

une cicatrice rétractile et dure qui désiera la dilatation et nécessitera l'uréthrotome. Dans quelques cas d'ailleurs, les déchirures de la portion pénienne présentent de plus vifs symptômes : l'hémorragie, par exemple, peut devenir inquiétante par son abondance ou sa récurrence ; témoin le malade dont Labbé a relaté l'histoire : c'est un blennorragien qui, après une suite de fatigues et de libations, pratique le coït, en dépit d'une érection très douloureuse ; au moment de l'éjaculation, il a la sensation d'un coup brusquement appliqué sur le pénis, et, suivant son expression, « le nerf s'étant rompu, la verge tomba ». Il ne revint à lui qu'après dix minutes, le sang s'échappait, noirâtre, par un jet qui « portait » à près de 25 centimètres ; il se serra la verge avec un linge mouillé d'eau fraîche, se mit au lit et réussit à arrêter l'hémorragie après une perte estimée à 1 litre de sang environ. Le lendemain, nouvelle hémorragie qui se répète encore dans la nuit ; le malade arriva à l'hôpital, pâle, affaibli, les conjonctives décolorées.

2° Rupture périnéale par chute ou choc. — Les ruptures périnéales de l'urètre comportent un tout autre intérêt de symptômes et de diagnostic.

§ 1. Cas légers. — Après une chute, surtout après un choc sur le périnée, le blessé peut ne présenter que des symptômes effacés : les premières mictions, quoique douloureuses, sont peu ou point gênées ; la verge est ecchymotique, mais le périnée reste plat ou ne montre qu'une tuméfaction fusiforme le long de l'urètre ; quelques gouttes de sang seulement ont apparu au méat ; parfois l'urétrorragie a échappé au souvenir du malade, et il vous faut en poursuivre les traces sur sa chemise ; le cathétérisme réussit d'emblée, et la sonde de Nélaton se glisse sans peine dans l'urètre dont la muqueuse n'est qu'éraillée. Ce sont les *cas légers* de Cras et Terrillon ; mais ce tableau, qui représente la presque totalité des ruptures péniennes, ne s'applique qu'exceptionnellement aux traumatismes de la région périnéale. Bien plus, dans ce dernier cas, une symptomatologie d'une aussi rare bénignité n'excluerait point la possibilité d'une aggravation secondaire et la nécessité d'une thérapeutique d'observation : telle déchirure du corps spongieux a paru légère si l'on en croit les symptômes primitifs, et cependant, quelques jours après, le périnée s'infiltrait et s'enflamme ; Cras⁽¹⁾ en a rapporté un bel exemple dans son mémoire. Par cette porte, à peine entre-bâillée, peut se glisser une septicémie urinaire grave ; le périnée s'injecte d'urine sous pression et s'infecte à dose massive, surtout si un cathéter inopportun fait la voie à l'urine et si cette dernière a des qualités septiques actives.

§ 2. Cas moyens. — C'est surtout aux faits, groupés par Cras et Terrillon dans la catégorie des *cas moyens*, que s'appliquent ces réserves. Ici, les trois symptômes cardinaux sont nettement accusés : l'hémorragie urétrale est abondante, souvent continue et récidivant à la première occasion — mouvement de la verge ou cathétérisme irrésistible — car l'hémostase est fragile, compromise par le déplacement d'un caillot, menacée surtout par les infections secondaires. La rétention d'urine est incomplète, mais la miction est pénible, douloureuse, et accroît ou ramène l'hémorragie. Le périnée est le siège d'une tumeur médiane, oblongue, ordinairement limitée par la racine des bourses en avant, véritable bosse hématique donnant à la main la sensation de la crépitation sanguine, entourée d'une zone ecchymotique plus ou moins diffuse vers le

(1) CRAS, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1876, p. 854.

scrotum, la verge ou les cuisses. A ces cas répondent habituellement les lésions suivantes : le corps spongieux est rompu dans sa région bulbaire ; la muqueuse est déchirée, généralement sur sa demi-circonférence inférieure, le « toit » de la paroi urétrale restant et pouvant servir de guide à un bec de sonde bien mené et relevé. Étant données ces probabilités anatomiques, que va-t-il se passer ? Il est possible, mais il n'est pas fréquent, que, sous l'influence de la sonde à demeure, le repos des parties et l'asepsie aidant, le foyer sanguin préservé de la pénétration urinaire se répare et se résorbe, que la déchirure urétrale se cicatrise, qu'une dilatation régulière maintienne ultérieurement le calibre du canal, ou qu'un rétrécissement consécutif nécessite l'intervention chirurgicale. Mais plus souvent l'asepsie du foyer périnéal, qui en somme décide tous les symptômes secondaires, n'est point aussi heureusement réalisée : la sonde à demeure n'a point suffi à écarter l'infection urinaire de la collection sanguine ; l'hématome suppure, le périnée s'infiltrait, le cas est grave ou plus exactement aggravé.

