

placés. Plus tard, la rétention d'urine est due généralement au gonflement inflammatoire des parties blessées elles-mêmes. Une autre conséquence est l'épanchement d'urine dans les tissus voisins (**infiltration urineuse**). L'urine ne peut s'écouler librement au dehors que dans les cas où la plaie est béante, et l'écoulement est d'autant plus facile, que la plaie est située dans un point plus rapproché de l'orifice externe de l'urètre. Toutefois, même dans ces cas, si la blessure extérieure est plus petite que la plaie intérieure, si le trajet de la plaie est long et irrégulier, on peut observer néanmoins une infiltration d'urine. *Mais cet accident est particulièrement grave lorsque les téguments sont intacts.* Les phénomènes d'infiltration apparaissent au moment où le blessé cherche à uriner pour la première fois après l'accident. Il accuse alors tout à coup une douleur violente avec sensation de cuisson, et l'on voit survenir un gonflement diffus du scrotum, du pénis, de la face interne des cuisses, de la région de l'aîne et de l'hypogastre. La tumeur est rouge, tendue, très douloureuse; le tissu conjonctif subit rapidement la décomposition putride, la peau se sphacèle en un grand nombre de points, et l'urine mélangée de pus s'écoule au dehors par un ou plusieurs orifices. En même temps, on observe toujours les symptômes d'une **fièvre septique intense**. Si l'urètre au début était seulement le siège d'une forte contusion, il arrive parfois que l'infiltration d'urine n'apparaît que plus tard, lorsque le sphacèle des tissus broyés a été suivi d'une perforation au niveau de la lésion. Si la blessure n'intéresse que la muqueuse, les accidents qui en résultent peuvent n'être que de très peu d'importance, et consister d'abord simplement dans la formation d'une cavité remplie de pus et d'urine, c'est-à-dire d'un **abcès urineux**. Parfois aussi, la perforation de l'urètre n'est point suivie d'infiltration d'urine; c'est ce qu'on observe surtout souvent dans les cas de fausses routes, parce que celles-ci ont une direction opposée à celle du courant de l'urine, et possèdent à leur orifice une sorte de fermeture valvulaire. L'infiltration d'urine est d'autant plus étendue et d'autant plus grave, que la lésion de l'urètre siège plus en arrière au niveau du scrotum et du périnée. Elle peut se terminer mortellement par suite de son extension et de la fièvre septique intense qu'elle détermine. Dans la majorité des cas, les abcès urinaires putrides décrits plus haut, donnent lieu à des **fistules urinaires** au niveau du pénis, du scrotum, du périnée, de la face interne des cuisses, de la région de l'aîne, de la région hypogastrique.

Les plaies de l'urètre laissent aussi habituellement à leur suite des fistules. La formation de ces fistules s'accompagne de la cicatrisation de la plaie urétrale, laquelle entraîne, presque toujours, un rétrécissement, rarement une oblitération complète de l'urètre. Les strictures les plus graves succèdent aux déchirures et aux plaies transversales, tandis que les plaies longitudinales ne sont généralement pas suivies de rétrécissements.

§ 215. — Le **traitement des lésions traumatiques de l'urètre** doit avoir pour but d'empêcher l'infiltration d'urine au niveau de la blessure, et de prévenir ainsi les accidents fâcheux que nous venons de décrire, et leurs conséquences. Il peut se faire qu'il n'existe pas de rétention d'urine, que le malade ait déjà uriné; mais, même dans ces conditions, il est indiqué d'introduire une sonde du plus gros calibre possible, et de répéter le cathétérisme à chaque nouvelle miction, de façon à obtenir l'évacuation complète de l'urine. Si l'introduction de la sonde offre de grandes difficultés, on la laissera à demeure, suivant les règles formulées plus haut. La présence de la sonde provoque, il est vrai, toujours une inflammation plus ou moins forte, mais celle-ci est moins à redouter que l'infiltration d'urine, et l'on est surpris de voir avec quelle rapidité guérissent, sous l'influence de ce traitement, les plaies de l'urètre, même lorsqu'elles s'accompagnent de pertes de substance considérables.

Si l'on ne parvient à introduire la sonde d'aucune manière, même en ayant recours à l'anesthésie chloroformique, on y arrivera à l'aide d'une incision longitudinale, pratiquée de dehors et en dedans, sur le point blessé et imperméable de l'urètre, que l'on incisera largement; puis on introduira une sonde par la portion antérieure intacte du canal, et l'on cherchera à lui faire franchir la partie blessée et à la pousser jusque dans la vessie. Avant de pratiquer l'incision, on marquera le commencement de la portion oblitérée du canal, en introduisant, jusqu'à cet endroit, une sonde métallique ou un cathéter. Nous reviendrons sur cette opération (**urétrotomie externe**) à propos du traitement des rétrécissements et des fistules de l'urètre; *la difficulté est de trouver l'orifice de la portion de l'urètre située en arrière de la plaie.* Si l'introduction de la sonde par le méat est impossible, on peut essayer de l'introduire provisoirement par la plaie jusque dans la vessie. Même dans le cas où cette dernière tentative viendrait à échouer, l'urétrotomie externe n'aurait pas moins rempli l'indication la plus importante du traitement, indication qui consiste à *donner à l'urine un écoulement au dehors et à empêcher, autant que possible, son infiltration dans les tissus.* Si celle-ci s'est déjà produite, on devra, au plus tôt, inciser largement les tissus enflammés, afin de limiter, le plus possible, leur destruction par gangrène et de prévenir ainsi les phénomènes graves, locaux et généraux, qui en sont la conséquence. De même les abcès urinaires circonscrits doivent être ouverts par une large incision. Les plaies à bords nets peuvent être souvent guéries rapidement par une suture faite avec soin. Les insuccès fréquents reconnaissent comme cause non pas le contact de la plaie avec l'urine normale dont l'innocuité a été maintes fois prouvée (G. SIMON, entre autres), mais bien les tiraillements dus aux érections qui sont presque inévitables.

