

lui : par une incision périnéale médiane, de 3 à 4 centimètres de longueur, on arrive sur le cathéter, on ouvre le rétrécissement, et on place à demeure une sonde métallique pendant 48 à 60 heures; au bout de ce temps on la remplace par une sonde élastique. Dans le second cas, on a quelquefois des difficultés très-grandes pour découvrir le canal : on pousse un cathéter jusqu'au rétrécissement; un aide le maintient solidement fixé; on pratique alors l'incision de la boutonnière, on atteint la pointe du cathéter, on sectionne le canal, puis on va à la recherche du bout inférieur que l'on incise sur un stylet cannelé, ou mieux encore avec le couteau de Weber, lequel est terminé par une petite olive analogue à celle d'un stylet boutonné.

Syme a proposé en 1844 la section sous cutanée du rétrécissement. Il passe un petit conducteur cannelé au travers du rétrécissement; puis, avec un bistouri à lame étroite analogue à un ténotome, il pénètre d'emblée jusqu'au conducteur; en relevant le manche de l'instrument, on en pousse la pointe le long de la cannelure du conducteur; on incise de cette façon le rétrécissement sans augmenter l'ouverture cutanée.

L'uréthrotomie externe pratiquée en avant des bourses est facile et peu dangereuse; au périnée, elle est d'exécution difficile, et peut offrir de grands dangers par l'hémorragie qui nécessite quelquefois le tamponnement dans une région riche en plexus veineux, et par les complications ordinaires des plaies, telles que la gangrène, l'érysipèle, l'infection purulente; ces accidents sont rares à la vérité, mais leur possibilité démontre que cette opération ne doit être pratiquée qu'en cas de nécessité absolue.

DIXIÈME LEÇON.

Lésions traumatiques de l'Urèthre.

MESSIEURS,

Les lésions traumatiques de l'urèthre reconnaissent des causes variées; elles peuvent être produites de dedans au dehors, ou de dehors en dedans. Dans la première catégorie se rangent les fausses routes, les déchirures par un corps étranger ou par un instrument, les incisions de l'uréthrotomie interne : dans la seconde, les violences extérieures comme les plaies simples, les plaies contuses, les contusions. Je vous ai parlé des fausses routes en décrivant le cathétérisme dans les cas pathologiques; nous étudierons bientôt les corps étrangers et les désordres qu'ils occasionnent; vous savez comment l'incision de l'uréthrotomie peut devenir une cause d'accidents : il me reste donc à vous parler des lésions de l'urèthre produites par les violences extérieures.

Si l'on en juge par les statistiques des rétrécissements de l'urèthre, les lésions traumatiques de cet organe seraient assez fréquentes : nous trouvons en effet dans la statistique de Sir Henry Thompson, qui porte sur 220 cas, 28 rétrécissements, suites de lésion du périnée; dans celle de ses traducteurs, laquelle comprend 226 observations des rétré-

cissements recueillies dans le service de M. le professeur Guyon, à l'hôpital Necker, 27 cas dans lesquels le rétrécissement a succédé à un traumatisme, coups, chûtes sur périnée, ruptures de l'urèthre. D'autre part, les lésions traumatiques du canal produites par les violences extérieures ne sont pas toujours suivies de rétrécissement.

Les plaies simples bien traitées n'y donnent guère lieu. et vous verrez plus tard la rareté des rétrécissements après l'opération de la taille, alors qu'une plaie très-étendue du canal a été produite.

Les plaies de la portion pendante de l'urèthre sont rares dans l'état de flaccidité; les corps caverneux protègent efficacement le canal, et d'ailleurs la verge fuit sous la pression des agents traumatiques; toutefois, on les observe dans la section de la verge; l'amputation de cet organe produit nécessairement une section complète du canal, et il est souvent difficile de retrouver l'orifice, si on n'a pas recours à quelque artifice opératoire; souvent aussi, on observe dans la suite un rétrécissement très-difficile à guérir, mais assez facile à prévenir en commençant l'opération par suturer l'urèthre à la peau, comme dans le procédé de notre distingué collègue M. le professeur Parise. Ces plaies sont beaucoup plus communes dans l'érection; le canal est tendu, la verge raide ne peut fuir sous la pression de l'instrument tranchant ou du corps contondant, et dans ces cas, on observe quelquefois simultanément une plaie de l'urèthre et des corps caverneux.

