

situé entre 0<sup>m</sup>,07 et 0<sup>m</sup>,11 depuis l'orifice du gland. La bougie introduite, on y visse la tige cannelée, et on la conduit dans la vessie. Les règles du cathétérisme rectiligne servent à traverser la courbure pubio-prostatique. Si l'on éprouvait trop de difficultés, à ce temps de l'opération, on se servirait d'un uréthrotome courbe. Aussitôt le rétrécissement franchi, on porte la lame et sa gaine à l'entrée du gland; on en saisit les tiges, *c, d* (fig. 529), à une distance égale à celle de la profondeur de la stricture, et on les fait glisser dans l'urèthre sur la sonde cannelée. Arrivée sur le rétrécissement contre lequel arc-boute sa gaine, la lame tranchante, poussée en avant, le traverse et le divise. Si la section en est complète, la gaine y pénètre facilement. En cas de résistance, la lame, retirée d'arrière en avant, coupe de nouveau le rétrécissement, après l'avoir fendu la première fois d'avant en arrière. Si plusieurs angusties se présentaient, la section en serait pratiquée de la même manière. Lorsque tous les obstacles sont vaincus et qu'il est devenu possible de parcourir librement le canal avec la gaine recouvrant la lame, l'opération peut être considérée comme terminée et l'instrument est retiré.

*Suites de l'opération.* A l'époque où M. Sédillot pratiquait ses premières uréthrotomies, il imitait l'exemple de M. Maisonneuve et laissait les malades uriner librement et à gros jets. Il fut frappé des accès de fièvre dont la plupart de ses opérés étaient atteints. L'un d'eux, débilité par des fièvres d'Afrique, eut des accidents de méningite assez graves. Les accès fébriles étaient souvent très-caractérisés, accompagnés de violents frissons et de sueurs, et donnèrent bientôt au chirurgien, par la similitude des symptômes, la conviction qu'il avait affaire à de véritables intoxications urinaires. Il fit quelques expériences comparatives et acquit promptement la certitude qu'en plaçant une sonde creuse dans la vessie, pour empêcher le contact de l'urine sur les plaies, on prévenait sûrement les accès de fièvre et les dangers de l'empoisonnement. Il avait sur les mêmes malades provoqué ou empêché à volonté les accès fébriles. La démonstration était complète. Ce fut une confirmation de la justesse de ses observations sur les accidents et même sur les cas de mort, reprochés à de simples cathétérismes. N'ayant jamais rien vu de semblable, il était porté à attribuer aux violences et aux déchirures uréthrales les prétendues complications sympathiques dont les auteurs spéciaux et les plus modernes invoquaient de fréquents exemples.

Ces faits furent soumis à l'Académie des sciences, et à partir de ce moment tous les chirurgiens se rangèrent à l'avis de M. Sédillot, et le confirmèrent en plaçant, d'après son conseil, une sonde creuse

dans l'urèthre après l'incision des rétrécissements. Sans doute on avait parlé, avant lui, du danger du contact de l'urine. Civiale et beaucoup d'autres en avaient fait mention; mais on attachait peu d'importance à de vagues assertions dénuées de preuve, tandis que sa démonstration expérimentale n'a plus laissé de doutes à ce sujet et a vaincu les oppositions.

L'emploi des sondes ou des bougies-sondes est donc indiqué après l'uréthrotomie et constitue un traitement préservatif d'une valeur considérable.

*Des guérisons immédiates, temporaires et radicales.* Quelques critiques ont vivement protesté contre le mot *guérison*, appliqué aux résultats uréthrotomiques, et ont même soutenu que la réapparition des rétrécissements est inévitable et constante. Ce sont là des querelles de mot qui ne méritent pas qu'on s'y arrête longuement. Lorsqu'un malade affecté d'une ancienne et douloureuse rétention d'urine, condamné aux plus dures privations de régime, d'exercice, de liberté, ayant la fièvre, menacé d'abcès et d'infiltration urinaire, se trouve instantanément débarrassé de son rétrécissement, urine largement, voit peu à peu tout danger disparaître, reprend sans inconvénient l'usage des alcooliques, d'une nourriture substantielle, et recouvre une existence toute nouvelle, comme vigueur, confiance et activité, n'est-il pas déraisonnable de nier sa guérison, par le motif que l'affection reparaitra? Deux ou trois années d'une santé excellente n'ont pas trouvé grâce devant ces négations malheureuses.

A ce compte, quels seraient les caractères d'une véritable guérison? L'impossibilité des récidives! De pareilles assertions ne se discutent pas.

Il ne faut pas sans doute méconnaître la grande loi pathologique des prédispositions. Nous connaissons des personnes qui ont été atteintes de vingt gonorrhées, aiguës, chroniques, traitées ou non traitées, s'usant, comme on le dit, et disparaissant par le seul bénéfice du temps, et malgré cela parfaitement indemnes de rétrécissements, tandis qu'une foule d'autres sont atteintes de stricture les plus graves, par suite d'une seule uréthrite.

Il est de toute évidence qu'aucun chirurgien ne s'imagine avoir fait un urèthre normal par l'incision. Les tissus indurés, fibreux, cicatriciels, n'ont pas été enlevés. Leur écartement a seul permis le passage de l'urine, et si une nouvelle muqueuse, revêtue d'un épithélium pavimenteux régulier, a couvert la plaie (voy. le mém. de M. Gaujot sur l'*uréthrotome*), les conditions restent cependant jusqu'à un certain point pathologiques et rendent la récidive probable si l'on ne prend aucune précaution pour l'éviter,

C'est en ce sens que les guérisons peuvent être temporaires ; mais on les rend aussi radicales que possible avec la précaution de maintenir le calibre de l'urèthre par l'introduction plus ou moins fréquente de grosses sondes dilatatrices, parmi lesquelles celles de Mayor tiennent justement le premier rang.