Nous aurons à revenir plus tard, d'une façon particulière, sur les

fistules et rétrécissements qui succèdent aux lésions traumatiques de l'urètre.

Quant au **traitement interne** des malades atteints de **fièvre septique ou urétrale**, due à l'infiltration d'urine, et désignée aussi à tort sous le nom d'urémie, il devra consister dans l'administration de fortes doses de quinine (0.5 à 1.5), de salicylate de soude, d'alcool sous ses différentes formes, etc. Pour empêcher, autant que possible, que l'urine ne devienne alcaline, on fera prendre au malade soit des solutions d'acide chlorhydrique (0.5 : 100) ou d'acide phosphorique (1 : 100), soit des solutions aussi concentrées que l'on voudra, d'acide salicylique.

b. Corps étrangers de l'urètre.

§ 216. — Les corps étrangers de l'urètre peuvent provenir de la **vessie** (calculs vésicaux, calculs rénaux, fragments de calculs à la suite de la lithotritie), ou pénétrer de l'extérieur **par le méat urinaire**,

De petits cailloux, des aiguilles, des fragments de bois, des crayons, des fétus de paille, des épis de blé, des noyaux de fruits, des fragments de bougies, de sondes et d'autres instruments de chirurgie, pénètrent dans l'urètre par son orifice externe, puis le corps étranger est bientôt refoulé profondément par des manœuvres maladroites, telles que des tractions sur le pénis, qui ont pour résultat d'attirer en avant l'urètre sur le corps étranger, etc. Enfin, des concrétions se produisent autour de ce dernier comme centre ou bien des calculs urétraux se forment sur place sans cause appréciable.

§ 217. — Tous ces corps étrangers déterminent une série d'accidents d'autant plus graves que les corps en question sont plus volumineux, et ont une surface plus inégale et bosselée.

Les **troubles fonctionnels** peuvent aller jusqu'à une **impossibilité complète de la miction**.

Le corps étranger arrêté dans un point, provoque autour de lui le **gonflement**, la **suppuration**, l'**ulcération des tissus**, et **perfore la paroi de l'urètre pour arriver à l'extérieur**.

Il est rare que la guérison de ces fistules présente des difficultés; parfois on observe, dans la suite, des rétrécissements. Dans d'autres cas, le corps étranger s'enkyste dans un diverticule de la paroi inférieure de l'urètre. Souvent il pénètre dans la vessie et y devient le noyau des calculs vésicaux.

§ 218. — Il est rare que le jet d'urine suffise à chasser au dehors le corps étranger; le plus souvent on est obligé de l'extraire par voie opératoire. L'**extraction** présente d'autant plus de difficultés que le corps étranger est situé plus près de la vessie, qu'il est plus volumineux, plus

rugueux à sa surface et plus adhérent aux parois de l'urètre. Les corps étrangers arrêtés dans le voisinage du méat, peuvent être enlevés parfois simplement à l'aide d'une pince à pansements, d'une pince à dissection, d'une curette ou d'un instrument analogue. Pour les corps siégeant plus



Fig. 77. — Pince urétrale de Collin.

profondément, on a imaginé une série d'instruments particuliers, appelés **pinces urétrales**, parmi lesquelles nous conseillons celle de **COLLIN** qui possède, près de son extrémité, une seconde articulation (fig. 75).

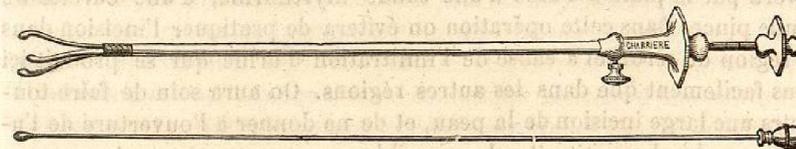


Fig. 78. — Pince urétrale de HUNTER à trois mors.

Un autre instrument aussi très employé est celui de **HALES-HUNTER**. Dans une canule d'argent est renfermée une tige mince d'acier formée de 2, 3 ou 4 branches faisant ressort et parfaitement polies à leur surface externe; ces

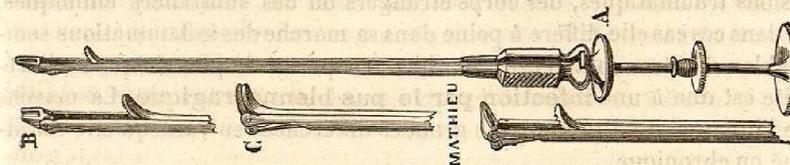


Fig. 79. — Instrument de NÉLATON pour les corps étrangers de l'urètre. — A, virole de la branche femelle. En l'attirant, on élève le mors mobile (B); en la poussant, on place le mors B transversalement. C, bec fermé.

branches s'écartent en vertu de leur élasticité, dès que l'on retire un peu la canule. Dans le même but, **SÉGALAS** a fait construire un instrument semblable au lithotriteur de **HEURTELOUP**, mais de dimensions plus petites. Pour les calculs enkystés complètement ou en partie, on peut se servir de la curette de **LEROY d'ÉTIOLLES**; celle-ci consiste en une tige droite, aplatie, parfaitement lisse, dont le bec taillé en forme de cuiller s'articule par une charnière avec le corps de l'instrument et peut être fixé par une vis adaptée à l'autre extrémité. On fait glisser l'instrument au-delà du corps étranger, puis on