

canal normal, quelque rétréci qu'il soit, dans tous les cas où l'on parvient à le reconnaître et à le diviser. Si la stricture reste infranchissable et méconnue, le tissu fibreux qui s'y rencontre est peu apparent, ou il forme des nodosités considérables. S'il est peu apparent et peu épais, pourquoi l'enlever et produire sans raison une perte de substance? Il nous semble préférable de le fendre dans la direction de l'urèthre et de placer une sonde dans le fond de l'incision. Rien ne démontre que la surface d'une plaie, en partie formée par un tissu induré, soit moins bien disposée pour la reconstitution de l'urèthre que le tissu connectif, sain au moment de l'opération, mais nécessairement frappé de suppuration dans un temps très-court. Si des nodosités fibreuses sont volumineuses, comme M. Sédillot en a cité un exemple où il avait rencontré un calcul développé au milieu d'une anfractuosité fistuleuse du canal, l'excision des saillies inodulaires est de nécessité et ne saurait constituer un procédé.

Comment, en outre, appeler *incision latérale de l'urèthre* (uréthrotomie collatérale) l'excision totale du canal? Le nom donné à ce procédé et le procédé lui-même ne nous paraissent pas admissibles. M. Bourguet a publié quatre observations. Son premier malade, opéré par l'uréthrotomie externe ou périnéale en 1856, sortit de l'hôpital avec une fistule. Parmi les trois autres, traités par l'uréthrotomie collatérale, deux succombèrent, l'un le quinzième, l'autre le vingt-cinquième jour. Le dernier guérit. On voit qu'à défaut de raisons théoriques les résultats ne sont pas très-encourageants.

M. Gosselin, rapporteur, a supposé que les deux bouts du canal excisé pourraient se rapprocher et se réunir. C'est une opinion dont la démonstration est à faire; ce genre de guérison resterait toujours exceptionnel et ne mettrait pas les malades à l'abri d'un rétrécissement consécutif.

*De l'uréthrotomie dans les rétrécissements infranchissables, par oblitération du canal ou impossibilité de le traverser.* Si la stricture est ancienne et complète, l'urine s'écoule par une ou plusieurs fistules, ou par une canule introduite par ponction dans la vessie (voy. *Ponction vésicale*). Dans le cas où la miction s'accomplit encore goutte à goutte ou par un jet filiforme, nous supposons l'uréthrotomie externe pratiquée sans qu'on soit parvenu à découvrir le bout postérieur ou vésical du canal.

*Miction provoquée.* M. Bœckel a réussi plusieurs fois à déterminer l'écoulement de l'urine en comprimant la vessie par le rectum et par l'hypogastre. En cas d'insuccès on aurait recours aux procédés suivants.

*Suppression ou cessation de l'anesthésie. Miction volontaire.* Dans le but de faire saillir la partie postérieure de l'urèthre et d'en reconnaître le pertuis, on peut ne pas recourir à l'anesthésie ou en suspendre l'emploi.

Lorsque le malade a repris son intelligence et sa volonté, on l'engage à faire quelques efforts de miction. La distension du canal ou l'écoulement de l'urine deviennent des indices très-importants.

*Procédé de Vidal (de Cassis). Rechercher et fendre la portion prostatique du canal.* L'idée d'inciser le périnée et de chercher avec le doigt le bord antérieur de la prostate semble rationnelle, et Vidal s'en était fait le défenseur. Il paraît, au premier abord, assez facile d'arriver au col de la vessie, de fendre la portion prostatique du canal et de s'en servir pour porter une sonde, une bougie ou tout autre conducteur, d'arrière en avant, contre la stricture, que l'on traverse ou que l'on divise sur la saillie de l'instrument. Les faits ne confirment pas les avantages de ce procédé, et presque tous les malades ainsi opérés ont succombé. Tantôt on est arrivé dans la vessie en dehors du col, tantôt on n'a pas découvert l'urèthre ou il n'a pas été possible d'y engager l'instrument. L'urine s'infiltré, les plaies s'enflamment, et des infections gangréneuses à marche rapide emportent les malades.

M. Demarquay a repris cependant ce procédé, l'a plusieurs fois appliqué en commençant par une incision semi-circulaire au devant de l'anus, cherchant et découvrant la pointe de la prostate, et incisant un peu en avant la portion membraneuse de l'urèthre. Le chirurgien porte par cette incision un stylet ou une bougie d'arrière en avant, et arrive à soulever ainsi le bout postérieur du rétrécissement. M. Demarquay a pratiqué six fois cette opération, qui mériterait d'être préférée à la cystotomie sus-pubienne, si l'on se croyait certain de l'exécuter avec succès.

*Cathétérisme d'arrière en avant par l'intérieur de la vessie.* Après la ponction vésicale hypogastrique, on peut essayer de conduire une bougie dans l'urèthre en la portant au travers de la canule du trocart. Ce procédé, tenté sans succès par M. Sédillot, en 1852, lui réussit chez un malade dont M. Sarazin a publié l'observation (*Gaz. des hôp.*, 1864). L'extrémité de la bougie traversa la plaie périnéale et permit de reconnaître et de diviser le bout postérieur de l'urèthre, dont la continuité avec l'extrémité antérieure du canal fut rétablie et maintenue par la présence d'une grosse sonde de caoutchouc introduite par le gland dans la vessie.