§ 3. Cas graves. — Dans les cas graves, clairement catégorisés par Guyon, la triade symptomatique est au complet : la rétention d'urine est totale, l'urétrorragie est constante et copieuse, la tumeur périnéale volumineuse. D'emblée, ces faits accusent leur gravité et se différencient par là des cas précédents. C'est qu'ici les conditions anatomiques de la rupture sont immédiatement défavorables : l'urètre est généralement coupé en deux et ses tranches rétractées à distance ; ou bien, s'il reste un pont de paroi supérieure, le recroquevillement de la muqueuse, la contusion du corps spongieux, la présence de caillots, empêchent le cathétérisme ou s'opposent à la miction spontanée. L'un et l'autre d'ailleurs sont également périlleux : la sonde peut déplacer un caillot protecteur, agrandir la déchirure urétrale, provoquer un spasme de la portion membraneuse, et, somme toute, ouvrir la porte à l'infiltration.

L'abondance du sang épanché, la meurtrissure du corps spongieux et des masses cavernueuses, la présence de tissus contus et prêts au sphacèle, les décollements sous-cutanés constituant un foyer traumatique irrégulier, à recoins anfractueux, favorable aux colonisations bactériennes et à la stagnation urinaire, vont préparer à l'infiltration et à l'infection des voies propices d'envahissement. Si la rupture urétrale s'accompagne d'une fracture du pubis, voilà une occasion offerte à de nouvelles complications : ostéo-myélite suppurée et infection purulente. Aussi verra-t-on le plus souvent apparaître de bonne heure une infiltration gangreneuse d'emblée et à tendances diffuses ; rares sont les faits de cet ordre où une sclérose de défense limite le foyer infiltré, borné alors à un simple abcès urinaire. Si l'urine normale est relativement bien tolérée par nos tissus, cette tolérance n'a qu'un temps : bientôt se font dans ce foyer urhématique des infections secondaires ; bientôt s'allume un phlegmon diffus, sphacélique, qui, si le bistouri ne lui barre pas le chemin, tend le périnée, boursoufle le scrotum, envahit la racine des cuisses, la verge, la paroi abdominale ; la fièvre est vive avec frissons irréguliers, le pouls faiblit et s'accélère. Si l'aponévrose moyenne est déchirée, ou si la rupture intéresse le tronçon membraneux de l'urètre, c'est la loge périnéale supérieure qui s'infiltrait ; l'urine baigne la loge prostatique, gagne le voisinage du péritoine, dissèque l'espace pelvi-rectal, les fosses ischio-rectales, produisant une cellulite pelvienne diffusée, rapidement mortelle.

Si l'infiltration fait la gravité immédiate ou tout au moins hâtive des ruptures

uréthrales, le rétrécissement en constitue la gravité tardive. Et, de même qu'un phlegmon urinaire envahissant peut soudainement changer la face des choses et aggraver un cas déclaré bénin aux premières heures, de même un rétrécissement peut ultérieurement devenir une sévère menace, hors de proportion

