

qui comportent seulement l'uréthrotomie externe; mais il en est quelques-uns pour lesquels l'uréthrotomie interne s'impose à l'exclusion des méthodes de dilatation. Ce sont les cas, rares du reste, où il existe une bride qui se laisse dilater, mais que la dilatation ne supprime pas. Pour que la guérison soit permanente, il faut que le malade, après la dilatation plus ou moins rapide du rétrécissement, se sonde pendant de longs mois. Or, quand il existe une bride, elle forme une sorte de valvule contre laquelle heurte la bougie et tel malade chez lequel on vient de passer facilement une bougie n° 20 ou 22, ne parvient pas à passer lui-même une bougie n° 12. Il faut supprimer la bride et pour cela l'uréthrotomie interne est une ressource à laquelle j'ai dû recourir chez trois ou quatre malades.

8° URÉTHROTOMIE EXTERNE. — L'uréthrotomie externe n'est que l'opération de la boutonnière appliquée à la guérison des rétrécissements. Suivant que l'introduction préalable d'un cathéter dans le rétrécissement a été ou non possible, on pratique l'uréthrotomie externe avec ou sans conducteur.

*Uréthrotomie sur conducteur. Procédé de Syme.* — Le chirurgien introduit dans l'urètre un cathéter cannelé, courbe, présentant une extrémité assez ténue pour pouvoir être introduite dans le rétrécissement. Cela fait, on pratique sur la ligne médiane une incision de 4 à 5 centimètres, on dissèque les parties molles jusqu'à ce que l'on puisse sentir le cathéter, après quoi, plaçant la pointe du bistouri dans la rainure, on sectionne le rétrécissement dans toute sa hauteur. On retire alors le cathéter, qu'on remplace par une sonde à demeure, et on laisse le bourgeonnement et le rapprochement des lèvres de la plaie reconstruire la paroi inférieure du canal.

*Procédé de Gouley.* — Lorsque le rétrécissement est un peu serré, il est impossible d'introduire le cathéter métallique de Syme; Gouley, de New-York, commence par introduire dans le canal une bougie filiforme de baleine, puis il l'engage dans un petit pont que porte l'extrémité libre d'un cathéter métallique, et il pousse ce cathéter jusqu'au rétrécissement. L'incision du périnée ayant conduit sur le cathéter, on introduit dans le bout postérieur du canal le bistouri de Weber (tome I, fig. 358), et l'on fait par la plaie du périnée une sorte d'uréthrotomie interne.

*Uréthrotomie sans conducteur.* — A peu près semblable à la

précédente, elle en diffère par la difficulté parfois considérable qu'on éprouve à trouver le bout postérieur de l'urètre.

Une sonde ou un cathéter cannelé est porté jusqu'au-devant de l'obstacle et fixé par un aide. Le chirurgien fait une incision de 4 centimètres environ sur la ligne médiane de la paroi inférieure de l'urètre, tombe sur l'instrument conducteur qu'il retire un peu; cherche ensuite la continuation du canal au fond de la plaie, pendant que le malade fait effort pour uriner, et tâche d'y glisser une sonde cannelée ou un stylet qui doit servir de conducteur pour prolonger l'incision au delà du rétrécissement; après quoi on place une sonde à demeure dans l'urètre, et sur cette sonde on réunit les deux bords de l'incision.

La difficulté de trouver le bout postérieur est quelquefois telle qu'on le recherche inutilement pendant un quart d'heure et plus. On doit par précaution recommander au malade de ne pas uriner quelques heures avant l'opération; alors, si on ne trouve pas le bout vésical on fait uriner le malade pendant qu'on a la plaie sous les yeux et il arrive ainsi qu'on découvre la partie du canal qu'on recherchait en vain.

J'ai employé dans mes dernières opérations une précaution que je ne saurais trop recommander, parce qu'elle m'a rendu les plus grands services. Aussitôt que j'ai ouvert le bout antérieur sur le cathéter, je passe dans chaque lèvre de l'incision uréthrale un fil de soie formant une anse et l'aide tirant sur ces deux fils fait bailler largement l'urètre. Au fur et à mesure que j'incise en arrière je place d'autres anses; j'ai ainsi des points de repère fixes et je ne crains pas de m'égarer comme cela est si fréquent sans cette précaution.

Pour éviter la difficulté qu'on éprouve à trouver l'urètre au niveau du rétrécissement, on a conseillé de faire en arrière du rétrécissement une ouverture à l'urètre sain. On porte alors un stylet d'arrière en avant dans l'urètre, à la rencontre du conducteur arrêté en avant du rétrécissement, et l'on sectionne la partie rétrécie, qu'on peut même exciser, ce dont on a voulu faire une méthode particulière. Une fois le bout postérieur reconnu et le rétrécissement incisé, rien n'est plus simple que de faire passer une sonde dans la vessie et de la ramener jusqu'au méat. Il me paraît inutile de décrire les manœuvres pratiquées par Alquié et Gosselin, ou le gorgeret spécial imaginé par Boeckel. On place d'abord dans la vessie l'extrémité vésicale d'une sonde de caoutchouc; puis on introduit un stylet boutonné dans la partie antérieure du canal, du méat à l'incision, et on le fait saillir dans la

plaie. On y attache un fil, on retire le stylet qui entraîne une partie du fil; on attache solidement le pavillon de la sonde de caoutchouc à l'extrémité du fil pendant hors de la plaie et en retirant le fil la sonde se trouve placée.