Chez un grand nombre de malades, opérés d'uréthrotomie depuis plusieurs années, la guérison se maintient au moyen de ces *cathétérismes de précaution*, auxquels quelques imprudents n'ont pas même toujours recours.

*Accidents et complications. Sections insuffisantes.* L'introduction d'une sonde ou d'une bougie-sonde dans la vessie, après l'uréthrotomie, montre quelquefois l'insuffisance de l'opération. Soit que les coarctations n'aient pas été assez profondément divisées, soit qu'une ou plusieurs aient été méconnues, la sonde ne pénètre pas. Le mieux est de réintroduire l'uréthrotome et de compléter la section des strictures.

Il arrive néanmoins que malgré la section complète des rétrécissements on éprouve des difficultés à faire pénétrer une sonde dans la vessie : aussi convient-il, pour éviter toute entrave, de se servir d'une sonde ouverte aux deux bouts, que l'on glisse sur la bougie conductrice laissée en place et dont la douille reçoit une tige métallique à la place de la sonde cannelée.

*Sections exagérées.* Si le chirurgien appuie trop fortement sur la lame de l'uréthrotome, en avant ou au niveau des bourses, il peut traverser les téguments ou dépasser la tunique fibreuse de l'urèthre et atteindre le tissu conjonctif scrotal. Dans le premier cas, la plaie est souvent très-difficile à fermer et réclame des sutures métalliques très-fines et très-rapprochées l'une de l'autre ; dans le second, l'urine s'engage dans le scrotum, le distend et le gonfle en forme de ballon, s'infiltré dans les parties environnantes et détermine des abcès gangréneux, des pertes de substance et des symptômes de résorption infectieuse. Un malade, auquel M. Sédillot donna des soins, eut plus de cent abcès, dont quelques-uns intra-musculaires, qui ne l'empêchèrent pas cependant de guérir.

Un chirurgien, voyant l'urine distendre le scrotum, eut immédiatement recours à l'uréthrotomie périnéale et prévint ainsi tous les accidents.

*Caillot sanguin intra-urétral. Hémorragie.* Avant l'usage des sondes, la miction était parfois arrêtée par la formation d'un caillot urétral volumineux, et l'on a cité quelques cas d'hémorragies assez abondantes. La présence de la sonde prévient ou combat facilement ces accidents.

*Bougie restée dans la vessie ou coupée par la lame de l'uréthrotome.* Il est arrivé à M. Sédillot de perdre la bougie conductrice dans la vessie, et c'est depuis ce moment qu'il a fait attacher plus solidement la petite douille dans laquelle se visse la sonde cannelée. Quoique le rétrécissement fût très-ancien et très-serré, il n'éprouva aucune peine à aller à la recherche de la bougie et à l'extraire (voy. *Gaz. hebdom.*, Paris 1858). Quant aux sections de la bougie, nous ne les avons jamais observées, et elles dépendraient de l'inexpérience de l'opérateur.

Les complications que nous venons de signaler ne sont pas imputables à l'uréthrotomie, mais au chirurgien.

Quoi qu'on fasse, on ne remplacera pas l'art par des procédés mathématiques, et il faut que les hommes de notre profession étudient les opérations et apprennent à en surmonter les difficultés, s'ils veulent en obtenir des succès.

*Résultats définitifs. Innocuité.* La Société de chirurgie a consacré de nombreuses séances à la discussion de l'uréthrotomie, et plusieurs de ses membres se sont dès l'abord montrés peu favorables à cette opération. Mais les faits rapportés, notamment par MM. Trélat et Perrin, ont fini par convaincre les plus incrédules.

Nous ne craignons pas d'affirmer que l'uréthrotomie bien faite est une opération sans danger. Les observations de M. Sédillot publiées en 1858 ; celles recueillies à sa clinique par M. Gaujot, avec une exactitude scrupuleuse et un grand mérite de vérité, de savoir et de précision ; les résultats de plus de cent uréthrotomies, pratiquées par lui depuis ce moment, et les faits plus nombreux encore rapportés par les hommes les plus compétents, confirment ce jugement. On a voulu obscurcir une question très-simple et chercher à méconnaître l'immense avantage de pouvoir attaquer immédiatement les rétrécissements les plus étroits *d'avant en arrière*. Ceux qui vantent encore les sections rétrogrades ou d'arrière en avant ne comprennent pas le progrès qui s'est accompli ; et l'uréthrotomie, telle que nous venons de l'exposer, n'eût-elle d'autres résultats que de rétablir facilement et rapidement le cours des urines, de permettre sans retard l'emploi des sondes dilatatrices et de rejeter dans l'oubli les mille uréthrotomes insignifiants et inefficaces dont l'art était encombré, aurait encore réalisé un des progrès le plus remarquables de notre époque.

**Uréthrotomie externe ou périnéale.** Les rétrécissements causent des dysuries et des rétentions d'urine, souvent compliquées de ruptures de l'urèthre, d'épanchements urineux, de gangrène, de fistules et de cystites etc. Les anciens opposaient à