dans le sens transversal pendant la vacuité de l'organe.

Ces indications sont précieuses pour faciliter la saisie du corps étranger entre les mors de l'instrument introduit par les voies naturelles.

Cette manœuvre peut être facilitée encore à l'aide du toucher rectal chez l'homme et du toucher vaginal chez la femme. On peut en effet, par des poussées douces et patientes pratiquées avec le doigt, faire glisser le corps étranger entre les mors de l'instrument, jusqu'à ce qu'il ait pris la direction antéro-postérieure qui permet son extraction.

OPÉRATIONS SUR L'URÈTHRE

RÉTRÉCISSEMENTS

Depuis assez longtemps déjà, on n'a pas apporté d'innovation importante dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

Il est cependant utile d'exposer ici les divers procédés employés habituellement aujourd'hui par les spécialistes les plus autorisés. Aussi bien c'est là une question toute d'actualité.

Pendant le mois de mai et une partie du mois de juin de cette année, le choix du traitement des rétrécissements de l'urèthre a occupé toutes les semaines une bonne partie de chaque séance de la Société de chirurgie de Paris.

Pendant le mois de mai de cette même année, la *Société de médecine et de chirurgie de Londres* s'est aussi occupée de cette question, qu'elle a longuement discutée.

C'est le résultat de ces discussions que je veux noter, je le ferai précéder de la description sommaire de chacun des procédés les plus usités.

1° Cathétérisme rétrograde.

Cette opération est la dernière à laquelle on a généralement recours dans les rétrécissements infranchissables de l'urèthre. Je crois cependant devoir la placer la première, immédiatement après la description de la taille hypogastrique, parce que la taille hypogastrique est le premier temps indispensable de l'opération du cathétérisme rétrograde.

Le cathétérisme rétrograde n'est pas une invention nouvelle. Verguin en 1757, et Souberbielle en 1813, l'avaient déjà pratiqué bien avant Brainart, de Chicago, qui ne l'a mis à exécution qu'en 1849.

C'est donc à tort que les chirurgiens allemands donnent le nom de méthode Brainart au cathétérisme rétrograde.

Pendant ces derniers temps, c'est M. Duplay qui a fait entrer cette opération dans la coutume ordinaire de la chirurgie.

Dans cette opération, l'influence de la méthode antiseptique joue encore un grand rôle.

La méthode antiseptique a rendu la taille hypogastrique très innocente, et c'est grâce à l'innocuité de ce procédé opératoire, que le cathétérisme rétrograde trouve aujourd'hui des indications plus fréquentes.

Les indications générales de cette opération sont les suivantes :

1° Dans les rétrécissements dits infranchissables, quand le chirurgien amené à pratiquer l'uréthrotomie externe sans conducteur, des incisions méthodiques l'ayant conduit sur le point où il peut espérer trouver des traces de l'urèthre, le *bout postérieur demeure inaccessible* en dépit de recherches renouvelées à plusieurs semaines d'intervalle.

2° Dans certains cas de *rupture traumatique* récente de l'urèthre.

Dans la plupart de ces cas, s'il y a rétention complète de l'urine, on pourra parer au plus pressé à l'aide de ponctions capillaires de la vessie, qui, on le sait, sont absolument inoffensives.

Mais si, au bout de quelques jours de temporisation, le bout vésical de l'urèthre ne devient pas accessible, il faudra recourir au cathétérisme rétrograde avant de laisser le rétrécissement, ou même l'oblitération complète de l'urèthre, s'établir avec toutes ses conséquences.

En résumé, l'on peut conclure que, dans certains cas de rupture traumatique, le cathétérisme rétrograde sera l'opération de choix ou de nécessité, soit immédiatement, soit en la retardant de quelques jours.

3° Chez certains prostatiques on pourra, dans des cas rares, user du cathétérisme rétrograde pour franchir d'arrière en avant une prostate hypertrophiée qui ne permet pas le cathétérisme normal.

Uréthrotomie
externe. — Bout
postérieur inac-
cessible.

Opération.

C'est la taille hypogastrique seule qui sera l'opération préliminaire du cathétérisme rétrograde.

Manuel opératoire.