Sedillot, au lieu de faire une seconde boutonnière en arrière du rétrécissement, a conseillé de ponctionner la vessie et de faire le cathétérisme rétrograde; c'est un conseil qui a été souvent suivi.

*Appréciation.* — L'uréthrotomie externe n'est pas une méthode de choix, mais de nécessité, elle est indiquée dans les rétrécissements anciens, calleux, durs, surtout dans ceux qui sont consécutifs à des ruptures de l'urètre ou qui sont accompagnés de fistules. Il faut autant qu'on le peut ménager la partie supérieure de l'urètre qui servira plus tard de trait d'union entre les deux bouts de l'urètre, réunis par un canal intermédiaire de nouvelle création. Sans cette précaution les deux bouts peuvent ne pas se continuer en droite ligne et rendre le cathétérisme ultérieur très difficile. Ce cathétérisme est d'autant plus nécessaire que la partie nouvelle du canal a une tendance extrême à se rétrécir.

L'uréthrotomie externe sans conducteur, c'est-à-dire la boutonnière, est conseillée par presque tous les chirurgiens français comme immédiatement indiquée dans les ruptures récentes de l'urètre. Je ne suis pas de cet avis. Si l'on opère, on le fait au milieu de tissus infiltrés de sang, l'on a une grande difficulté à trouver le bout postérieur, l'on s'expose à couper la paroi supérieure qui est restée intacte et à avoir plus tard un rétrécissement très difficile à guérir. Quant à moi, je fais la ponction sus-pubienne de la vessie avec le trocart courbe spécial, je place une sonde à demeure que j'introduis par la canule du trocart et j'attends ainsi quelques jours, pour laisser à l'inflammation le temps de se calmer et au sang le temps de se résorber. Rien ne presse puisqu'on est à l'abri de l'infiltration d'urine. Après quelques jours je tente le cathétérisme et il ne m'est jamais arrivé de ne pas pouvoir alors sonder le malade et placer une sonde à demeure. Cette sonde placée, on retire celle qui avait été introduite au-dessus du pubis. Il ne faut pas oublier que la ponction de la vessie est une opération sans gravité.

### VIII. — Des valvules prostatiques.

Chez un bon nombre de vieillards, et quelquefois aussi chez des adultes et des adolescents, le portion inférieure du col de la

vessie semble bouchée par une barrière transversale en forme de valvule qui dépasse de 2 à 3 centimètres le niveau de la paroi inférieure de l'urètre, et qui peut amener des rétentions d'urine, tantôt passagères, tantôt permanentes et rebelles. Si l'on dissèque ces valvules, tantôt on les trouve presque entièrement formées du tissu prostatique hypertrophié; d'autres fois, le tissu fibreux ou musculaire y domine, et Mercier les a distinguées en *valvules prostatiques* et *valvules musculaires*.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'on a lieu d'attribuer la rétention d'urine à une valvule de ce genre, on s'en assure à l'aide de la sonde à courte courbure de Leroy (d'Étiolles), ou de la sonde coudée de Mercier.

*Procédé d'exploration.* — L'instrument introduit dans le canal selon les règles ordinaires jusque près du col de la vessie, on sent

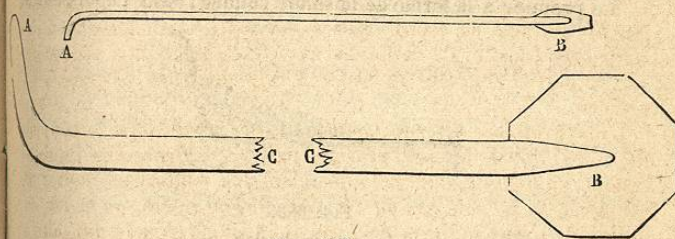


FIG. 682.

Sonde à bécquille.

alors que l'angle ou la courbure de l'instrument butte contre un obstacle; une pression modérée ne suffit pas pour vaincre cet obstacle; il faut abaisser fortement le pavillon entre les cuisses du malade, et l'on pénètre ainsi dans la vessie avec un léger soubresaut qui donne la sensation d'une résistance vaincue.

La sonde ainsi introduite, on tient sa tige à peu près parallèle à l'axe du tronc, et l'on attire son bec contre le col vésical, d'abord en avant, puis de côté et en arrière; en tirant l'instrument quelque peu à soi, le bec en avant, on lui fait repasser le col avec un petit soubresaut analogue à celui de son entrée; mais quand le bec est en arrière, c'est en vain qu'on exerce des tractions modérées, la valvule résiste: et cette double résistance au talon de l'instrument quand on le pousse en avant, à son bec quand on veut le retirer, est un indice à peu près certain de l'existence d'une valvule.

On a essayé de déprimer cette valvule, soit par la compression