

sans doute exagérées les objections faites contre l'uréthrotomie. Sans doute, personne n'a l'idée de nier que l'incision à l'aveuglette d'un rétrécissement ait guéri bien des malades. Mais pour faire de l'uréthrotomie le traitement rationnel, classique, il faudrait fournir des arguments suffisants pour faire accepter de préférence ce procédé ; c'est à quoi je ne puis parvenir. Avec Dittel, je ne consentirais à employer l'uréthrotomie que lorsque je serais absolument fixé sur la nature des tissus à inciser ; c'est ce qui arrive par exemple quand le rétrécissement siège au niveau de l'orifice externe ; alors on voit clairement tout ce qu'on fait. Quand le rétrécissement siègera dans les parties profondes de l'urèthre, on ne fera l'uréthrotomie que lorsqu'il s'agira de couper une bride ou une valvule ; mais dans tous les autres cas, on considérera la dilatation lente comme le procédé de choix, la dilatation forcée comme un moyen plus rapide, indiqué dans certains cas, enfin l'uréthrotomie comme le moyen extrême<sup>1</sup>.

*Uréthrotomie externe.* — Il reste encore à parler des rétrécissements dans lesquels on ne peut même pas introduire une corde à boyau. Il ne peut être question ici de dilatation ni d'uréthrotomie interne puisqu'on ne peut pas pénétrer dans le rétrécissement. S'il n'y a ni réaction intense, ni rétention d'urine, on peut continuer les tentatives de dilatation avec les cordes à boyau. Quelquefois une main patiente parvient à franchir le rétrécissement et à le dilater lentement. Mais quand toutes les tentatives sont restées infructueuses, il ne reste plus que l'uréthrotomie externe. Ce procédé, que je considère ici comme un procédé extrême, a été à différentes époques beaucoup plus répandu. Syme en particulier voulait faire de l'uréthrotomie externe le procédé de choix. Il ne le soumettait qu'à deux indications : tout d'abord le rétrécissement devait être perméable ; et en second lieu, l'aponévrose moyenne du périnée devait être respectée. La perméabilité du rétrécissement n'était considérée comme une condition essentielle que parce que la technique opératoire de Syme l'exigeait. Il passait une sonde cannelée à travers le rétrécissement, cherchait avec l'ongle de l'index gauche la rainure de la sonde en arrière du rétrécissement, plantait son bistouri dans la cannelure et incisait d'arrière en avant. Or comme il s'agit ici précisément des rétrécissements infranchissables,

(1) En France, la divulsion est presque universellement abandonnée, et dans les cas où il faut aller vite, l'uréthrotomie interne nous semble être la méthode de choix. Elle est formellement indiquée lorsque le rétréci a de la cystite, de la fièvre, de la rétention ; lorsque le cathétérisme est difficile ou mal supporté ; lorsque l'urèthre est induré et résiste à la dilatation. Albert exagère beaucoup ses dangers, car en 1886 Guyon sur plus de 1000 cas n'avait que 6 décès opératoires.

bles, nous n'avons pas à nous arrêter plus longtemps à ce procédé. On ne pourrait suivre son principe que dans le cas où l'urèthre serait tellement dilaté en arrière du rétrécissement que l'urine accumulée y formerait une tumeur fortement proéminente ; dans ce cas, on pourrait traiter cette tumeur comme un simple abcès, et inciser le rétrécissement d'arrière en avant.

Comment donc agir dans les rétrécissements infranchissables ? En principe, on peut répondre à cette question en peu de mots. On introduit un conducteur cannelé jusqu'au rétrécissement, on ouvre l'urèthre au bistouri en avant du rétrécissement, on cherche alors à pénétrer d'abord avec un stylet, puis avec une sonde cannelée dans le rétrécissement et on divise la masse calleuse dans son entier jusqu'à ce qu'on arrive de l'autre côté de la partie rétrécie. Il n'existe pour ainsi dire pas d'opération plus difficile que celle que nous venons d'esquisser. Partir de la portion normale de l'urèthre pour pénétrer dans le rétrécissement, cela n'a rien de difficile ; mais il est si difficile de suivre la continuité de l'urèthre jusqu'à l'autre côté du rétrécissement, que l'on est parfois obligé d'abandonner l'opération. Que l'on suppose que l'urèthre n'ait pas seulement été transformé en tissu cicatriciel sur une étendue plus ou moins longue, mais qu'il ait été envahi par des masses calleuses : on a beau diviser les couches externes par une incision aussi longue que le tissu cicatriciel, se tenir strictement sur la ligne médiane, n'inciser que ce qui crie sous le couteau, extirper des masses calleuses, on ne reconnaît nulle trace de canal. Les recherches faites avec la sonde cannelée n'aboutissent pas davantage ; elles ne peuvent être que dangereuses, en créant des fausses routes. Que l'on songe aussi que l'urèthre est souvent raccourci, déplacé par les callosités ; on cherche par exemple à gauche, tandis que l'urèthre a été refoulé à droite. On comprend alors qu'après des heures de recherche on suspende l'opération, et on attend que le malade expulse quelques gouttes d'urine, pour reconnaître par où elles s'échappent et sans perdre une seconde, on introduit rapidement une sonde élastique par l'orifice que l'on vient d'apercevoir.

Mais même ainsi des difficultés peuvent encore surgir. Bien des malades ne peuvent pas uriner couchés ; on les met alors debout sur une table, les jambes écartées, de façon à ce que la lumière (à la rigueur artificielle) éclaire complètement le fond de la plaie, et on prend patience en attendant que l'urine paraisse. J'ai eu deux fois l'occasion de rester au-dessous d'une douche de ce genre, et deux fois j'ai pu trouver l'urèthre. D'autres fois, le malade n'urine pas après l'opération ; il fait des efforts, couché et debout, mais ne parvient pas à uriner. On arrive alors à le faire uriner en lui donnant de l'opium ; deux fois j'ai obtenu