*Cystotomie hypogastrique.* M. Sédillot conseille, depuis 1856, de ne pas hésiter à pratiquer la taille hypogastrique, dans le cas



où le passage d'une bougie par l'intérieur de la vessie a échoué et où l'on ne parvient pas à découvrir l'urèthre au niveau ou en arrière du rétrécissement. Si la ponction vésicale hypogastrique a déjà été faite, on s'aide de la canule du trocart, pour arriver dans la poche urinaire, et l'opération devient très-simple. Lorsque la vessie est intacte on agit d'après les règles ordinaires (voy. *Taille hypogastrique*), et on peut très-facilement diriger une sonde ou une algalie, par l'intérieur du col, jusque dans la plaie périnéale, où l'instrument soulève et rend apparent le bout oblitéré ou rétréci du canal. Le danger nous paraît infiniment moindre que celui du procédé de Vidal, et les nombreux succès de la taille, celui du docteur Augé, qui fendit la vessie au-dessus du pubis pour remédier à une rétention d'urine traumatique (*Union méd.*, p. 444, 1865), un autre plus remarquable encore que nous rapporterons à l'histoire des tumeurs prostatiques, ne nous laissent aucun doute à ce sujet.

La cystotomie hypogastrique a été pratiquée d'après ces vues par M. Bœckel, en 1868, sur un jeune enfant atteint d'un rétrécissement congénital. L'opérateur, n'étant pas parvenu à découvrir le bout postérieur ou périnéal de l'urèthre, fendit la vessie au-dessus du pubis, introduisit une sonde du col vésical vers le rétrécissement (cathétérisme rétrograde) qui fut alors divisé; le petit malade guérit parfaitement.

*Cathétérisme forcé.* Cette opération sera décrite lorsque nous parlerons des moyens à opposer à la rétention d'urine, mais nous pouvons déjà signaler les succès, fortuits sans doute, mais réels, qui en ont été obtenus. Un des effets des rétrécissements uréthraux est la dilatation du canal en arrière de l'obstacle. Une sonde conique peut dès lors surmonter la coarctation, tomber dans la portion élargie de l'urèthre et arriver facilement dans la vessie. Les dangers de ce procédé sont malheureusement très-grands, et la plupart des malades traités ainsi par Desault succombèrent aux plus redoutables accidents ou restèrent affectés de fistules et de dysuries incurables. Notre ancien collègue Robert avait proposé des cathétérismes forcés explorateurs, et nous sommes disposés à nous rallier à cette idée, malgré les difficultés et les dangers de semblables tentatives. On se servirait d'une sonde conique ou d'une sonde à dard, et après une sorte de ponction de la partie rétrécie, on essaierait l'introduction dans la vessie d'une fine bougie à extrémité olivaire, qui deviendrait conductrice d'un uréthrotome, en cas de succès.

*Cautérisation directe d'avant en arrière.* Dans quelques cas, où l'oblitération du canal dépendrait d'un mince diaphragme, il ne serait pas impossible d'y remédier par la cautérisation directe

avec le nitrate d'argent ou la potasse caustique. Ce serait une tentative peu dangereuse et l'uréthrotomie interne deviendrait praticable dès que la communication des deux bouts de l'urèthre serait rétablie. Ce procédé nous a plusieurs fois servi à l'introduction d'une bougie dans des rétrécissements perméables à l'urine, mais infranchissables aux instruments, et son succès ne nous paraît pas douteux dans les conditions spéciales que nous exposons.

*Écrasement. Râpüre.* A. Paré, après avoir conseillé de ramollir les carnosités du canal de l'urèthre, ajoute qu'en cas d'insuccès : « Alors les convient escorcher, et rompre avec une sonde ou verge de plomb, ayant un doigt près de son extrémité, plusieurs aspérités comme une lime ronde; et l'ayant passée dans la verge contre les carnosités, le patient ou le chirurgien la tirera, repoussera et retournera de côté et d'autre tant de fois qu'il verra à son avis être nécessaire pour comminuer lesdites carnosités, laissant fluer après assez bonne quantité de sang, afin de décharger la plaie. »

Ce passage a donné l'idée à Desruelles de déterminer la suppuration des rétrécissements de l'urèthre en y introduisant une véritable râpe, que nous avons fait représenter fig. 648. Cette râpe, de forme cylindrique et terminée en queue de rat, se continue, d'un côté, avec une tige que dirige le chirurgien, et de l'autre avec un stylet boutonné qui la précède dans le rétrécissement. Le mode d'action de l'instrument est facile à saisir. La râpe étant cachée dans le tube conducteur, on dirige celui-ci (fig. 649) sur l'obstacle. On pousse alors le stylet et la râpe au delà du tube, et on leur imprime les mouvements de va-et-vient destinés à écorcher et à détruire les tissus indurés. On procède ensuite à la dilatation du rétrécissement.

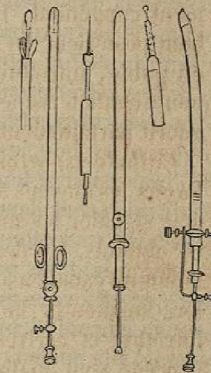


Fig. 644. 645. 646. 647. 648. 649.

*Appréciation générale.* Les rétrécissements de l'urèthre offrent entre eux de trop grandes différences pour qu'on puisse en juger les méthodes de traitement sans établir quelques divisions relatives à la nature, au degré et aux caractères de la lésion dont on veut obtenir la guérison. Nous maintenons sous ce rapport la classification que nous avons exposée, et nous examinerons successivement les procédés applicables à nos quatre classes de rétrécissements.

1° Les coarctations uréthrales peuvent être traversées et dilatées d'une manière durable, sauf quelques exceptions, proportionnellement peu nombreuses, dont nous avons composé nos trois der-