

ces accidents la section du rétrécissement de dehors en dedans, sur un cathéter, un stylet, une bougie, ou même sans conducteur, lorsque les obstacles à l'introduction d'un instrument dans la vessie, ou seulement au delà de la coarctation, paraissent insurmontables. J. L. Petit a décrit, comme beaucoup d'autres auteurs, ce procédé sous le nom de *boutonnière*. Malgré le dédain et le mépris déversés sur cette opération par l'école de Desault et par beaucoup de nos contemporains, qui n'en avaient ni étudié ni compris les avantages, le célèbre professeur Syme (d'Édimbourg) a conseillé l'incision simultanée du périnée et de l'urèthre contre les rétrécissements non dilatables ou seulement fibro-élastiques, et ses succès ont été si éclatants et si nombreux, que sa méthode est devenue d'un emploi très-commun en Angleterre. M. Syme traverse le rétrécissement avec un cathéter d'argent d'un très-petit diamètre, et fend de dehors en dedans l'urèthre et les tissus morbides longitudinalement sur la cannelure de l'instrument. C'est une opération simple, facile, efficace, et généralement exempte d'accidents. Il est néanmoins de toute évidence que cette méthode appliquée à des rétrécissements simples doit être remplacée par l'uréthrotomie interne (voy. nos conclusions).

Le premier, en France, M. Sédillot a protesté contre la proscription de l'uréthrotomie périnéale par l'école de Desault, de Boyer, de Dupuytren, et il a montré que cette opération, pratiquée dans le cas de rétrécissements infranchissables, inaccessibles à l'uréthrotomie interne, ou compliqués de suppurations, de fistules etc., est parfaitement justifiée par la théorie et l'expérience, et rend les plus grands services.

Son mémoire sur ce sujet (*Gaz. méd. de Paris, 1854, Mém. sur l'uréthrotomie périnéale*) renferme quatre observations de succès obtenus en 1851 et 1852. Il serait inutile de reproduire ces faits, qui ont modifié la pratique chirurgicale au point que ce genre d'uréthrotomie est devenu d'un usage général et habituel.

*Uréthrotomie périnéale sur conducteur.* M. Sédillot a décrit deux procédés d'uréthrotomie externe, l'un sur conducteur, l'autre sans autre guide que les dispositions anatomiques. Le premier constituait une innovation très-importante à une époque où M. Maisonneuve n'avait pas encore découvert sa bougie conductrice. Aussitôt après cette introduction d'une bougie filiforme dans la vessie, on fendait le périnée sur la ligne médiane et, se guidant sur un gros cathéter porté jusqu'à l'obstacle et en indiquant le siège, on incisait de dehors en dedans l'urèthre au-dessus de la coarctation.

Les deux bords de la plaie saisis et écartés par de petites ériges, et le cathéter retiré, on aperçoit la bougie au fond de la division.

L'extrémité d'une sonde cannelée très-mince est alors appuyée contre la bougie, qu'elle pousse en avant en s'engageant avec elle dans la portion plus profonde de l'urèthre. Quelquefois la sonde cannelée glisse le long de la bougie et pénètre seule. Rien de plus facile, dans les deux cas, que de conduire la pointe d'un bistouri ou d'un ténotome sur la cannelure de l'instrument et de fendre le rétrécissement. On introduit sur la sonde cannelée laissée en place un stylet d'argent, et en écartant l'un de l'autre les deux instruments, on reconnaît aisément l'état de l'urèthre au delà de l'incision. Si ce canal est sain, sa distension et sa souplesse permettent d'y porter une sonde-bougie, dont l'entrée dans la vessie est suivie de l'écoulement de l'urine. Lorsque la coarctation n'a pas été entièrement levée, on en achève la section. Le reste de l'opération est assez simple. Après l'extraction de la bougie conductrice, dont la présence cesse d'être utile du moment où l'on est arrivé dans la poche urinaire, on place, dans cette dernière, une grosse sonde de caoutchouc pour en prévenir la distension, et calibrer l'urèthre pendant la cicatrisation et l'occlusion de la plaie.

L'introduction de cette sonde est parfois délicate et exige quelques précautions : l'extrémité de l'instrument ayant traversé le gland et la partie spongieuse du canal, et sortant par l'ouverture périnéale, avec de grosses pinces à pansement on saisit le corps de la sonde à cinq ou six centimètres de sa terminaison, on le courbe par une légère pression, et on l'engage entre les deux conducteurs d'argent restés dans la partie profonde de l'urèthre et écartés pour faciliter l'entrée et le passage de la sonde, que les pinces dirigent d'avant en arrière et de bas en haut. Cette manœuvre réussit toujours. Mais on peut également pousser entre les deux conducteurs métalliques (sonde cannelée et stylet simple) l'extrémité filiforme d'un petit gorgere fortement arqué (Civiale, Bœckel), sur lequel glisse la sonde pour se recourber et arriver dans la vessie.

M. Sédillot a essayé ce procédé sans succès. Follin, MM. Gosse-lin et Bourguet ont introduit le bout libre de la sonde vésicale dans le bout plus volumineux d'une sonde portée par le méat dans la plaie. En retirant cette dernière, on entraîne la première. Alquier (de Montpellier) se servait d'un bout de sonde intermédiaire pour établir la continuité des deux précédentes et appelait cette manœuvre *procédé à trois sondes*. M. Sédillot a fait construire une bougie terminée par un anneau allongé (voy. *fig. 643, C*), destiné à recevoir le crochet de la sonde B engagée par la plaie dans la cavité de la vessie. Il suffit alors d'introduire la bougie, qui est d'un petit diamètre, dans la verge, l'anneau en avant; dès que ce dernier est arrivé à la plaie périnéale et apparaît au dehors, on y place



le crochet de la sonde (A, fig. 643, grandeur naturelle), et repoussant dans le canal les deux instruments, l'un en arrière, l'autre en avant, pour en effacer la courbure, on retire la bougie. Celle-ci entraîne la sonde, que l'on assujettit au gland, dès qu'elle l'a traversé.