La vessie étant ouverte, si l'opération est pratiquée au cours d'une uréthrotomie externe, on se servira de préférence du cathéter métallique, à grande courbure, pourvu d'un œil à son extrémité.

Le bec de l'instrument sera tenu bien exactement sur la ligne médiane et suivra doucement la face postérieure de la symphyse pubienne.

La pénétration dans le col sera annoncée par une sensation spéciale de dépression de la paroi, et surtout par la possibilité de renverser le cathéter de bas en haut pour achever son introduction sous la symphyse du pubis.

La sensation de compression du bec du cathéter entre les parois et l'urèthre sera une indication certaine que l'on est dans la bonne voie.

On placera le doigt dans le rectum pour suivre plus sûrement la progression de l'instrument dans l'urèthre.

On peut aussi, dans certains cas difficiles, introduire l'index gauche dans la vessie, où il servira d'indicateur pour diriger le bec de la sonde sur le col.

L'extrémité du cathéter faisant saillie au périnée servira à la mise en place de la sonde à demeure.

Le procédé le plus simple consiste à attacher au bec du cathéter l'extrémité d'une sonde introduite par le méat.

On entraîne la sonde jusque dans la vessie en retirant le cathéter par l'ouverture hypogastrique.

Péan fait glisser le long du cathéter vésical un long mandrin de baleine qui pénètre dans le bout antérieur de l'urèthre et sort par le méat. On glisse sur ce conducteur une sonde à bout coupé qui est facilement conduite jusqu'à la vessie et il ne reste plus qu'à retirer le conducteur et le cathéter.

Méthode de Péan

— On peut encore faire pénétrer la sonde, qui doit être

placée à demeure, dans l'extrémité plus large de la sonde vésicale.

En retirant cette dernière par la plaie hypogastrique, on introduit facilement jusque dans la vessie la sonde qui doit rester à demeure.

Procédé pour les
prostates infran-
chissables.

— Dans certains cas où le cathétérisme normal est rendu impossible par une *barrière prostatique*, on emploiera une sonde molle pourvue d'un mandrin auquel on donnera la courbure convenable.

Quand la sonde sera engagée dans l'urèthre, on poussera jusqu'à ce que le bec de l'instrument paraisse au méat, ou, si le canal est très perméable, on pourra retirer de suite le mandrin et pousser doucement la sonde déjà engagée.

Renouvellement
de la sonde à de-
meure.

Ceci fait, il sera important de faciliter le renouvellement de la sonde à demeure.

Pour cela, on munira l'extrémité vésicale de la sonde déjà en place dans la vessie d'un long fil qui sortira par la plaie hypogastrique. Quand on voudra retirer cette première sonde à l'aide de ce fil, on attachera à son extrémité vésicale une seconde sonde dont le bec pénétrera dans l'urèthre par ce seul fait que la première sera retirée par le méat.

Quand on a ainsi assuré la sortie de l'urine par le canal et que ce dernier est reconstitué, on traite la plaie hypogastrique comme il est indiqué dans la description de la taille hypogastrique.

2° Uréthrotomie interne.

Manuel opéra-
toire.

Le malade étant étendu sur son lit, on introduit dans son canal une bougie conductrice armée du numéro 2 ou du numéro 3. On visse sur la bougie le mandrin droit, et on l'enfonce dans le canal pour s'assurer que la bougie pénètre facilement dans la vessie. Quand cette épreuve est terminée, on dévisse le mandrin; à sa place on visse sur la bougie conductrice le conducteur cannelé. On le fait pénétrer doucement dans l'urèthre à travers le rétrécisse-

ment et l'on a soin de mettre le doigt dans le rectum pour bien s'assurer que le conducteur est dans la vessie et non dans une fausse route.

On introduit alors la lame moyenne numéro 20 dans la rainure, et on fait tenir le conducteur bien solidement par un aide.

On tend la verge en la mettant horizontale; on s'assure que la lame est bien dans la rainure et on la pousse avec une certaine force, d'une façon régulière et lente. A mesure qu'elle passe sur les points rétrécis on a la sensation d'une résistance vaincue et l'on sent que l'on coupe un ou plusieurs rétrécissements, selon l'état du canal; on enfonce la lame jusqu'au bout.

On retire alors la lame et son conducteur à rainure que l'on dévisse en ayant soin de laisser la bougie dans le canal.

