

sent être introduits fermés dans le rétrécissement; par conséquent, ce dernier doit pouvoir laisser passer une bougie n° 7 à 9 ou même un numéro encore plus fort.

Un **second procédé de dilatation forcée** des rétrécissements perméables a été conseillé par MAYOR, BOYER, BUROW, PITHA; il consiste à rompre et à déchirer le rétrécissement par l'introduction d'un gros cathéter (cathétérisme forcé). Mais ce procédé qui demande beaucoup d'habileté de la part de l'opérateur, ne réussit pas ordinairement à rompre le rétrécissement. L'instrument fait le plus souvent fausse route; il contourne le point rétréci, et en arrière de ce dernier il rentre dans l'urètre pour pénétrer ensuite dans la vessie. Nous pensons que ce procédé qui souvent ne conduit pas au but, doit être absolument rejeté dans les rétrécissements perméables.



Fig. 91. Dilatateur de BERKLEY-HILL

Quel que soit le procédé employé pour la dilatation, on favorise volontiers l'opération par l'emploi fréquent de bains chauds ou de fomentations chaudes et humides.

§ 226. — La **cautérisation des rétrécissements** a été tout particulièrement conseillée et pratiquée par DUCAMP. On se sert dans ce but des porte-caustiques déjà mentionnés plus haut (fig. 80), ou mieux d'un galvano-cautére qui est encore plus efficace. MIDDELDORPF a fait construire dans ce but un cautére particulier recourbé et arrondi en forme de cathéter; ce sont deux demi-cylindres de laiton isolés par une lamelle d'ivoire; à son extrémité l'instrument porte une tige conique de platine, qui arrivée sur le point rétréci, peut être portée au rouge par la fermeture du courant. N'oublions pas toutefois que, de l'aveu de l'auteur lui-même, cette méthode n'est applicable que dans un très petit nombre de cas.

En général les rétrécissements dus à des végétations du canal sont les seuls qui soient justiciables de la méthode de traitement par les cautérisations.

§ 227. — Une troisième méthode de traitement des rétrécissements perméables est désignée sous le nom d'**urétrotomie**. La section de l'urètre peut être faite de dedans en dehors (**urétrotomie interne**) ou de dehors en dedans (**urétrotomie externe ou boutonnière**).

L'**urétrotomie interne** est pratiquée à l'aide d'instruments particuliers appelés **urétrotome**; la lame cachée de l'instrument est introduite soit jusqu'au devant, soit jusqu'au delà du rétrécissement, et divise ce dernier d'avant en arrière ou d'arrière en avant ou successivement dans les deux directions. Nous avons fait dessiner quelques-uns des nombreux urétrotomes qui ont été inventés (fig. 92 à 97).

Après l'opération on introduit une sonde d'un gros calibre pour s'assurer que la section a été suffisante, et dans les premiers jours on pratique le cathétérisme chaque fois que l'exige l'évacuation de la vessie.

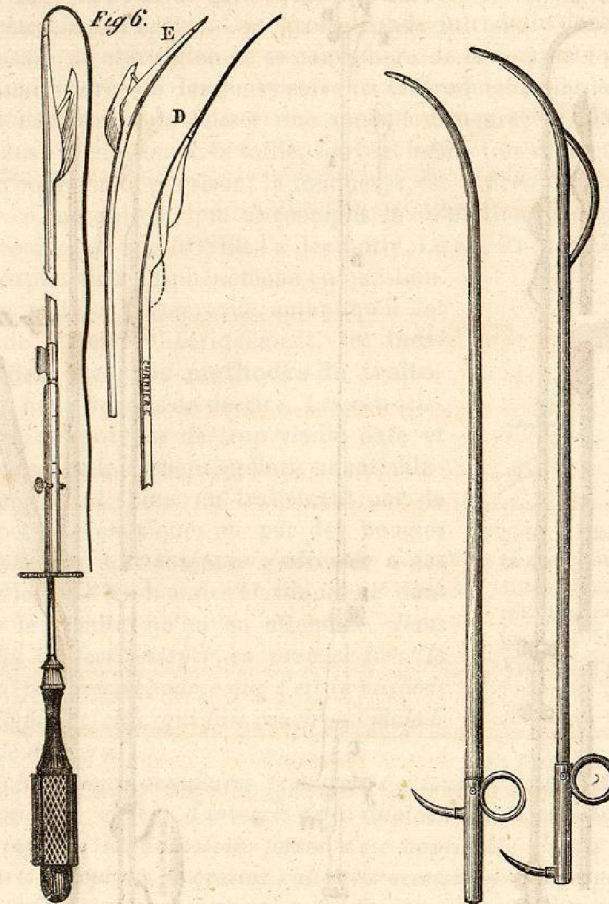


Fig. 92. — Urétrotome de CHARRIÈRE. Fig. 93. — Urétrotome D'EBERMANN.
Droit muni de la bougie conductrice.
E Courbe avec lame sur la convexité.
D Courbe avec lame dans la concavité.

Plus tard on introduit des bougies tous les 2 ou 3 jours jusqu'à ce que la petite plaie soit cicatrisée. Pour expliquer la guérison par l'urétrotomie on doit admettre que dans les rétrécissements peu étendus, la petite incision longitudinale se trouve transformée en une plaie transversale grâce à la musculature de l'urètre; la cicatrice qui en résulte tend ainsi à subir la rétraction dans le sens longitudinal du canal.

Comme ROSER le fait remarquer avec raison, pour que l'on puisse espérer la guérison par l'urétrotomie interne, il faut que l'incision soit profonde, de façon que les bords de la plaie aient une tendance à s'écarter; les incisions superficielles ne sont d'aucune utilité.

