

la poche; épongez, faites passer un courant de liquide antiseptique; en un mot, déterminez et nettoyez bien toute la région. Vous arriverez ainsi jusqu'à l'urèthre mis à nu, dont vous voyez nettement et pouvez étudier à loisir la solution de continuité.

C'est le moment d'introduire une sonde par le bout antérieur; c'est alors seulement qu'il faut s'en servir. Lorsque son bec arrive au niveau de la rupture uréthrale, vous le soutenez avec l'index et, en poussant doucement l'instrument, vous le voyez presque toujours s'engager de suite dans le bout postérieur.

Le résultat sera obtenu d'une façon d'autant plus sûre que l'opération aura été plus méthodiquement conduite et plus hâtivement exécutée, car il ne faut pas oublier son caractère d'urgence; c'est dans les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures qu'il faut opérer. Ajoutons que plus on attend moins est simple l'opération.

Parfois la recherche du bout postérieur est un peu plus difficile. Dans un cas, nous avons dû inciser longitudinalement le bulbe pour arriver à le découvrir. Mais ce qu'il importe de savoir, c'est qu'en réalité ce bout postérieur est toujours accessible et nous dirons même facilement accessible. On ne saurait, à cet égard, établir aucune comparaison entre l'uréthrotomie externe faite d'emblée, et la même opération pratiquée pour un cas ancien à travers un périnée épaissi, induré et plus ou moins déformé, telle en un mot que vous nous l'avez vu exécuter dernièrement sur deux malades de nos salles.

La sonde qui reliera les deux bouts doit, lorsqu'ils ne sont pas écartés, être introduite par le méat selon les règles ordinaires du cathétérisme; un doigt placé dans la plaie facilite la pénétration du bout postérieur. S'il y a grand écartement, vous avez la ressource de cathétériser d'abord le bout postérieur et de ramener ensuite l'instrument au méat par le bout antérieur. Une bougie armée est placée dans le bout postérieur; elle sert de conducteur à une sonde à bout coupé avec yeux latéraux, que l'on glissera dans la vessie, après avoir vissé à la bougie la tige métallique conductrice dont on fait usage pour placer la sonde après l'uréthrotomie interne. Une bougie conique olivaire passe par le méat, vient faire saillie dans la plaie, on l'invagine dans

la sonde, et on assure leur union par un point de suture. Il est alors facile d'amener la sonde au méat. Si la pénétration dans le bout postérieur offrait quelque difficulté on ferait usage de la sonde cannelée — stylet que j'ai fait construire depuis bien des années et dont je me sers pour l'uréthrotomie externe sans conducteur. En règle, il vaut mieux passer directement la sonde en l'introduisant par le méat. On ménage ainsi complètement l'urèthre; le risque d'augmenter la déchirure, de contusionner ses bords, est sûrement évité.

L'opération est donc facile; l'épanchement qui a refoulé l'aponévrose inférieure du périnée remplit et agrandit la large brèche dont nous venons de parler. Il vous livre une région toute disséquée et sert de guide. Dès que les couches superficielles ont été divisées, le sang épanché apparaît; enlevé, il permet de voir l'urèthre mis à nu. Le canal est au fond de la cavité dont il suit l'axe antéro-postérieur. Des écarteurs permettent d'examiner toutes les anfractuosités de la cavité, d'y porter des éponges montées. Il est possible de se rendre compte des dégâts des parties molles, de déterminer le degré de la déchirure de l'urèthre, de savoir si toute sa circonférence est atteinte, ce qui reste de sa paroi supérieure, lorsque la déchirure ne l'a pas complètement divisée. S'il arrive que vous ne puissiez pousser aussi loin vos constatations, il faut, et cela est toujours possible, se rendre compte du degré d'attrition des lèvres de la déchirure. De là dépend l'opportunité d'une réparation immédiate par la suture. Je dois vous signaler, pour être complet, la possibilité d'une hémorrhagie qui cédera à des lavages froids ou légèrement astringents. Et quand bien même elle serait plus abondante, quand elle nécessiterait la ligature d'une artère (transverse du périnée) ou le tamponnement de la plaie, n'est-elle pas bien autrement facile à arrêter que l'uréthrorrhagie exaspérée par des tentatives de cathétérisme?