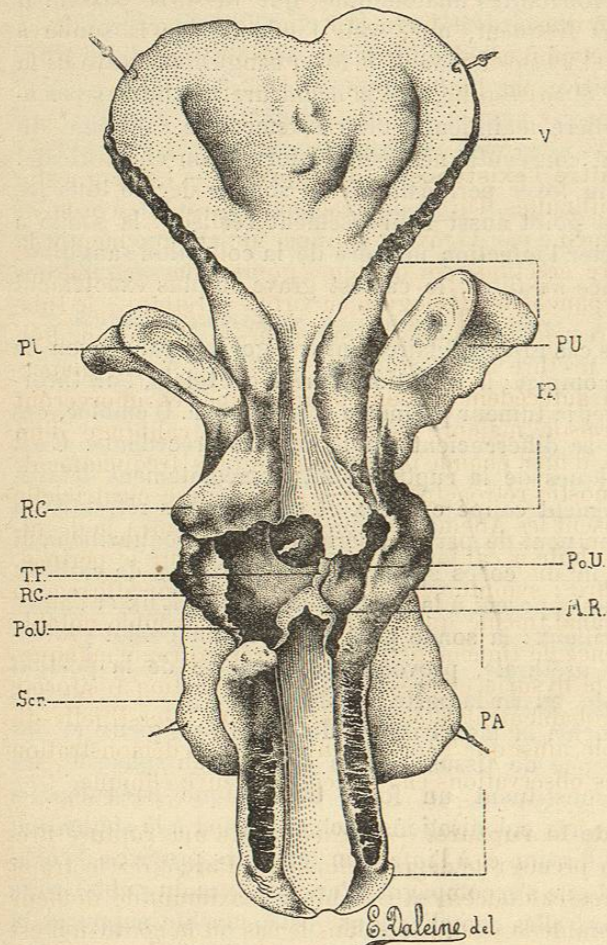


Fig. 187. — Rétrécissement traumatique. — Rupture de l'urèthre par chute à califourchon. (Guyon et Bazy.)

Les deux bouts de l'urèthre (PP et PA), écartés de 2 centimètres environ sont réunis par un tractus fibreux (TF) : entre les deux se trouve une vaste poche urinaire, formant la tumeur saillante au périnée pendant la vie. — La racine du corps caverneux droit (RC) est sectionnée en deux points. — Le bout postérieur de l'urèthre est dilaté; l'extrémité postérieure du bout antérieur est recroquevillée en forme de capuchon.

a trouvé un urèthre infranchissable au vingt-quatrième jour, que Guyon a vu une angustie constituée quatorze jours après l'accident et Quénu trois semaines après; or, dans ce dernier cas, le blessé n'avait fait qu'une chute légère à califourchon, n'avait pissé que quelques gouttes de sang, avec une dysurie légère et sans tumeur périnéale. Toutefois, quelques observations faisant exception à cette loi de formation rapide, démontrent actuellement que le rétrécissement traumatique de l'urèthre membraneux peut présenter une évolution lente : Bazy

avec l'accident ou les symptômes primitifs. Sans doute, la sténose uréthrale dépendra, pour une certaine part, du degré de la rupture : à une déchirure incomplète succédera une bride, une virole de cicatrice limitée; dans le cas de rupture complète, avec bouts distants, rétrécis et déviés, le foyer intermédiaire deviendra l'origine d'une masse inodulaire, percée d'un couloir central irrégulier, anfractueux, excentré, carrefour de poches ou de fistules urinaires voisines, l'urine aura plus de tendances à prendre et à garder l'habitude d'un trajet périnéal; les dégâts secondaires seront plus graves, la recherche des bouts plus malaisée, la réparation de la continuité du canal plus difficile.

Mais, ce qui fait la gravité du rétrécissement d'origine traumatique, c'est moins sa forme ou son degré que ses tendances. Inextensibilité, coarctation progressive : voilà les caractères de cette cicatrice uréthrale, si rapidement rétrécissante que Le Fort

l'a établi et nous retrouverons ces faits au chapitre des rétrécissements. Tout urèthre traumatisé est donc menacé d'un rétrécissement dont la gravité se mesurera surtout aux complications qu'un traitement précoce n'aura point su prévenir : resserrement progressif de la cicatrice, troubles secondaires de la miction. On voit donc combien est artificielle cette catégorisation en cas bénins, moyens ou graves, et combien illusoire ce diagnostic; puisque leurs frontières sont aussi aisément franchies et qu'il est si difficile de prévoir une aggravation éventuelle, à la période primitive par l'infiltration, à la période tardive par le rétrécissement.

