

nières classes. Si l'introduction des bougies et des sondes est difficile, on a recours : A, aux bougies olivaires, ou aux bougies coniques et effilées, tordues en tire-bouchon ; B, à l'anesthésie, si l'on suppose un état de contractilité spasmodique, et C, aux cautérisations directes d'avant en arrière, pour modifier l'état fongueux et irritabile de la membrane muqueuse. Dès qu'on est parvenu dans la vessie, on peut essayer la dilatation progressive de Desault, ou celle de Lallemand et de Béniqué, selon les indications. La première méthode, accusée de lenteur, est peut-être la plus courte, parce qu'elle met mieux à l'abri des accidents et conduit plus directement au but sans complications intercurrentes. Après la guérison, on recommande aux malades l'emploi des sondes de Mayor, introduites de temps à autre dans la vessie pour maintenir le diamètre de l'urèthre et prévenir les récidives.

2^o En cas de rétrécissement élastique assez comparable à un anneau de caoutchouc vulcanisé, cédant avec facilité à la dilatation, mais se produisant avec une rapidité désespérante, la dilatation brusquée et forcée et la cautérisation sont contre-indiquées. On peut essayer la dilatation permanente et graduée, combinée avec les topiques et les révulsifs ordinaires. En cas d'insuccès, on a recours à l'uréthrotomie interne.

3^o Les rétrécissements que l'on franchit sans pouvoir les dilater sont très-rare, et l'on parvient ordinairement avec les sondes coniques et les bougies en corde à boyau à en surmonter la résistance. Si l'impossibilité toutefois paraît absolue, on les incise. Les brides et valvules sont dans le même cas, et l'on peut quelquefois les diviser avec un bistouri étroit introduit par l'orifice du gland. La cautérisation ne nous paraît pas leur être applicable, mais la dilatation brusquée et forcée avec les instruments de Perrève, de M. le professeur Rigaud, les dilateurs de Holt, de Voillemier, engagés dans le canal à la suite d'une bougie conductrice, peuvent donner de très-bons résultats. M. Holt rapporte que sur 742 opérations de dilatation forcée, aucune n'a été fatale directement. Onze sujets ont succombé à des causes diverses. Dans quatre autopsies de sujets morts, le premier 4 jour, le deuxième 10 jours, le troisième 12 jours, enfin le dernier peu de temps après l'opération, on n'a pas trouvé de rupture du canal, et l'on n'a constaté qu'un peu de rougeur de congestion ou d'inflammation vers le point où avait siégé le rétrécissement. C'est là un fait si singulier qu'il y a lieu de croire à quelque erreur de l'observateur, les dilatations forcées, pratiquées expérimentalement sur le cadavre, donnant toujours lieu à une rupture longitudinale de l'urèthre. Quoi qu'il en soit, il est certain que la dilatation forcée, pratiquée avec un instrument précédé ou

non d'une bougie conductrice, peut donner lieu aux plus graves accidents : sans bougie conductrice, on est exposé à faire de fausses routes ; avec une bougie conductrice on n'en violent pas moins l'urèthre en écartant les valves de l'instrument dilatateur. M. Sédillot a eu l'occasion d'examiner les désordres produits de cette manière, sur quatre malades, qui avaient succombé dans l'espace de quelques jours à des ruptures très-étendues, compliquées d'infiltrations urinéuses et de gangrène. L'un d'eux avait été soigné à la clinique, et l'on n'était pas encore parvenu à passer des bougies, lorsqu'un confrère prit la direction du traitement, fit pénétrer une sonde dans la vessie, et opéra la dilatation brusquée et forcée. Quatre ou cinq jours plus tard le malade était mort ; on en fit l'autopsie, et l'on reconnut que le rétrécissement n'avait pas été traversé par la sonde ni par le dilatateur ; une fausse route de 0^m,08 de longueur avait été largement déchirée et avait causé tous les accidents par épanchement et infiltration d'urine.

Pour éviter les accidents, il faut, suivant M. Voillemier, procéder brusquement et en une seule fois à la dilatation ; les dilatations forcées, pratiquées en deux, trois ou quatre séances, comme des faisait Perrève, agissant sur des tissus enflammés par les opérations précédentes et devenus friables, n'ont pas l'innocuité de la dilatation pratiquée en une seule fois. Après l'emploi de ce procédé, comme après l'uréthrotomie interne, la dilatation par des bougies est le complément du traitement.

4^o Quant aux rétrécissements qu'on ne franchit pas, les seules ressources chirurgicales à y opposer sont : la cautérisation d'avant en arrière, le cathétérisme forcé, l'uréthrotomie externe ou périnéale. Cette dernière opération est la plus sûre, mais si l'on ne découvre pas le bout postérieur du canal, malgré sa distension par des efforts de miction volontaire, il faut tâcher de tirer parti de la canule hypogastrique laissée à demeure à la suite de la ponction vésicale, pour engager une bougie dans l'urèthre au travers du col de la vessie. Dans le cas où l'on ne réussirait pas et dans ceux où la vessie n'aurait pas été ponctionnée, la cystotomie sus-pubienne permettrait de sonder sans aucune difficulté le canal de dedans en dehors, et de pousser une bougie jusqu'à la plaie périnéale, où elle deviendrait un guide assuré pour le chirurgien.