Les plaies par piqûres sont peu graves: elles ne se traduisent guère que par une ecchymose sous cutanée, et un léger écoulement de sang par le méat. Elles guérissent d'elles-

mêmes par le repos de l'organe, et les applications d'eau froide. Le plus souvent ces plaies sont produites par des épingles introduites dans le canal.

Les suites des plaies par instrument tranchant varient beaucoup suivant leur siège; celles des régions membraneuse et prostatique guérissent spontanément, et laissent une cicatrice linéaire, non froncée, et qui ne donne guère lieu à des rétrécissements: leur danger principal est dans la chance d'infiltration d'urine; une sonde à demeure peut l'éviter, et d'ailleurs elle me paraît peu à redouter, si la voie est libre pour l'urine, et si les autres parties des organes urinaires sont saines. Mais les plaies qui siègent le long de la portion spongieuse ont des conséquences bien différentes: ici l'empoisonnement urineux est à craindre, non-seulement par le fait de la plaie elle-même, mais surtout par le gonflement inflammatoire qui en est la conséquence; la plaie ouvre à l'urine une porte d'entrée dans les veines, et cette entrée est singulièrement facilitée par l'obstacle que le gonflement apporte au libre écoulement de l'urine au dehors; aussi, faut-il toujours dans ces cas mettre le plus tôt possible une sonde à demeure dont on ne bouche pas l'orifice extérieur, de manière à faciliter l'écoulement continu de l'urine, et empêcher qu'elle ne vienne baigner la surface de la plaie. Par dessus la sonde, on réunit les lèvres de la plaie par quelques points de suture métallique. Mais il est des cas de rupture complète de l'urèthre où il n'est pas possible de faire passer la sonde dans l'orifice du bout vésical; on a alors deux parties à prendre: ou bien débrider sur l'urèthre comme dans l'opération de l'uréthrotomie externe sans conducteur, aller à la recherche de sa cavité et y introduire

le bout de la sonde flexible, ou encore, à l'imitation de Reybard, réunir la plaie par des points de suture que l'on enlève au moindre signe d'infiltration; on en est quitte alors pour avoir une fistule, qui se serait certainement produite si on avait abandonné la plaie à elle-même. Lorsque l'urèthre a été complètement sectionné, on doit généralement se contenter, après avoir passé la sonde, de suturer la peau seule; on ne peut espérer d'affronter régulièrement les deux bouts du canal; la sonde joue le rôle d'un soutien très-efficace, et l'organe est mis au repos complet; pour cela on prévient les érections en faisant prendre au malade du bromure de potassium ou du camphre bromé. Une blessure pareille produit nécessairement une perte de substance qui se comble par du tissu inodulaire, et occasionne dans la suite un rétrécissement cicatriciel analogue à celui qui succède aux plaies contuses de l'urèthre.

C'est également lorsque la verge est en érection que l'on observe le plus ordinairement les plaies contuses de la région pénienne, et je vous ai déjà parlé de la rupture de l'urèthre, dans la manœuvre absurde des guérisseurs de chaudepisse cordée. Les plaies contuses sont plus fréquentes dans la région du bulbe, et la portion membraneuse; là, l'urèthre ne peut fuir devant le corps contondant, et il est violemment serré entre ce corps et le pubis. Un coup de pied, une chute à califourchon sur un corps saillant, sont les causes ordinaires des déchirures de l'urèthre; dans quelques cas rares, on a vu la rupture reconnaître une cause indirecte, telle qu'une chute sur les pieds, les jambes étant fortement écartées.

