

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

millimètres; c'est à cet accident qu'il faut rapporter certaines pièces données comme des exemples de rétrécissement en forme de brides; ces brides ne sont que des bandelettes de muqueuse décollée. » — La région prostatique présente parfois des cavités lacunaires, orifices de glandes dilatés, sinus dont l'ouverture dirigée en avant peut accrocher le bec d'un cathéter. Chez les vieillards, à périnée flasque, l'urèthre mal soutenu est singulièrement dépressible au niveau du cul-de-sac bulbaire; le bout de la sonde risque d'y buter et d'approfondir la dépression. Chez tel prostatique, le cathétérisme, très régulièrement pratiqué depuis plusieurs jours, devient tout à coup impossible avec les mêmes instruments et suivant les mêmes règles: on est arrêté au-devant de la portion membraneuse; « il n'y a pas encore de fausse route, écrit Guyon, mais il existe déjà

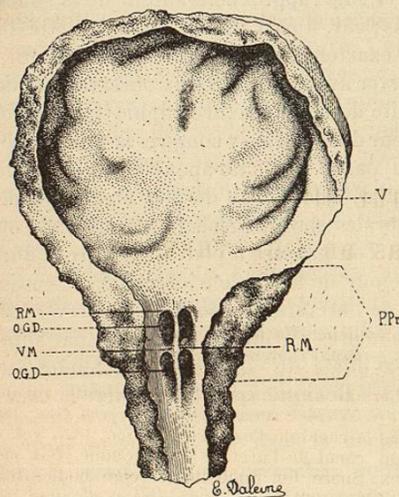


FIG. 188. — Sinus prostatiques correspondant à des orifices glandulaires dilatés, pouvant amorce une fausse route. (Guyon et Bazy.)

une fausse direction qui la prépare, et bientôt elle sera faite si l'on ne manœuvre pas de manière à éviter de plonger dans la dépression du cul-de-sac du bulbe ».

A l'état pathologique, les rétrécissements du canal et les déformations dues à l'hypertrophie prostatique sont les causes les plus fréquentes des fausses routes. Dans le cas de coarctations étroites, irrégulières, dures, à lumière excentrique, une bougie résistante, comme celles en baleine, peut vaguer à côté de l'entrée: avec les bougies souples, filiformes, avec les modèles tortillés ou en baïonnette doucement menés, cet accident est exceptionnel, et la main s'arrête devant la sensation de déchirure perçue. A l'époque du cathétérisme forcé, à la façon de Mayor, maintes autopsies, suivant à bref délai de brillantes opérations, ont montré le rétrécissement non franchi et une fausse route creusée de vive force en dehors du canal.

— Dans l'hypertrophie prostatique, c'est surtout lorsque le canal est fortement coudé par le développement du lobe médian, que le cathéter vient s'enfoncer à la base de cette saillie à pic et y percer un trou plus ou moins profond; le lobe moyen a été quelquefois tunnelisé de part en part.

L'hémorragie; la progression saccadée de l'instrument; son arrêt devant une résistance anormale; la douleur éprouvée par le malade: voilà des signes de la fausse route; l'index introduit dans le rectum contrôle la situation de la sonde. Un cas embarrassant est celui où, ayant engagé à fond le cathéter, et le croyant arrivé à la vessie, on ne constate aucun écoulement d'urine: cela tient parfois à l'occlusion des yeux de la sonde par des caillots; une injection les débouche et amorce l'évacuation.

Suivre avec le bec de la sonde la paroi supérieure du canal, c'est le plus sûr moyen de franchir sans accroc la fossette bulbaire, les sinus de la portion prostatique, les déformations du plancher uréthral par le lobe moyen. De là, l'utilité des sondes coudées, à bout relevé, et des instruments à grande cour-

bure: si l'on se sert de ces derniers, il faut, au moment où l'instrument se présente à la portion membraneuse, tendre fortement la verge et la bien attirer contre le ventre, avant le temps d'abaissement. Il est difficile de laisser l'instrument métallique en place, au delà de vingt-quatre heures; et cependant la sonde à demeure est la meilleure protection contre l'infection de la fausse route. Le cathéter de Julliard, qui permet de glisser, sur un conducteur métallique, une sonde à bouts coupés, rendra à cet égard de précieux services. Dans un cas de fausse route chez un rétréci, on aura recours aux artifices des bougies en vrille ou en baïonnette; si la sténose n'est point étroite, on pourra, après introduction d'une bougie armée de Maisonneuve, couler une sonde sur la tige conductrice vissée. Quand les difficultés de cathétérisme sont extrêmes, il ne faut pas violenter l'urèthre: on fera la ponction aspiratrice qui permettra de gagner du temps, mettra le canal au repos, décongestionnera la vessie et permettra à la fausse route de commencer sa cicatrisation; à deux ou trois jours de là, le sondage pourra devenir facile.

