

Pour la description des accidents qui succèdent parfois à l'introduction d'instruments et à l'urétrotomie, nous renvoyons le lecteur aux paragraphes se rapportant au cathétérisme et aux lésions traumatiques de l'urètre.

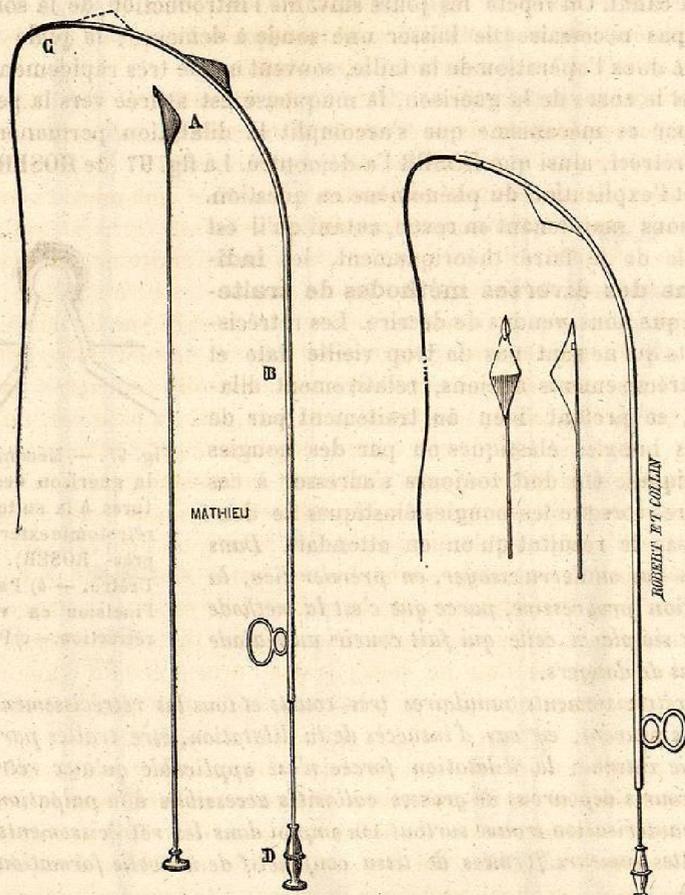


Fig. 98. — Urétrotome de MAISONNEUVE.
Lame suivant la convexité du conducteur.

Fig. 99. — Urétrotome de MAISONNEUVE.
Lame suivant la concavité du conducteur.

§ 228. — Dans les cas de strictures infranchissables entraînant une rétention complète d'urine, il s'agit, avant tout, de donner à celle-ci un libre écoulement, et en même temps de chercher à faire disparaître d'une façon durable le rétrécissement. Pour l'évacuation de la vessie distendue par l'urine, on se servait autrefois principalement de la ponction vésicale à l'aide d'un trocart. Le procédé de LAFAYE doit

être aussi considéré comme une ponction ; il consiste à introduire jusqu'au point rétréci une sonde à bout coupé, dans laquelle on fait passer un stylet cannelé que l'on pousse jusque dans la vessie. — Il en est de même du cathétérisme forcé qui, dans le cas le plus favorable, conduit dans la vessie par une voie complètement nouvelle.

Un procédé qui paraît plus convenable, bien que nous ne puissions le conseiller d'une façon bien spéciale, consiste dans la perforation du point rétréci par la cautérisation galvanique à l'aide de l'appareil que MIDDELDORPF a fait construire dans ce but.