Sur la bougie on visse de nouveau le mandrin droit sur lequel on enfile une sonde à bout coupé, numéro 15. — On fait glisser cette sonde sur le mandrin jusque dans la vessie et on retire alors complètement le mandrin et la bougie conductrice.

On pousse un peu d'eau boriquée dans la vessie par la sonde pour s'assurer qu'elle est bien perméable et on la fixe par les moyens ordinaires.

La sonde est bouchée avec un foret que le malade retire

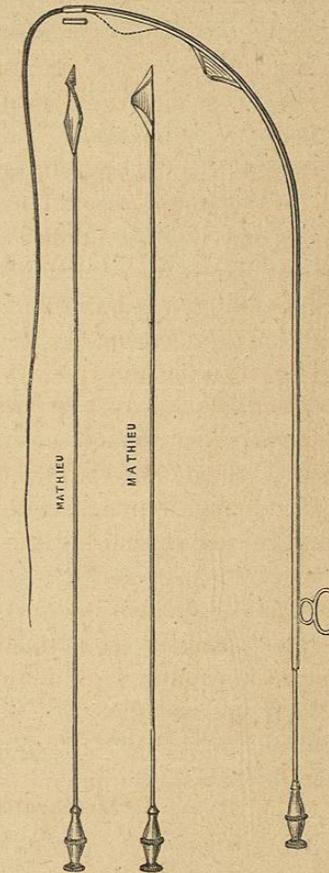


Fig. 41.

quand il veut uriner. On peut retirer cette sonde au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Dans certains cas, il est difficile de faire pénétrer le conducteur courbe à rainure; c'est quand le rétrécissement est encore trop serré. On laisse alors la bougie en place pour ramollir les points rétrécis et on ne fait l'opération que deux ou trois jours après.

Dix jours après l'opération d'uréthrotomie interne on commence la dilatation avec la bougie numéro 13 ou numéro 14, et on la continue jusqu'au numéro 22 de façon à rendre au canal son calibre normal.

Cette opération peut être pratiquée sous le chloroforme ou sans lui, selon le degré de sensibilité des malades.

On aura soin de tremper les instruments dans de l'huile rendue antiseptique par le sublimé, ou mieux en Λ ajoutant de la *créosote*.

Malgré les précautions les plus grandes, l'uréthrotomie interne est accompagnée assez fréquemment de complications plus ou moins graves.

M. Le Dentu a présenté à la Société de chirurgie de Paris, à la séance du 5 mai 1886, l'histoire de vingt-quatre cas de rétrécissement opérés par l'uréthrotomie interne. Trois ont été suivis de mort.

Il est vrai de dire que tous les cas de mort sont dus à des lésions rénales.

Pour ma part, j'ai eu l'occasion d'observer, chez un malade opéré, par un confrère, d'un rétrécissement par l'uréthrotomie interne, une hémorrhagie intra-vésicale qui fut suivie de la mort rapide de l'opéré.

Aussi, avant de recourir à cette opération, on devra essayer d'abord d'autres procédés et en particulier la dilatation progressive, lente et méthodique.

On réservera l'uréthrotomie interne pour les rétrécissements fibreux cicatriciels, ou simplement chez les sujets irritables qui ne permettent pas l'emploi des autres procédés.

3° Uréthrotomie externe.

Cette opération se fait toujours sous le chloroforme.

Le malade étant couché sur le dos, les jambes fléchies, les cuisses écartées et dans la position de la taille, on savonne le périnée, que l'on dégraisse avec de l'éther, et on lave ensuite avec la solution de sublimé.

Il est bon aussi de bien nettoyer le rectum et de vider la vessie au moment de l'opération.

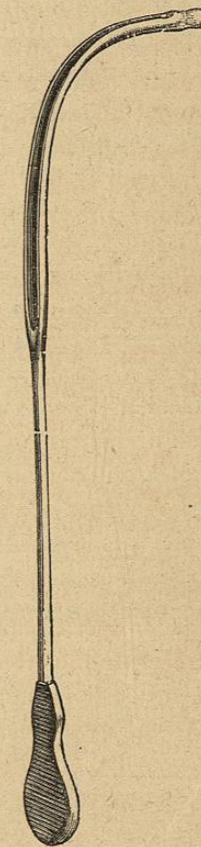
La veille ou le matin on a eu la précaution de passer, si c'est possible, une bougie fine dans le canal. Au moment de l'opération, on introduit dans le canal un conducteur spécial qui indiquera le point sur lequel doit porter l'incision (fig. 42).