L'uréthrotomie externe sans conducteur, pratiquée ainsi que nous venons de vous le dire, répond à tous les besoins du moment. L'étendue de l'incision, qui ne s'est arrêtée qu'après avoir mis l'urèthre à nu et ouvert toute la cavité traumatique, assure l'écoulement *direct au dehors* de cette portion d'urine qui filtre toujours entre la sonde et les parois du canal. Dès lors, la sonde à demeure, dont nous avons constaté l'insuffisance

lorsqu'elle est directement introduite à travers la cavité traumatique non incisée, fonctionne sans danger, et l'on pourra sans crainte la laisser en place tout le temps qu'on jugera convenable. Toutefois nous devons ajouter que son séjour ne nous semble pas devoir être prolongé au-delà de quatre à cinq jours. On pratiquera ensuite le cathétérisme dilatateur quotidien.

Peut-être serait-il prématuré, vu le petit nombre de faits publiés jusqu'à ce jour, de vouloir juger d'une façon définitive des résultats éloignés de l'uréthrotomie externe immédiate. Si nous ne tenions compte que des malades que nous avons revus, nous pourrions dire que l'opération assure la perméabilité ultérieure. Chez l'un de nos opérés, dont l'accident urétral remonte à septembre 1870, nous avons pu, ce matin même, passer devant vous l'explorateur n° 15, bien que, malgré nos recommandations, ce malade ne se soit jamais sondé depuis six ans. Chez un autre, opéré en 1872, c'est-à-dire depuis quatre ans, il a continué de se passer une bougie de temps à autre ; son canal se laisse librement traverser par un explorateur n° 17.

Ces faits sont d'autant plus instructifs que les malades couchés au n° 17 et 24 sont des exemples indiscutables de la gravité ultérieure des lésions traumatiques de l'urèthre abandonnées à elles-mêmes. Leur rétrécissement est infranchissable et leur vessie se vide imparfaitement ; ils sont sous l'imminence continuelle d'accidents infectieux.

Tout traumatisme de l'urèthre, quelle que soit son importance, conduit fatalement et rapidement à un rétrécissement serré et précoce ; les cas de déchirure étendue abandonnés à eux-mêmes ou traités par l'incision sans recherche des deux bouts, créent souvent des rétrécissements infranchissables. Les malades opérés primitivement conservent, au contraire, un urèthre facilement perméable, relativement large et suffisamment dilatable ; vous venez de vous en assurer. La diminution du calibre est cependant positive, et des cathétérismes d'entretien sont nécessaires. Pourrait-on affranchir ces blessés de toute chance de récurrence en complétant l'opération par une suture immédiate de l'urèthre ? Bien que notre programme se limite aux généralités, la question mérite d'être soumise à votre attention.

M. Noguès l'a examinée dans son excellente thèse¹. Les observations qu'il a réunies sont au nombre de 19. Elles prouvent, comme beaucoup d'autres, que la suture de l'urèthre et celle du périnée, même lorsqu'elles sont totales, ne font pas courir de risques et donnent de très satisfaisants résultats opératoires. Mais elles ne permettent pas d'affirmer sa valeur préservatrice dans les cas qui nous occupent. Cinq fois seulement, le succès thérapeutique a été durable. Il ne faut pas s'étonner que la réunion de tissus fortement contus ne puisse empêcher la constitution d'une cicatrice épaisse plus ou moins semblable à celles que nous observons après les traumatismes opérés sans suture.

Nous traitons, vous le savez, les rétrécissements traumatiques anciens par la résection de toute la virole fibreuse afin d'unir des parties vraiment saines. On pourrait donc se demander s'il ne conviendrait pas de faire d'emblée la résection des lèvres contuses de la déchirure. Mais qui peut en face d'une plaie contuse, quelle qu'elle soit, dire : où se fera et où doit-on faire la séparation du mort et du vif ?

Seul le principe de la suture me paraît devoir être accepté. Son indication sera subordonnée à l'état des bouts de l'urèthre et à celui du périnée. Lorsque des observations assez nombreuses nous fourniront des renseignements précis sur le degré du traumatisme de l'urèthre, des parties molles du périnée ; lorsque les malades auront été revus ou suivis pendant longtemps, nous pourrions juger la valeur des réparations immédiates. Nous les opposerons à ceux de la réparation secondaire et nous arriverons ainsi à savoir s'ils lui sont supérieurs.

Pratiquer immédiatement l'uréthrotomie externe sans conducteur, telle est, Messieurs, la conduite que nous vous engageons à suivre sans hésiter et d'emblée, en présence d'un cas grave de rétention traumatique ; telle est celle encore qu'il convient d'adopter en face des cas de moyenne gravité, pour peu qu'un mouvement fébrile, qu'un empatement périnéal suspect vous autorisent à soupçonner une infiltration urinaire commençante. Vous le ferez, suivant les circonstances, avec ou sans suture de l'urèthre ; mais vous n'hésitez jamais à opérer dès que vous en verrez l'indication.