La ponction proprement dite de la vessie peut être faite, en premier lieu, au-dessus de la symphyse pubienne à l'aide d'un trocart recourbé, ainsi que le conseillait déjà FRÈRE-COSME. La courbure de l'instrument est absolument nécessaire, car, ainsi que nous l'avons vu dans notre exposé anatomique, lorsque la vessie est vide, la portion de sa paroi antérieure qui n'est pas tapissée par le péritoine, et qui doit être perforée par le trocart, se trouve abaissée jusqu'au milieu de la symphyse. Afin que la vessie ne puisse être blessée par les bords tranchants de la canule du trocart, une fois ce dernier introduit, on se sert d'une canule interne arrondie à son extrémité ; en outre, comme on doit enlever la canule tous les 2 ou 3 jours pour la nettoyer, on aura à sa disposition une tige d'acier comme conducteur, et c'est sur cette tige que la canule sera enlevée, puis introduite de nouveau dans la vessie. Plus tard seulement, lorsque la voie artificielle sera plus facile à trouver grâce à l'infiltration inflammatoire de ses parois, on pourra se départir de ces précautions, ou bien introduire une sonde élastique par l'orifice de la ponction. On aura soin de se servir d'une sonde à large pavillon qui permette de la fixer convenablement à l'aide de bandelettes de toile ou de sparadrap. Si l'on ne veut pas que l'urine s'écoule d'une façon continue, on ferme la canule du trocart à l'aide d'un petit bouchon ou d'un robinet.

Par la canule à demeure on a aussi cherché à pousser une sonde de la vessie dans l'urètre, et BRAINARD a désigné ce procédé sous le nom de cathétérisme rétro-urétral. R. VOLKMANN s'en sert depuis quelque temps avec succès, et dans les cas difficiles de rétrécissements infranchissables, il a pu ainsi pratiquer et mener à bonne fin l'urétrotomie externe.

Les autres procédés, par ordre de difficulté croissante, sont la ponction par le rectum (FLEURANT), la ponction sous-pubienne à côté du ligament suspenseur de la verge, et la ponction à travers le périnée.

Lorsque le médecin se trouve à proximité de son malade, il n'est pas nécessaire de laisser la canule à demeure après la ponction. Il est bien préférable alors de pratiquer la ponction sus-pubienne à l'aide d'une canule fine, recourbée, dès que la vessie est distendue par l'urine, puis d'en aider l'évacuation avec l'aspirateur de DIEULAFOY, ainsi que LUCKE, entre-

autres, l'a conseillé à bon droit. Lorsque toute l'urine est sortie, on retire la canule et l'on renouvelle la ponction aussi souvent qu'il est nécessaire; d'ailleurs, cette petite opération n'est pas bien douloureuse et elle ne fait courir au malade aucun danger sérieux.

Mais dans les rétrécissements infranchissables, on devra préférer de beaucoup à la simple ponction, les procédés opératoires qui, à côté de l'indication de l'évaluation de l'urine, remplissent en même temps l'indication causale, qui est de mettre fin au rétrécissement. Ces procédés sont l'incision de l'urètre en arrière du rétrécissement, suivant la méthode de ROSER, et l'urétrotomie externe.

L'incision de l'urètre en arrière du rétrécissement, c'est-à-dire entre le point rétréci et la vessie, intéressera le plus souvent la fin de la portion membraneuse et le commencement de la portion prostatique, étant donné le siège habituel des rétrécissements, tel qu'il ressort de notre description antérieure.

Sur la ligne médiane du périnée on fait une grande incision, comprenant même le rebord anal, et l'urètre est mis à découvert dans le point correspondant et incisé assez largement pour permettre l'introduction du doigt. L'urine s'écoule alors librement, et elle peut être retenue volontairement dans la vessie, le sphincter ayant été ordinairement épargné par le bistouri de l'opérateur.

Par la plaie on pourra, soit immédiatement, soit plus tard, introduire une fine bougie dans le rétrécissement, ou bien, si l'on n'y parvient pas, on divisera le point rétréci de dehors en dedans sans conducteur, de façon à combiner l'opération de ROSER avec l'urétrotomie externe.