On fait une incision longitudinale de 4 centimètres sur la ligne médiane entre la racine des bourses et l'anus. On la prolonge à travers les tissus lardacés jusque sur le conducteur. On incise le rétrécissement d'avant en arrière dans toute sa longueur.

On enlève la bougie, on retire l'écarteur et on introduit par le méat une sonde qui sort par la plaie périnéale. Le bout de cette sonde est alors introduit dans l'ouverture périnéale du canal et on le pousse jusque dans la vessie.

La plaie est lavée soigneusement et on la recouvre avec des compresses trempées dans l'eau boricquée.

La sonde est laissée en place pendant six à huit jours; on



Uréthrotomie externe pratiquée avec le conducteur.

Fig. 42.

la retire alors et on la remplace par une sonde à béquille que l'on introduit à l'aide d'un mandrin, le bout de la sonde suivant la paroi supérieure de l'urèthre.

Cette sonde sera retirée au bout de huit jours, puis remplacée par d'autres jusqu'à ce que la paroi inférieure du canal soit reformée par le bourgeonnement.

Dans la plupart des cas où l'uréthrotomie interne sera indiquée, il n'est pas possible d'introduire dans le canal ni bougie fine, ni conducteur. Il faudra dans ces cas pratiquer l'uréthrotomie externe sans conducteur.

Uréthrotomie
externe sans con-
ducteur.

— Le malade étant préparé comme il a été dit ci-dessus, on introduit par le méat un cathéter ou une sonde numéro 14, que l'on pousse jusqu'au rétrécissement.

S'il existe une fistule, on s'en sert pour découvrir le canal; pour cela on met dans la fistule une sonde cannelée que l'on dirige autant que possible vers la sonde uréthrale, et on incise les tissus sur la cannelure jusqu'au canal, dont on cherche à découvrir le bout du côté de la sonde.

On ouvre cette extrémité du canal dans une longueur d'environ un centimètre et on maintient les bords écartés au moyen de deux fils.

En disséquant dans la profondeur de la plaie du côté vésical, on cherche l'autre bout du canal, que l'on ne trouvera souvent qu'après beaucoup de tâtonnements. Il faut autant que possible suivre avec un stylet la paroi supérieure du canal qui est à découvert, et chercher sur le prolongement de cette paroi le petit orifice qui conduit à la vessie.

Quand on a introduit le stylet, il sert de guide pour couper les parties molles vers l'anus jusqu'à ce qu'on trouve un endroit où le canal est suffisamment large.

On pousse alors jusque dans la plaie la sonde introduite au préalable dans le canal jusqu'au-dessus du point rétréci; on la fait saillir dans la plaie, on saisit son extrémité que l'on introduit dans le bout vésical du canal et on la pousse jusque dans la vessie.

On peut encore agir d'une autre façon :

On introduit dans le bout vésical de l'urèthre une sonde

numéro 15 dont on a coupé la garniture de cire. Par le méat on introduit une bougie conique à bout olivaire numéro 12 et on la pousse jusqu'à ce qu'elle fasse saillie dans la plaie. On introduit l'olive dans la lumière de la sonde qui est dans la vessie, on attache par un fil les deux sondes ensemble et on tire le tout d'arrière en avant jusqu'à ce que l'autre extrémité de la sonde vésicale apparaisse au méat, où on la fixe comme de coutume.

Souvent le temps de recherche du bout supérieur est excessivement long. Le chirurgien doit l'abandonner pour y revenir au bout de plusieurs jours.

Si, après quelques séances, il n'a pas pu parvenir à découvrir le bout vésical de l'urèthre, il faudra procéder au cathétérisme rétrograde.

Après l'uréthrotomie externe il faut laisser la sonde à demeure assez longtemps, de quinze à vingt jours environ. On ne commencera à dilater avec le cathéter de Béniqué que vers le vingt-cinquième jour.