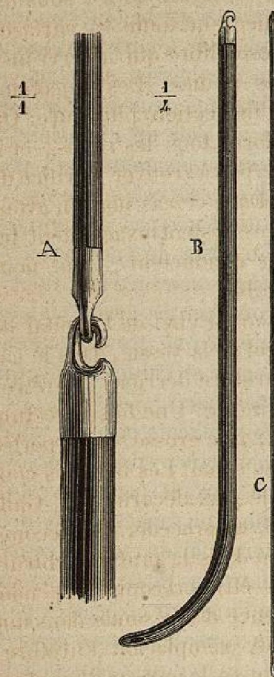


Fig. 643.

La section du bulbe, dont on s'était d'abord sérieusement préoccupé, n'offre aucun danger. On s'abstient de pansements, que nous considérons comme fort dangereux. Le malade est couché sur le dos, les cuisses fléchies et rapprochées l'une de l'autre, les jarrets soulevés et appuyés sur un traversin. Quelques compresses trempées dans de l'eau froide ou des lotions d'eau Pagliari suffisent à arrêter le sang, dont l'écoulement cesse presque toujours très-vite et spontanément.

Dans tous les cas où les incisions sont pratiquées avec netteté, où les tissus sont exempts de contusions et de violence, et où la sonde, chaque fois qu'elle paraît s'altérer, est changée par une main exercée, les malades guérissent très-heureusement et sans accidents.

*Uréthrotomie périnéale sans conducteur.* Ce second procédé est sans contredit un des plus difficiles de la chirurgie et s'applique aux cas où l'urèthre est complètement oblitéré ou atteint d'un rétrécissement infranchissable. Il faut alors diviser le canal sur le point de son oblitération, ou retrouver le pertuis du rétrécissement, fendre l'urèthre, en rétablir la continuité et porter une sonde dans la vessie. Selon les obstacles que rencontre le chirurgien, l'opération présente des indications diverses, que nous exposerons comme autant de modifications importantes du procédé primitif.

*Dispositions applicables aux cas où le canal est resté perméable à l'urine et où l'on parvient par la plaie périnéale à traverser le rétrécissement.* Les premiers temps de l'opération sont les mêmes que dans l'uréthrotomie sur conducteur; on incise l'urèthre au devant du rétrécissement sur la saillie d'une sonde arc-boutée contre l'obstacle, on saisit et on écarte les bords de la

plaie avec de petites ériges à crochets multiples, et on retire la sonde. C'est à ce moment que le chirurgien examine avec la plus grande attention la disposition de la plaie uréthrale qu'il a sous les yeux. La muqueuse est étendue et étudiée sur toute sa surface, dans l'espoir d'y apercevoir le pertuis resté libre qui a servi jusqu'au dernier moment à l'émission des urines. Des injections d'eau froide arrêtent le sang et rendent l'inspection plus sûre. On s'aide d'un stylet pour parcourir et explorer tous les replis, et il est extrêmement rare qu'on ne parvienne pas à trouver l'orifice de la stricture et à y engager l'instrument. Dans ce cas nous n'avons plus à décrire l'opération: les manœuvres restent exactement les mêmes que celles de l'uréthrotomie sur conducteur, dont nous avons précédemment exposé tous les détails.

*Uréthroplastie.* M. Gaillard, chirurgien en chef de l'hôpital de Poitiers, a donné ce nom à la section du col de la vessie, dans le cas où l'on n'est pas parvenu à découvrir l'urèthre derrière les rétrécissements mis à nu par une incision périnéale. Une fois le rectum fut fendu, et une autre fois laissé intact; une grosse sonde portée dans la vessie servait à refaire un nouveau canal. Les malades conservaient une fistule au périnée. Malgré le prix décerné à M. Gaillard par l'Académie de médecine en 1858, ce procédé, déjà recommandé par Vidal (de Cassis), et fort ancien dans la pratique chirurgicale, offre trop peu d'avantages pour être préconisé. Le nom est mal choisi et trop ambitieux. La présence d'une sonde dans une plaie peut déterminer un trajet fistuleux remplaçant l'urèthre, mais ce canal n'est pas refait et rétabli comme le mot *uréthroplastie* semblerait l'indiquer.

La présence d'une ou de plusieurs fistules périnéales n'augmente pas les difficultés opératoires. Ces trajets offrent au contraire de nouveaux moyens d'exploration, et le cathétérisme d'arrière en avant devient souvent un élément de succès.

*Procédé de M. Bourguet (d'Aix). Uréthrotomie collatérale.* Malgré les éloges et le prix décerné à M. Bourguet, par l'Académie de médecine, en 1862, nous ne croyons pas devoir accepter le nom de *collatérale* donné à une simple modification de l'*uréthrotomie périnéale*, telle qu'elle vient d'être décrite. Cette modification consiste à enlever en totalité le rétrécissement, dans le but de le remplacer par un canal de nouvelle formation. Cette opération est fort ancienne, et on pourrait en citer de nombreux exemples. Nous nous contenterons de renvoyer à la *Gazette médicale de Paris*, t. V, p. 299, 1837, où se trouve une observation de W. H. Robert, et à la *Gazette des hôpitaux*, 1859, pour un autre fait de M. Roux (de Toulon). Il nous paraît infiniment plus avantageux de conserver le