POLYPES DE L'URÈTHRE.

Les hommes sont très-rarement atteints de ces polypes qui sont d'ordinaire formés par des végétations épidermiques simples ou

vénériennes. Cette affection est beaucoup plus commune sur les femmes, où elle siège au pourtour de l'orifice ou dans l'intérieur du canal. L'excision, la cautérisation, la dessiccation, le broiement, la compression sont des moyens de destruction, auxquels il faut souvent adjoindre un traitement spécifique.

CORPS ÉTRANGERS ET CALCULS ARRÊTÉS DANS L'URÈTHRE.

Des aiguilles, des épingles, des tubes de verre, des tuyaux de pipe, des allumettes, de petits bâtons de sarment, un cure-oreille, des épis et des tiges de graminées, un haricot, une noisette, des pois, de la charpie, des bouts de bougie et de sonde etc. ont été rencontrés dans l'urèthre. Le plus souvent on peut débarrasser les malades de ces corps à l'aide des moyens qui permettent l'extraction des calculs; cependant ils nécessitent quelquefois des manœuvres spéciales, pour lesquelles il est impossible de tracer des règles fixes et positives. Une longue épingle ayant été engagée et perdue dans l'urèthre, la tête en bas, on en poussa la pointe au travers des parties molles, et on en fit ensuite sortir la tête de bas en haut par le méat urinaire. Ce serait un exemple à imiter.

Dilatation de l'urèthre. Après avoir dilaté le canal à l'aide de bougies, de sondes d'un gros calibre, de morceaux d'éponge préparée, on recommande au malade de lancer avec force son urine pour chasser le corps étranger d'arrière en avant. Cette méthode, avantageuse chez la femme, ne donne des résultats favorables chez l'homme que dans les cas où les corps sont mobiles et d'un très-petit volume.

Extraction. Sabatier s'est servi d'une anse simple de fil d'archal pour extraire des calculs situés peu profondément; d'autres ont employé un simple crochet. Civiale et Leroy d'Étiolles ont imaginé des pinces dont les branches peuvent être rapprochées au moyen d'une vis transversale.

Si l'on ne réussit pas, soit parce que le calcul est trop solidement fixé, soit parce qu'il est profondément engagé, on a le choix entre la pince de Hunter et la curette articulée de Leroy d'Étiolles. Le premier de ces instruments (*fig. 650*) se compose d'une canule d'argent renfermant un mandrin terminé par deux branches élastiques. Cette pince, introduite fermée, s'ouvre par le retrait de la canule *a* sur la tige *b*; les deux branches devenues libres dilatent l'urèthre et saisissent le calcul. On pousse dès lors la canule sur les branches du mandrin, qui fixent la pierre et permettent d'en

opérer l'extraction. L'instrument de Leroy, droit ou courbe, suivant la partie du canal où l'on agit, est constitué par une branche de 0^m,20 à 0^m,25 de longueur, portant à l'une des extrémités une petite tige articulée et mobile *a* (*fig. 652*), que l'on peut couder à volonté, *b*, au moyen d'une vis de rappel *c*, en arrière du calcul, qui se trouve entraîné par l'instrument.

Broiement ou lithotritie uréthrale. Albucasis et A. Paré avaient entrevu la possibilité de broyer les calculs uréthraux, mais leurs instruments étaient trop imparfaits pour être adoptés. Aujourd'hui on en possède de très-ingénieux, parmi lesquels nous citerons principalement ceux d'Amussat et de M. Ségalas, fabriqués sur le modèle de l'instrument percuteur d'Heurteloup.

M. Dubowski a ajouté une fraise à l'instrument Leroy, *a, b* (*fig. 651*).

Incision. Quand tous les procédés dont nous venons de parler ont échoué ou ne paraissent pas applicables, il ne reste qu'à fendre l'urèthre sur le point occupé par le calcul.

Appréciation. Les divers procédés de brisement et d'extraction sont seulement applicables aux calculs ou aux fragments de pierre peu volumineux.

Si le corps étranger présente de fortes dimensions, la manœuvre instrumentale est impossible, et il faut recourir à l'uréthrotomie externe.

On peut diviser longitudinalement l'urèthre sans crainte d'intéresser le bulbe, comme dans la taille par le grand appareil ou taille médiane. Leroy d'Étiolles préféra dans un cas une incision médiane recto-uréthrale, n'atteignant ni la prostate ni le sphincter anal. Il survint de la gangrène et une fistule recto-uréthrale. Il vaudrait peut-être mieux, comme l'a proposé M. Demarquay, inciser en même temps la muqueuse rectale et le sphincter. Les urines et les fèces s'écouleraient alors avec plus de facilité, et l'on éviterait plus sûrement les infiltrations et les fistules. M. Demarquay a pensé qu'une incision courbe, comme celle de la taille bilatérale, conduirait très-facilement sur la prostate et rendrait aisée l'extraction. En commençant l'incision à 0^m,02 de l'orifice anal, on éviterait sans



Fig. 650. Fig. 651. 652.