Diagnostic. — 1° **Reconnaître l'existence de la rupture.** — Le diagnostic n'offre généralement pas de difficultés. Un blennorragien se brise la « corde » : la rupture se dénonce d'elle-même par la vive souffrance qu'atténue bientôt la sensation d'une droite et libre érection, par quelques gouttes de sang parues au méat, quelquefois par un épanchement sanguin en virole « frettant » le tube uréthral. Les menues éraillures de la muqueuse survenues à l'occasion d'un « faux pas » du coït dans un urèthre blennorragique, passent souvent inaperçues; elles sont cependant un antécédent fâcheux pour le canal et amorceront un rétrécissement pénien : raison majeure pour mesurer le calibre d'un urèthre qui a saigné au cours d'une chaude-pisse. Mais, le plus fréquemment, on ne portera ici qu'un diagnostic rétroactif, et c'est à la sténose cicatricielle de la *pars pendula*, comme disent les Allemands, que l'on reconnaîtra la déchirure uréthrale. — Après une chute à califourchon ou un choc sur le périnée, un blessé a saigné par l'urèthre : symptôme décisif, suffisant pour affirmer la rupture de la muqueuse du canal, même quand il n'y a aucun trouble notable de la miction, même en l'absence de tumeur périnéale. L'uréthrorragie manquée chez un blessé qui a de la dysurie et présente une tuméfaction fusiforme sur l'urèthre périnéal, on a probablement affaire à une rupture interstitielle du canal, lésion rare mais possible, ainsi que Terrillon en a fourni la démonstration expérimentale et que quelques observations en donnent la preuve clinique.

2° **Reconnaître le siège de la rupture.** — L'existence d'une rupture uréthrale reconnue, il s'agit d'en préciser le degré et le siège. Parcourez le trajet du canal avec le doigt et pressez doucement : le foyer maximum de douleur correspondra au siège probable de la déchirure, dans le cas où la contusion est limitée; consultez encore les indices extérieurs marqués par le corps vulnérant, les traces ecchymotiques superficielles, mais ne leur demandez point un renseignement décisif. Faites plutôt appel aux données anatomo-pathologiques qui localisent à la région bulbaire la majorité des ruptures traumatiques succédant aux chutes à califourchon, mais qui signalent leur siège possible dans le tronçon membraneux quand elles résultent de coups de pied frappant le périnée par derrière ou de contusions par corps saillants et anguleux l'atteignant dans une position du tronc incliné en avant. De là l'utilité, pour ce diagnostic topographique, de bien préciser les conditions de la chute ou du choc.

3° **Reconnaître le degré de la rupture.** — La notion du degré de la rupture est autrement intéressante : le canal a saigné; la dysurie est-elle peu accentuée, la tuméfaction périnéale nulle ou médiocre, il ne s'agit vraisemblablement que d'une déchirure partielle de la paroi uréthrale, et nous savons qu'elle a toutes raisons anatomiques pour siéger sur la demi-paroi inférieure.

Il reste un pont de paroi supérieure bien conservé et suffisant pour guider le bec relevé d'une sonde à forte courbure; le cathétérisme sera donc possible et restera prudent. Voici un cas, au contraire, où la miction est très pénible ou impossible; le périnée s'est tuméfié rapidement. Soupçonnez une rupture plus étendue du canal avec une bande insuffisante de paroi supérieure et des tranches meurtries, parfois une section circonférentielle totale, et gardez-vous du cathéter capable d'endommager davantage l'urèthre et le périnée. La diffusion de la bosse sanguine et les fusées ecchymotiques révéleront les lointains décollements; la palpation d'un point très douloureux, crépitant, sur la branche ischio-pubienne, bien plus que la déformation ou la mobilité anormale habituellement absentes, diront la complication d'une fracture osseuse secondaire. Il faut guetter l'infiltration urinaire avant qu'elle n'ait fait ses larges envahissements sous-cutanés et triomphé des résistances aponévrotiques; la reconnaître précocement à la résistance chaude et tendue de la tumeur périnéale qui grossit rapidement et perd sa mollesse crépitante de l'hématome, à la rougeur du tégument, au mouvement fébrile qui s'allume, à l'état général qui s'altère.