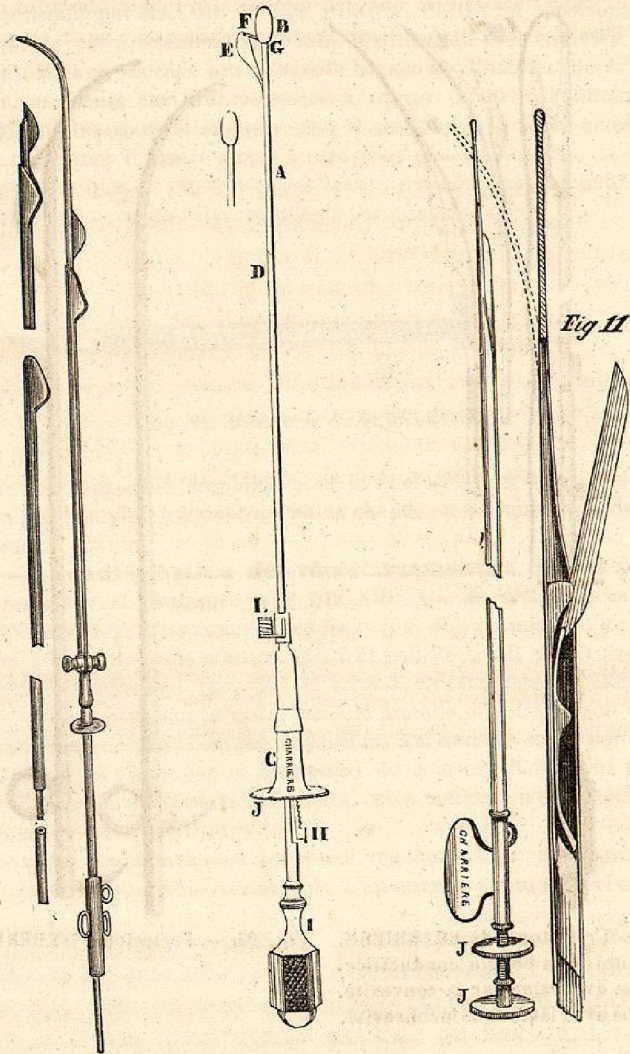


Fig. 94. — Urétrotome de ROSER. Fig. 95. — Urétrotome de CIVALE. Fig. 96. — Urétrotome de RICORD.

L'urétrotomie externe, souvent pratiquée jusqu'au temps de DESAULT, fut rejetée par ce dernier, et ce n'est que sur les conseils de SYME et de SCHARLAU qu'elle a été, de nouveau, assez fréquemment employée. Le malade est placé dans la position de la taille périnéale,

c'est-à-dire les jambes fléchies sur les cuisses, et celles-ci fléchies sur le bassin et en abduction. L'opérateur se place entre les cuisses du malade, puis introduit jusqu'au-delà du rétrécissement un cathéter cannelé qu'il fait saillir sous la peau et sur lequel il incise les parties molles avec la portion rétrécie de l'urètre. Une grosse sonde introduite dans la vessie permet ensuite au chirurgien de se convaincre de la complète perméabilité du canal. On répète les jours suivants l'introduction de la sonde. Il n'est pas nécessaire de laisser une sonde à demeure; la plaie guérit comme dans l'opération de la taille, souvent même très rapidement.

Dans le cours de la guérison, la muqueuse est attirée vers la peau, et c'est par ce mécanisme que s'accomplit la dilatation permanente du point rétréci, ainsi que ROSER l'a démontré. La fig. 97 (de ROSER) nous fournit l'explication du phénomène en question.

Passons maintenant en revue, autant qu'il est possible de le faire théoriquement, les indications des diverses méthodes de traitement que nous venons de décrire. Les rétrécissements qui ne sont pas de trop vieille date et les rétrécissements anciens, relativement dilatables, se prêtent bien au traitement par de bonnes bougies élastiques ou par des bougies métalliques. On doit toujours s'adresser à ces dernières lorsque les bougies élastiques ne donnent pas le résultat qu'on en attendait. Dans tous les cas on devra essayer, en premier lieu, la dilatation progressive, parce que c'est la méthode la plus simple et celle qui fait courir au malade le moins de dangers.

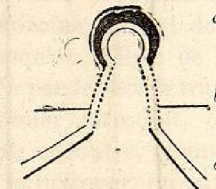


Fig. 97. — Mécanisme de la guérison des strictures à la suite de l'urétrotomie externe (d'après ROSER). — a) Urètre. — b) Parois de l'incision en voie de rétraction. — c) Périnée.

Les rétrécissements annulaires très courts et tous les rétrécissements valvulaires peuvent, en cas d'insuccès de la dilatation, être traités par l'urétrotomie interne; la dilatation forcée n'est applicable qu'aux rétrécissements courts dépourvus de grosses callosités accessibles à la palpation.

La cautérisation trouve surtout son emploi dans les rétrécissements dus à de petites tumeurs formées de tissu conjonctif de nouvelle formation (carinosités).

L'urétrotomie externe est indiquée dans les rétrécissements longs et non dilatables, ainsi que dans ceux qui présentent de grosses callosités; de même, encore, dans les rétrécissements courts dus à des cicatrices transversales, principalement à la suite de plaies par instruments tranchants; enfin, dans les rétrécissements compliqués de fistules et d'abcès, et dans tous ceux qui ne peuvent être franchis par des instruments.

Nous préférons dans tous les cas l'urétrotomie externe au cathétérisme forcé, à cause de la sûreté de son action, et parce qu'elle est moins dangereuse pour le malade.