### CHAPITRE III

#### CORPS ÉTRANGERS DE L'URÈTHRE

DIEFFENBACH, Ueber fremde Körper in der männlichen Harnröhre. *Casper's Wochenschr. für die ges. Heilkunde*, 1841, p. 681, und 1845, p. 7. — BOINET, Mémoire sur un procédé nouveau pour l'extraction des corps aigus introduits dans l'urèthre. *Journal des connaiss. méd.-chir.*, 1847, t. II, p. 145. — E. GURLT, Bericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie, 1859, p. 282, und 1862, p. 357. — STUBBS, *Med. Tim. and Gaz.*, 1860, vol. I, p. 471. — E. SÉGALAS, Sonde brisée dans le canal de l'urèthre d'un homme. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1868, n° 4, p. 47. — J.-C. HODGEN, Snare for removing foreign bodies from the urethra. *St-Louis med. and surg. Journal*, 1868, p. 501. — B. HOLT, *Lancet*, 25 June 1868, p. 784. — E. MASON, Stricture of the urethra; Breaking of a bougie in the urethra. *Amer. Journal of med. sc.*, 1869, vol. LXIII, p. 591. — TICIER, Épingle engagée dans l'urèthre d'un enfant de sept ans, extraction par le procédé de M. Boinet. *Union méd.*, 1878, n° 68. — KOCH, Extraction einer Haarnadel aus der Urethra. *Zeitschr. für Wundärzte und Geburtshelfer*, 1871, n° 4. — E. WATSON, Successful extraction of catheter broken in the urethra. *Glasgow med. Journal*, nov. 1871. — E. HAMILTON, Foreign bodies in the urethra and bladder. *Med. Press and circul.*, 24 April 1872. — BADSTÜBER, Fall von Extraction einer Haarnadel aus der Harnröhre. *Berl. klin. Woch.*, 1875, n° 20. — BANCROFT, Stricture of the urethra; extraction of a broken fragment of a gutta-percha bougie. *Bost. med. and surg. Journal*, 1875, vol. X, p. 206. — CAZAUX, Sonde métallique brisée dans l'urèthre, extraction. *Gaz. hebdom.*, 1875, n° 42. — LOUSTALOT et ANDANT, *Bull. de thérap.*, 30 nov. 1875, vol. LXXXV, p. 458. — REY, *Bull. gén. de thérap.*, 1875, p. 72. — TH. KOCHER, *Correspondenzblatt für schweizer Aerzte*, 1874, Bd. IV, p. 195. — E.-L. KEYES, *New-York med. Record*, 1<sup>er</sup> May 1875. — KRABEL, *Arch. für klin. Chir.*, 1879, Bd. XXIII, p. 641. — CHR. YOUNG, An easy method extracting a broken catheter from the urethra. *Brit. med. Journal*, 3 June 1876. — J. MORAN, A piece of Kamptulicon floorcloth passed in the male urethra and retained; removal. *Lancet*, 22 déc. 1877. — WEINLECHNER, *Wiener med. Woch.*, 1878, n° 12-14. — C.-T. HUNTER, Foreign body in the urethra. *New-York med. Journal*, 1879, p. 167-169. — NOTTA, *Année méd.* Caen, 1878-1879, p. 6. — F. SCHWENINGER, Ueber Fremdkörper in der männlichen Harnröhre. *Aerztl. Intell.-Bl. München*, 1879, p. 211-215. — J. TERRY, A large knot drawn through the male urethra. *Saint-Louis med. and surg. Journal*, p. 246-248. — A. FISCHER, *Wiener med. Woch.*, 1880, n° 54. — J. NAUGHTON, Case of needle in the urethra extracted through posterior wall. *Edinb. med. Journal*, 1880, vol. XXVI, p. 495. — PONCET, Corps étranger de l'urèthre. Fistule uréthropénienne, uréthrorraphie. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1880, p. 434, 442. — STEELE, Extraction of foreign body from the prostatic portion of the urethra. *Brit. med. Journal*, 22 May 1880,