Voici des cas où le diagnostic est plus embarrassant. Un blessé a été « coïncé » entre deux agents vulnérants se faisant opposition : c'est un maçon, un terrassier pris entre un éboulement et le sol; c'est un ouvrier pressé entre un tonneau et un mur; c'est, comme le blessé de Guyon, un homme tombant sur le côté, tandis qu'il reçoit sur la hanche opposée le choc d'un corps pesant; le malade est dans les conditions requises pour se fracturer le bassin ou se disjoindre la symphyse pubienne. S'il a eu une uréthrorragie, on peut redouter une déchirure du canal occupant la portion membraneuse. Si l'hémorragie fait défaut, il est prudent de se tenir sur la réserve : à la première miction qui emportera un caillot oblitérant, elle va peut-être réparer; il est d'ailleurs possible que le sang, grâce au spasme de la membraneuse, ait reflué dans la vessie. La rétention d'urine ne manque presque jamais; trois à quatre heures après l'accident, à la première tentative d'uriner, on va l'observer. Il n'y a point à compter beaucoup sur la crépitation osseuse : Ollier, nous dit Durand, la chercha vainement chez un blessé dont l'autopsie montra une brisure du pubis à fragments multiples, et Boeckel avoue n'avoir pu la percevoir dans un cas de fracture comminutive. La déformation fait généralement défaut, les fragments matelassés de parties molles restant au contact parfait; introduisez le doigt dans le rectum ou le vagin pour la mieux apprécier, pour reconnaître les points douloureux, et aussi pour tenter le remplacement des fragments. On a vu parfois la miction se rétablir à la suite d'une pareille manœuvre, témoin le cas de Gosselin et Richerand : il s'agissait vraisemblablement alors de simples courbures du canal entraîné latéralement par le déplacement osseux.

Traitement. — 1° **Indications opératoires.** — § 1. **Cas légers.** — Après une contusion de la région périnéale, il peut arriver que la miction ne soit point troublée, sauf une dysurie légère; la verge et le périnée sont ecchymotiques, mais sans tuméfaction; l'uréthrorragie manque ou est restée tellement insignifiante qu'elle a échappé à l'attention du malade. Y a-t-il eu contusion périnéale simple ou rupture interstitielle? Le chirurgien ne saurait se désintéresser de ce diagnostic : car telle rupture bénigne en apparence peut, ainsi que l'ont montré Cras et Guyon, s'accompagner, au bout d'un temps variable, des complications

les plus graves. Chez ce malade, qui n'a vu sourdre que quelques gouttes de sang au méat, dont le périnée est plat, dont les premières mictions seules ont été douloureuses, une rétention peut soudain apparaître et avec elle, ou peu après, l'infiltration d'urine envahissant le périnée. Or, maintes fois, nous l'avons vu, c'est la sonde qui est ici la coupable. Il faut se garder, en pareil cas, du cathétérisme métallique, — inutile, puisque le malade pisse seul, et dangereux; mais on surveillera le périnée et on agira s'il s'infiltré ou s'enflamme.

§ 2. **Cas moyens.** — Chez un autre blessé, la miction volontaire est encore possible, mais elle est pénible, lente et douloureuse; l'urine est incomplètement évacuée, l'uréthrorragie a été assez copieuse, le périnée présente une tumeur sanguine appréciable : cela répond au type des cas « moyens » de Cras et Guyon, ou mieux des cas « douteux ». Car aucun de ces signes ne peut mesurer la gravité à venir : pas plus l'hémorragie qui reste en rapport variable avec le degré de la déchirure, qui peut refluer vers la vessie ou être suspendue par un caillot, hémostase fragile, que la rétention qui ne survient parfois qu'après un délai incertain, provoquée soit par un caillot obstruant, soit par un spasme réflexe. — Dans cette catégorie, on peut envisager deux espèces : ou bien la rétention est incomplète; le cathétérisme reste facile à une sonde de Nélaton, menée sur mandrin à forte courbure et suivant la paroi supérieure; la tuméfaction périnéale est médiocre et n'augmente pas : laissez alors à demeure une sonde de caoutchouc rouge. Ou bien, la miction est très pénible; le cathétérisme doucement mené n'a réussi que difficilement; le périnée est fortement tuméfié : certains conseillent encore de temporiser, de surveiller le périnée, d'agir au premier signe d'infiltration. Nous préférons dire : comportez-vous dans ces cas moyens comme dans les cas graves; devancez les complications que Terrillon a notées 12 fois sur 27 observations; craignez que, par ses efforts de miction, le malade ne finisse par pisser d'un coup dans son périnée. L'incision périnéale hâtive permettra de vider la poche de ses caillots, d'assurer l'hémostase stable et la désinfection primitive, de placer sans dégâts aveugles une sonde à demeure, de prévenir le rétrécissement si rapide à se former, qu'après deux ou trois semaines, Guyon et Le Fort ont trouvé l'urèthre coarcté. L'intervention immédiate sera plus aisée, mieux accueillie du blessé, moins périlleuse, plus conforme à nos habitudes opératoires actuelles, que l'uréthrotomie secondaire faite en des tissus travaillés par l'inflammation et déjà infectés.