Dans les cas de rétrécissements infranchissables l'urétrotomie externe est une opération très difficile et parfois même inexécutable. L'incision doit être faite presque toujours au lieu d'élection des rétrécissements, c'est-à-dire au périnée, en arrière du scrotum. Le malade, profondément chloroformé, est placé, comme nous l'avons dit, dans la même position que pour l'opération de la taille; une sonde cannelée, introduite jusqu'au rétrécissement, est tenue solidement fixée par un aide qui maintient en même temps les bourses relevées. L'opérateur pratique alors exactement sur la ligne médiane une incision qui dépasse le rétrécissement de 1, 5 centim. dans les deux directions, et qui doit avoir, par conséquent, une longueur d'environ 4 centim.; puis, par des coups de bistouri bien réguliers, il pénètre dans la profondeur jusqu'à ce que l'urètre, tendu sur le bout de la sonde cannelée, vienne faire saillie dans la plaie. Les bords de l'incision sont maintenus écartés à l'aide de crochets et toute hémorragie est arrêtée par ligature ou compression avec des éponges. Puis il fait l'incision de l'urètre, et, au moyen de petits crochets pointus, il écarte les bords de la muqueuse divisée, tout en opérant de légères tractions dans différentes directions, dans l'espoir de trouver ainsi l'orifice du rétrécissement. L'opérateur

cherche alors à introduire par la plaie, dans la portion rétrécie, un fin stylet boutonné ou cannelé, une fine bougie ou même un crin de cheval, et s'en sert comme d'un conducteur pour diviser le rétrécissement. Puis la sonde cannelée introduite au début, est retirée et remplacée par une sonde d'argent du plus gros calibre possible, que l'on fait arriver jusque dans la vessie. Quant au traitement consécutif, il sera dirigé suivant les règles que nous avons formulées plus haut.

Mais il est des cas où l'on ne parvient pas à introduire la plus fine bougie dans le rétrécissement, et c'est alors que commence véritablement la difficulté, surtout si la partie rétrécie est entourée de masses de tissu cicatriciel en partie ramollies, disposées sans aucune symétrie, et creusées de cavités et de fistules. C'est dans ce tissu que l'opérateur doit aller à la recherche de ce qui reste du canal de l'urètre par des incisions faites avec précautions et en se tenant exactement sur la ligne médiane; si l'on ne réussit pas à découvrir ainsi la portion rétrécie du canal, on prolonge l'incision en arrière jusqu'à ce qu'on arrive au niveau de l'orifice postérieur du rétrécissement dans la partie saine de l'urètre. Il est rare que l'on éprouve quelque difficulté à trouver cet orifice, et parfois ce temps de l'opération est facilité par la sortie de l'urine (chez un malade opéré par nous, ce fut un petit calcul qui mit sur la voie). Dans d'autres cas, ce n'est qu'après de longues recherches que l'on parvient à découvrir l'orifice en question, et quelquefois même on ne réussit pas à le trouver. Il ne reste plus alors d'autre ressource que de découvrir et d'inciser la partie saine de la portion membraneuse ou la portion prostatique. On peut ensuite introduire une sonde métallique par l'orifice externe de l'urètre et la conduire jusque dans la vessie en la faisant passer le long des masses cicatricielles incisées, sans tenir compte de la partie rétrécie du canal qui n'a pu être retrouvée. Si l'on ne réussit pas à introduire la sonde, l'ouverture pratiquée dans la partie saine de l'urètre, sert tout au moins à préserver le malade de l'infiltration d'urine qui, sans cette opération, était presque inévitable. On peut même voir la guérison complète du rétrécissement s'opérer dans des cas où l'on n'est jamais parvenu à introduire une sonde. Il est bien difficile de prévoir toutes les difficultés que l'on peut rencontrer dans l'urétrotomie externe, et des règles ne peuvent être établies que d'une manière générale. Dans le traitement consécutif il n'est pas nécessaire de laisser la sonde à demeure (KOENIG); chaque fois que le malade a uriné, on lave la plaie avec des solutions désinfectantes, et l'on applique un pansement antiseptique. A partir du 8^e jour, on introduit tous les 2 ou 4 jours, par le méat, des bougies métalliques de plus en plus grosses.

Il arrive quelquefois que le conducteur ou la sonde pénètrent facilement dans la vessie après l'incision des masses calleuses péri-urétrales, sans que l'on ait eu besoin pour cela d'ouvrir le canal de l'urètre. Malgré l'avis contraire de DITTEL, nous pensons que l'incision de ce conduit est