L'ecchymose parfois très-étendue au point de simuler un

épanchement sanguin considérable de la verge et des bourses; l'hémorrhagie, dont la marche est irrégulière et qui s'arrête ordinairement d'elle-même, mais tend à reparaitre à la première miction; la dysurie provenant de la compression qu'exerce l'infiltration sanguine, ou de la présence d'un caillot dans le canal, ou encore du retrait des bouts dans le cas de section complète, tels sont les signes des plaies contuses de l'urèthre. La gravité de ces plaies gît surtout dans le rétrécissement cicatriciel consécutif, et l'infiltration d'urine; d'où la nécessité de mettre le plus tôt possible une sonde à demeure: il faut toujours suivre avec le bec de la sonde la paroi supérieure du canal, pour éviter de l'engager dans la plaie; presque toujours cette paroi supérieure est plus ou moins épargnée, grâce à ses adhérences avec la gouttière des corps caverneux. Assez rapidement, le bout postérieur se rétracte, le bout antérieur se rétrécit de plus en plus et se termine par un cul-de-sac dont l'orifice est très-étroit; ce rétrécissement peut aller jusqu'à l'oblitération complète, particulièrement dans les cas où l'on s'est trouvé dans la nécessité de pratiquer la ponction de la vessie. Entre ces deux bouts se forme le tissu inodulaire qui doit combler la perte de substance: or, ce tissu engendre un rétrécissement de la pire espèce et de développement précoce; le tissu inodulaire s'accumule et acquiert la forme d'une nodosité quelquefois grosse comme une noisette, dans laquelle se rendent le bout inférieur du canal et les orifices profonds de fistules périnéales. La sonde à demeure ne suffit pas toujours pour prévenir les accidents; on observe quelquefois, malgré elle, une infiltration urinaire, laquelle venant s'ajouter à l'infiltration

sanguine, produit rapidement une suppuration diffuse, fréquemment suivie de vastes gangrènes, ou de l'empoisonnement urineux. Cette infiltration a bien plus de chance de se produire lorsqu'on n'est pas parvenu à pratiquer le cathétérisme; elle est si redoutable dans ces cas, que plusieurs chirurgiens, entre autres Voillemier, n'hésitent pas, dans le cas de contusion avec épanchement de sang considérable au périnée, à pratiquer des incisions longues et profondes, sans chercher la résolution; c'est en effet, dans ces cas, le meilleur moyen de limiter les désordres, et d'éviter une perte de substance par la gangrène. Toutefois, s'il y a rétention complète d'urine, il faut au préalable recourir à la ponction de la vessie, sauf à chercher à rétablir, le lendemain ou les jours suivants, la voie naturelle de l'urine.

Les indications du traitement découlent naturellement des considérations qui précèdent. La première chose à faire est de parer à l'hémorragie. Si elle est abondante, il faut l'arrêter par la ligature, puis le rapprochement des lèvres de la plaie: redoutez la compression, car la région est riche en veines. Puis, vous vous occuperez de rétablir le cours des urines; il faut passer une sonde métallique, en suivant avec le bec de la sonde la paroi supérieure du canal, et la fixer à demeure pendant deux ou trois jours, après lesquels vous la remplacerez par une sonde molle. Si le cathétérisme est impossible, si la rétention d'urine exige impérieusement votre intervention, faites la ponction de la vessie; vous obtiendrez ainsi quelque temps de répit, que vous emploierez à chercher la régularisation du cours normal des urines par le cathétérisme. Si le périnée était

déchiré en même temps que l'urèthre, vous pouvez, à l'exemple de Chopart, débrider la plaie, et, avec le doigt comme conducteur, guider la sonde dans le bout inférieur du canal.

Dans certains cas, la lésion de l'urèthre ne va pas jusqu'à la production d'une plaie contuse; il y a contusion sans plaie; ici, pas d'hémorragie, pas de solution de continuité qui prête à l'infiltration d'urine; il n'y a donc pas de signe qui puisse faire distinguer une contusion du canal d'une contusion simple du périnée. L'ecchymose ne nous apprend rien à cet égard, et la dysurie peut être occasionnée par un gonflement de voisinage, gonflement produit par une infiltration sanguine, ou un exsudat inflammatoire.

Rappelez-vous, Messieurs, qu'une pareille lésion, bien que n'étant pas accompagnée de déchirure de la muqueuse, peut être suivie d'une destruction partielle de l'urèthre, et devenir ainsi la cause d'un rétrécissement mixte inflammatoire et cicatriciel; ce rétrécissement se montre en général plus tardivement que celui qui résulte d'une plaie contuse; considération importante, dont vous devez tenir grand compte dans le pronostic des contusions du canal de l'urèthre.