§ 3. **Cas graves.** — Soit un cas grave : le cathétérisme est impossible ou très malaisé, et, partant, insuffisant et dangereux; la rétention est complète, la tumeur périnéale volumineuse, l'uréthrorragie abondante. Incisez hâtivement le périnée; cette pratique, à laquelle avaient recours, dès le commencement du siècle, Chopard, Desault et Lallemand, est réglée officiellement à l'heure actuelle par le mémoire de Cras, par le rapport de Guyon, par la thèse de Terrillon et par les discussions de la Société de chirurgie. La ponction aspiratrice de la vessie n'est qu'un moyen d'attente permettant d'esquiver une intervention d'urgence en de mauvaises conditions d'aide ou d'outillage. Aussi bien, ce n'est plus de l'acte opératoire, de la section périnéale que vient le danger; mais des inoculations profondes, des infiltrations, des cellulites diffusées; ouvrez en plein jour et nettoyez ce foyer. Attendre, comme l'a préconisé Mollière, c'est laisser l'infection s'installer dans la place; c'est augmenter les risques de sphacèle; c'est s'exposer à des difficultés opératoires graves, car la physionomie

anatomique des tissus sera changée et le bout postérieur deviendra introuvable. L'incision périnéale immédiate, avec la mise à demeure de la sonde, sauvegarde le présent en parant à la rétention et à l'infiltration, et vise l'avenir en restaurant l'urèthre.

2° **Technique opératoire.** — § 1. **Incision du foyer.** — Le malade est mis dans la position de la taille : une injection de cocaïne anesthésie le trajet opératoire; il faut, en effet, pousser bien loin la saturation chloroformique pour éteindre la sensibilité de la zone périnéale, et, d'autre part, on a parfois besoin d'utiliser la miction volontaire dans la recherche du bout postérieur. Incisez le périnée rasé et désinfecté, sur la ligne médiane, à égale distance des ischions, depuis le scrotum jusqu'au-devant de l'anus. A travers la peau et les couches sous-cutanées, vous arrivez à l'aponévrose périnéale superficielle, généralement déchirée dans les cas graves : achevez sur la sonde sa section et passez un fil sur chacune de ses lèvres; cela constitue deux écarteurs commodes. Vous arrivez sur des caillots, qu'une irrigation antiseptique balaye : vous apercevez des débris de bulbo-caverneux et reconnaissez du doigt une cavité emplie de sang coagulé et dont l'aponévrose moyenne forme généralement le plafond. L'irrigation suffit souvent à faire l'hémostase : sinon, forcipressez ou liez les points jaillissants; le tamponnement arrêtera les hémorragies en n'appe

§ 2. **Recherche du bout postérieur.** — La recherche du bout postérieur, rétracté, à muqueuse recroquevillée, est un temps délicat. Introduisez un cathéter par l'urèthre : il vient buter contre la paroi postérieure de la poche, paroi sur laquelle se trouve l'orifice à découvrir; placez votre index gauche, pulpe en haut, de façon qu'il fasse paroi inférieure et que son extrémité touche le point d'arrêt du cathéter. Ramenez légèrement ce dernier en arrière, jusqu'à ce qu'il se voie encore dans la déchirure : « la sonde qui doit alors pénétrer dans la vessie est alors présentée, nous dit Guyon, dans l'intervalle qui sépare le cathéter du doigt, et, soutenue par celui-ci, elle est poussée vers la vessie. » Si la déchirure uréthrale a été incomplète, on pourra parfois se guider sur la petite bande de paroi supérieure restante. Quand le bout est introuvable, absterguez soigneusement la plaie; présentez un stylet boutonné aux dépressions qui ressemblent à l'entrée uréthrale; comprimez l'hypogastre et guettez l'issue d'une goutte d'urine; faites pisser le malade. Dans le cas d'échec absolu, surtout lorsqu'une fracture du pubis a déchiré l'urèthre à l'étage périnéal supérieur, faites la taille hypogastrique pour le cathétérisme rétrograde : glissez un cathéter métallique par l'orifice vésical de l'urèthre; sur son extrémité apparue dans la plaie périnéale, engagez la sonde à bout coupé et ramenez-la dans la vessie; faites passer l'autre bout par l'urèthre en le chargeant sur une sonde métallique menée par le canal : pour assurer la fixité du bout intra-vésical, faites-le sortir à l'hypogastre, traversez-le d'une anse de fil, qui, la sonde une fois rentrée dans la vessie, sera fixée par ses deux chefs collodionnés sur le ventre.