Cette méthode, quoique produisant une plaie relativement considérable, présente dans certains cas moins de dangers que dans l'uréthrotomie interne.

L'écoulement de l'urine se fait, en effet, avec plus de facilité au travers de la plaie périnéale; une infiltration est donc moins à redouter que dans l'uréthrotomie interne.

La plaie faite à ciel ouvert permet aussi d'employer des pansements antiseptiques qui peuvent prévenir l'infection urinaire. C'est pour cela que beaucoup de chirurgiens préfèrent employer l'uréthrotomie externe, principalement lorsque les reins et la vessie sont malades et par conséquent le sujet plus accessible aux complications qui suivent fréquemment l'uréthrotomie interne.

4° Divulsion.

Cette méthode, telle que l'employait Voillemier, est généralement abandonnée aujourd'hui.

Elle est brutale, produit des désordres dont on ne peut

jamais calculer l'importance et provoque fréquemment des infiltrations urineuses et des décollements. Je ne m'arrêterai pas à décrire son manuel opératoire et je passe de suite à un procédé qui en dérive tout en n'ayant aucun de ses inconvénients.

5° Dilatation immédiate progressive.

Procédé Le Fort.

M. Le Fort a imaginé un procédé moins brutal que la divulsion, moins dangereux que l'uréthrotomie interne, et plus rapide que la dilatation graduelle ordinaire.

Il commence par passer dans le rétrécissement une bougie conductrice munie d'un pas de vis à son extrémité extérieure.

Si cette bougie conductrice est introduite avec quelque difficulté, on fixe sur le pas de vis une petite plaque à boucle qui sert à maintenir la bougie dans le canal pendant vingt-quatre heures, afin de ramollir les parois quand on juge ce *ramollissement* suffisant.

On visse alors sur la bougie le plus petit des trois cathéters, qui est du numéro 12 de la filière française.

On le pousse doucement en le plaçant d'abord parallèlement à l'aine du malade, puis, quand toute la partie courbe est introduite, on relève lentement l'instrument, tout en le poussant et en exerçant une traction forte sur la verge avec la main gauche.

On continue ce mouvement jusqu'à ce qu'on puisse abaisser l'extrémité du cathéter entre les jambes du malade, de façon à faire passer sous les pubis la portion courbée de la sonde, qui pénètre ensuite facilement jusque dans la vessie.

On imprime au cathéter deux ou trois mouvements de va-et-vient et on le retire lentement en ayant soin de laisser la bougie conductrice dans le canal.

On visse sur cette bougie le second cathéter qui correspond au numéro 17, et on l'introduit par le même procédé que le précédent.

Dans quelques cas très rares on pourra dans la même séance introduire immédiatement le troisième cathéter qui porte le n° 22 de la filière.

Je préfère laisser un intervalle d'un jour ou deux entre l'introduction de chacun des cathéters. De cette façon on évite les ruptures qui peuvent se produire si l'on agit trop brusquement.

J'ai coutume de fixer dans le canal du malade après chaque séance une sonde de gomme d'un ou deux numéros inférieurs à celui du cathéter qui a été introduit. Cette sonde est gardée le plus longtemps possible par le malade. Cette pratique facilite d'une façon remarquable l'introduction d'un cathéter plus volumineux dans la séance suivante.

La dilatation immédiate progressive de Le Fort, pratiquée de cette façon, m'a toujours donné d'excellents résultats; elle peut être pratiquée sans chloroforme, et elle est aussi bénigne que la dilatation graduelle lente, si pénible à pratiquer chez les malades qui ont l'urèthre sensible et pour lesquels chaque séance de dilatation est suivie d'un accès de fièvre.

Dans toutes ces opérations j'ai coutume de donner au malade, immédiatement après la manœuvre opératoire, quelle qu'elle soit, une dose de quinine de cinquante centigrammes à un gramme.

6° Dilatation lente.

Dans tous les cas les plus ordinaires de rétrécissement de l'urèthre, c'est à la dilatation lente et graduelle qu'il faut avoir recours.

Guyon en France et **Thompson** en Angleterre sont arrivés à cette conclusion après une très longue pratique.

La dilatation lente se fera en introduisant dans le canal une bougie du calibre du rétrécissement. On la laisse une minute environ, puis on la retire pour en introduire