¹ NOGUÈS, *De la réparation de l'urèthre périnéal*, 1892.

Cette règle de conduite est-elle encore applicable lorsqu'on se trouve en face d'une lésion uréthrale périnéo-bulbaire compliquée de fracture du pubis, quand la violence non épuisée sur les parties molles a rompu le plan osseux?

Nous croyons pouvoir répondre par l'affirmative. Sans doute, les difficultés sont grandes pour mener à bonne fin une opération aussi minutieuse que l'uréthrotomie externe sans conducteur, dans une région où les rapports anatomiques sont plus ou moins détruits; peut-être aurez-vous grand'peine à découvrir le bout postérieur. Si vous ne le trouviez pas, vous auriez du moins assuré les jours de votre malade en vous opposant, par une large et méthodique incision, à l'infiltration urineuse septique. Il vous reste d'ailleurs la ressource de faire le cathétérisme rétrograde après avoir ouvert la vessie par l'hypogastre.

III. TRAUMATISMES DE LA RÉGION MEMBRANEUSE. — Les conditions cliniques sont tout autres, lorsque la lésion de l'urèthre est due au déplacement d'un fragment dans les fractures du bassin consécutives à une violente pression, telle que celle qui résulte du passage d'une charrette pesamment chargée, ou d'un éboulement. Le siège et la nature de la lésion diffèrent de ce que nous avons vu se produire dans la chute à califourchon.

Ce n'est pas la portion périnéo-bulbaire, mais la portion membraneuse qui est atteinte; ce n'est plus la loge inférieure du périnée, mais la loge moyenne, qui est le théâtre des accidents morbides possibles.

L'urèthre est généralement beaucoup moins intéressé que dans la chute sur le périnée. La violence s'est épuisée dans la fracture et dans le déplacement des fragments. Le traumatisme uréthral n'est que tout à fait secondaire. Aussi, trouvons-nous le canal plutôt aplati, dévié, légèrement éraillé que franchement déchiré.

La différence des lésions anatomiques comporte une différence dans les indications thérapeutiques. Autant nous repoussions tout à l'heure le cathétérisme pour les traumatismes directs, autant nous en sommes partisan pour le cas présent.

Prenez un explorateur à boule; vérifiez où est l'arrêt;

cherchez à vous rendre compte de la nature et du siège précis de l'obstacle, puis essayez d'introduire une sonde. Choisissez à cet effet une sonde coudée, dont le bec puisse suivre exactement soit la paroi inférieure, soit la paroi supérieure, suivant que vous aurez affaire à une fracture des branches horizontales ou descendantes du pubis. Au besoin, une bougie armée, à courbure fixée par le collodion, pourra servir de guide à une sonde à bout coupé.

Si vous ne pouvez passer, il reste la ressource des ponctions hypogastriques ou de l'ouverture de la vessie. La cystostomie trouverait peut-être, dans ces cas, une indication légitime. A la fistulisation sus-pubienne, il faut cependant préférer, en principe, l'ouverture temporaire de la vessie destinée à permettre le cathétérisme rétrograde. Il est, en effet, nécessaire de prévoir la formation rapide d'un rétrécissement et d'assurer la perméabilité de l'urèthre.

En présence du traumatisme, la portion membraneuse n'échappe pas à la stricture. A cet égard, on le sait, bien qu'on l'oublie souvent, la blennorrhagie n'a sur elle aucune influence. Aussi les rétrécissements que l'on observe dans cette partie de l'urèthre sont-ils purement cicatriciels. En général, moins serrés que ceux de la région périnéale et plus faciles à franchir, ils peuvent être dilatés ou traités par l'uréthrotomie interne. Je la pratique alors sur la paroi inférieure, afin d'éviter le plexus de Santorini. On rencontre cependant des rétrécissements de cette espèce qui sont complexes, difficiles à franchir ou infranchissables. En voici un exemple:

Pris dans un éboulement de terre en 1870, X... n'eut d'abord que peu d'accidents urinaires, malgré une fracture du bassin; mais bientôt une infiltration d'urine se produisit, des fistules s'établirent, la miction ne se fit plus qu'incomplètement, les urines se chargèrent de pus, l'état général s'affaiblit, et finalement le malade, au moment de son entrée dans nos salles (novembre 1877), présentait le type complet de la rétention d'urine incomplète avec distension compliquée de cachexie urinaire. Malgré les difficultés créées par une ankylose de la hanche, malgré les déformations osseuses évidentes de la symphyse, nous essayâmes l'uréthrotomie externe sans conducteur. Nous ne pûmes trouver le bout postérieur, ou,

pour mieux dire, nous ne pûmes le reconnaître. Quelques jours après, le malade succombait aux progrès de sa cachexie. L'autopsie nous révéla une disposition tout à fait spéciale des parties. Au lieu de décrire sa courbe normale au-dessous et en arrière de la symphyse, l'urèthre, une fois engagé sous la symphyse, se relevait brusquement, venait s'accoler à la face postérieure du pubis par un tissu cicatriciel dense, puis, décrivant un coude brusque à sinus ouvert en bas, redescendait presque verticalement, pour atteindre l'orifice vésical placé en contre-bas. Il s'agissait d'un cas exceptionnel ; mais il est bien fait pour rendre compte des obstacles insurmontables que peuvent présenter les rétrécissements traumatiques anciens, compliqués de fracture du bassin.

Plus heureux dans d'autres cas, j'ai pu mener à bien l'uréthrotomie externe par le périnée. L'opération est pénible et assez aléatoire pour que j'aie dès longtemps reconnu que le cathétérisme rétrograde était indiqué lorsque le rétrécissement siège dans l'étage supérieur du périnée. Ouvrir la vessie par l'hypogastre pour trouver le bout postérieur, alors que l'on a affaire à un rétrécissement dans l'étage inférieur, me paraît ne devoir être accepté que très exceptionnellement. Recourir à cet artifice en présence des cas dont nous parlons me semble, au contraire, très conforme aux véritables indications du cathétérisme rétrograde.

DIXIÈME LEÇON

RÉTENTION D'URINE DE CAUSE MÉCANIQUE

Définition et division. — Compression de l'urèthre. — Obstruction du canal par un corps étranger. — Indications thérapeutiques tirées du siège : au col, dans l'urèthre profond, dans l'urèthre antérieur. — Calcul derrière un rétrécissement ; gravité possible de ces cas ; leur traitement. — Engagement de débris calculeux.

La rétention d'urine de cause mécanique est l'impossibilité apportée à l'émission des urines par une tumeur qui comprime l'urèthre ou par un corps étranger qui bouche sa lumière.

Deux ordres de causes peuvent donc, l'urèthre étant sain d'ailleurs, produire ce genre de rétention : les unes extra-uréthrales (compression), les autres intra-uréthrales (corps étranger arrivé de l'extérieur ou venu du réservoir vésical). Nous étudierons successivement ces deux espèces de rétention mécanique :

I. — LES CAUSES EXTRA-URÉTHRALES comprennent toutes les tumeurs péri-uréthrales, quelle qu'en soit la nature. Nous devons, en effet, au point de vue qui nous occupe, mettre sur le même rang les infiltrations sanguines périnéales, les déplacements osseux par luxation ou fracture, les tamponnements rectaux et vaginaux, le passage de la tête fœtale, les néoplasmes divers de l'excavation pelvienne. Dans tous ces cas, le mécanisme est le même : l'urèthre est plus ou moins dévié, ses parois sont plus ou moins fortement appliquées l'une contre l'autre.

Nous rapprocherons de ces faits la rétention qu'on voit si souvent apparaître à la suite des opérations pratiquées sur la marge de l'anus, bien qu'à vrai dire l'élément congestif et inflammatoire s'ajoute, d'une manière évidente, à l'action mécanique très relative, exercée par le pansement.

Le pronostic dépend tout entier, de la nature même de l'agent compresseur ; le libre cours des urines ne peut se rétablir que par la suppression de la cause.

Le traitement palliatif consiste dans le cathétérisme évacuateur pratiqué avec un instrument souple, capable d'obéir aux courbures anormales du canal et d'écarter doucement ses parois. Il sera toujours prudent de le faire précéder d'une exploration méthodique, elle vous renseignera sur le siège et la résistance de l'obstacle.

II. — LA RÉTENTION MÉCANIQUE DE CAUSE INTRA-URÉTHRALE donne lieu à des indications thérapeutiques plus complexes et plus intéressantes. Pour en triompher, il faut presque toujours recourir à des manœuvres délicates et, souvent même, user de ruse, si vous voulez nous permettre cette expression.

Pour décider de la conduite à tenir, il ne suffit pas d'avoir établi que l'on a affaire à une cause intra-urétrale, d'avoir reconnu que le corps étranger vient de l'extérieur ou qu'il est