

Pour opérer, on introduit l'instrument tout comme une sonde, et en sondant on pénètre aussi profondément que possible dans le rétrécissement. Lorsque l'instrument est solidement en place, on tend le pénis et pendant que l'index et le médium sont passés dans les deux anneaux, le pouce qui est introduit dans l'anneau postérieur fait avancer la lame. Quand cette dernière est arrivée jusqu'au bout de l'instrument, on la retire en étendant le pouce, et on pousse l'instrument dans la vessie. Si dans cette course on rencontre un second rétrécissement, on opère comme pour le premier. On laisse l'instrument quelques minutes en place afin qu'il tamponne la plaie¹.

Que l'on franchisse le rétrécissement avec tel ou tel instrument,

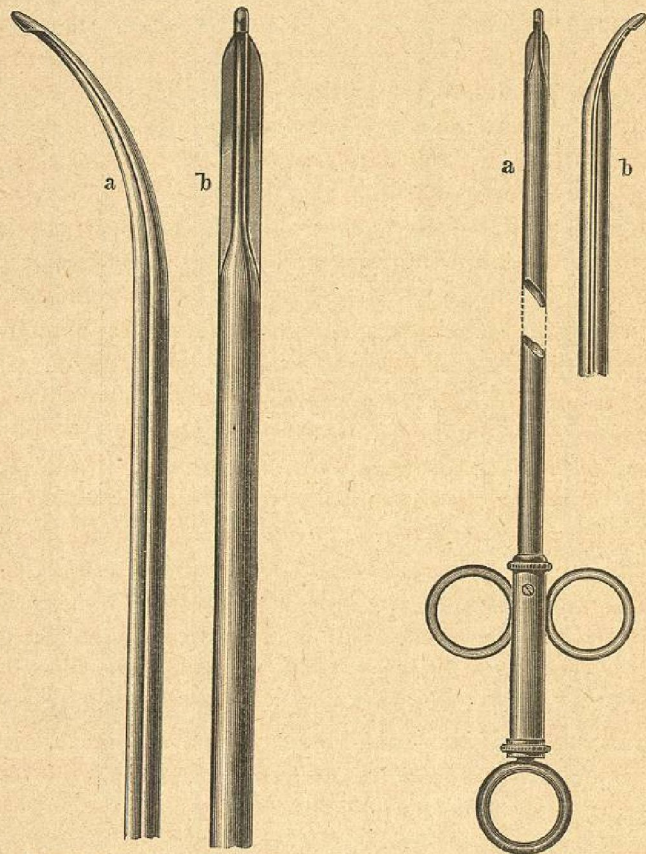


Fig. 252. — Extrémité vésicale de l'uréthrotome de Linhart. Fig. 253. — Uréthrotome de Linhart.

(1) L'instrument de choix est incontestablement l'uréthrotome de Maisonneuve. Après l'uréthrotomie interne, il faut mettre une sonde à demeure pendant 48 heures : mais il est capital de sectionner l'urèthre avec une lame de calibre moyen (n° 18 à 20) et de mettre une sonde de calibre inférieur (n° 15 ou 16). De la sorte, on n'a jamais d'infiltration d'urine. On commence la dilatation à partir du 8^e jour.

(A. B.)

que l'on en opère plusieurs en une même séance ou non, l'uréthrotomie n'est jamais qu'une partie du traitement, elle n'en constitue en quelque sorte que les préliminaires. Car elle doit être suivie d'une dilatation méthodique. Les plus ardents défenseurs de l'uréthrotomie reconnaissent qu'elle n'est qu'une abréviation de la dilatation. Si on songe que cette opération permet au chirurgien de franchir d'un coup la période difficile de la dilatation, celle dans laquelle les réactions sont les plus violentes et les plus fréquentes, on voit que ce procédé n'est pas sans avoir une grande valeur. Mais il ne faut cependant pas ignorer ses inconvénients.

L'expérience a montré que l'uréthrotomie a été suivie dans certains cas d'hémorrhagies abondantes, d'infiltration d'urine, de pyohémie, de septicémie. On conçoit qu'au prix de tels dangers cette façon de gagner du temps serait chèrement achetée. D'ailleurs, si on regarde les choses de plus près, on s'aperçoit que la période des réactions intenses n'est pas absolument évitée par l'uréthrotomie. Car, que l'on emploie le procédé antérograde ou rétrograde, on est toujours obligé de pénétrer dans le rétrécissement ; or si ce dernier est susceptible d'être franchi par l'uréthrotome, il pourrait l'être tout aussi rapidement par une sonde, ce qui permettrait d'éviter toute sorte d'accidents en agissant avec précaution. Je n'ai pas encore fait une seule uréthrotomie interne, parce que je n'y ai jamais été forcé ; cependant j'en ai pas perdu un seul rétréci, et les ai toujours guéris au moyen de la dilatation non sanglante. Si des chirurgiens distingués, se fondant sur leur expérience, veulent nous persuader de la bénignité de l'uréthrotomie, nous leur objecterons toujours les cas de mort qui en ont été la suite. Je mettrais l'uréthrotomie interne en pratique, si je pouvais être assuré, dès que j'aurais retiré l'instrument, que j'ai incisé exactement en tel ou tel point. Mais comme il existe souvent des restes de corps caverneux entre les callosités, on risque tout aussi bien de couper les premiers que la masse calleuse. Si on pouvait s'aider de l'uréthroscopie, on y verrait plus clair ; mais tant qu'on opérera dans l'ombre, l'incision me paraîtra toujours plus dangereuse que la dilatation avec un instrument moussé.

L'uréthrotomie est en concurrence avec la dilatation forcée, en ce sens que cette dernière provoque une réaction morbide plus fréquente et plus intense ; mais en revanche l'uréthrotomie expose aux dangers des plaies. D'ailleurs, si on songe que l'action du dilateur peut être réglée beaucoup plus exactement par l'opérateur, et que certains dilateurs ont une action très douce, on sera bien près de préférer la dilatation brusque à l'uréthrotomie.

Les chirurgiens auxquels ce dernier procédé a réussi, trouveront