§ 5. **Sonde à demeure.** — Comme sonde à demeure, nous préférons nous servir de sondes en gomme qui ne sont point exposées, autant que les sondes de caoutchouc, à être chassées par les contractions vésicales et à se couder au niveau de la plaie périnéale; Guyon nous a cependant appris à donner à la sonde molle une certaine rigidité en collodionnant sa portion pénienne. La

sonde de Pozza est avantageuse par sa fixité exacte. L'orifice uréthral découvert et la sonde passée de la plaie périnéale vers la vessie, il s'agit d'amener, à travers l'urèthre, son bout antérieur, d'arrière en avant; rien de plus simple : on introduit par le méat une sonde de moindre calibre, et l'on emboîte son bout vésical dans la sonde postérieure qu'elle entraînera dans le canal.

§ 4. **Uréthrorraphie.** — Toutes les fois que les tissus péri-uréthraux n'auront point été trop gravement meurtris, que la contusion même ou l'infiltration urinaire ne les auront point frappés de sphacèle, qu'ils paraîtront en un mot aptes à une réunion immédiate, on fera la suture primitive, seule capable de former vite un bon canal, d'accélérer la cicatrisation, de prévenir la suppuration des surfaces cruentes du périnée : la cause est désormais entendue. Un plan profond de points perdus au catgut ou à la soie rapprochera autour de la sonde les tissus juxta-uréthraux des deux bouts; car, à part les cas de plaie nette du canal, il serait bien malaisé de suturer exactement l'urèthre et rien que lui : Terrier et Championnière l'ont fait observer avec raison. Deux observations de Socin démontrent néanmoins la possibilité de cette uréthrorraphie circulaire, par des points comprenant toute l'épaisseur de la paroi, y compris la muqueuse. Un second plan de catgut affrontera la partie musculo-aponévrotique de la plaie; la peau et le tissu cellulaire seront cousus par un dernier étage. Quand les parties molles périnéales et péri-uréthrales seront suspectes de sphacèle ou d'infection, on s'abstiendra de la suture et l'on pansera à plat. — Quatre à huit jours au maximum, voilà les délais de séjour de la sonde à demeure : c'en est assez pour mouler le tronçon granulant de l'urèthre, et pour le préserver du contact urinaire, car après quarante-huit heures l'urine finit toujours par suinter entre les parois de la sonde et l'orifice dilaté du col vésical. Le lendemain de son ablation, on commencera à passer les Béniqué, qui vont assurer la canalisation stable de l'urèthre.

III

FAUSSES ROUTES

Les fausses routes sont des plaies contuses de l'urèthre produites par la sonde pendant le cathétérisme. Leur production se rattache donc aux difficultés ou aux incorrections de cette manœuvre opératoire. Dans un urèthre normal, il est difficile qu'un cathéter s'égare : « Tout chirurgien, dit J.-L. Petit, qui portera la sonde et la conduira avec douceur, l'introduira avec beaucoup plus de facilité dans la vessie; car, pour percer l'urèthre et faire un chemin nouveau, il faut employer beaucoup plus de force que pour écarter ses parois naturelles lorsqu'elles ne sont que pressées l'une contre l'autre; or, un chirurgien accoutumé à sonder sait comparer les résistances, et s'il s'aperçoit que celle qui se trouve au bout de la sonde n'est pas de nature à être aisément surmontée, il ne s'obstine pas à vouloir la vaincre ».

Il est des lacunes de Morgagni assez larges pour que l'extrémité d'une bougie ou d'une sonde conique puisse s'introduire dans leur cavité. « Quelquefois, nous dit Voillemier, la bougie glisse assez loin dans le tissu cellulaire sous-muqueux, mais ordinairement elle rentre dans l'urèthre après un court trajet de quelques