

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

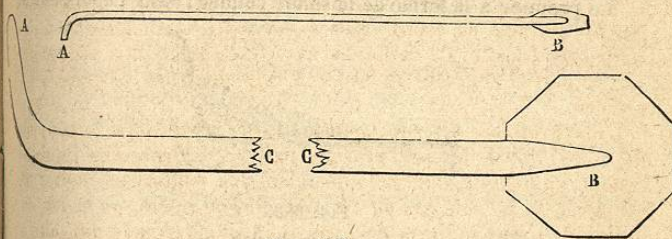


FIG. 682.

Sonde à béquille.

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

directe, à l'aide d'une sonde droite laissée dans la vessie, soit par la compression de dedans en dehors. Ainsi Physick introduisait une sonde portant à son extrémité un petit sac de baudruche; et quand celui-ci était dans la vessie, il y injectait de l'eau, et l'attirait ensuite dans le col vésical pour le dilater. Miquel (de Tours) est arrivé au même but à l'aide de cinq ou six fils de fer munis à leur extrémité d'un petit cône de plomb, introduits isolément dans la vessie, puis attirés tous ensemble, de sorte que les cinq ou six cônes réunis dilatent fortement le col vésical. Mais ce sont là des moyens d'une efficacité douteuse et qui ont dû céder la place à l'incision et à l'excision.

1° *Incision.* — Pratiquée d'abord par quelques chirurgiens anglais, mais régularisée surtout en France par Mercier, qui a imaginé, à cet effet, un assez grand nombre d'instruments.

Le premier a la forme de la sonde coudée; dans l'épaisseur de

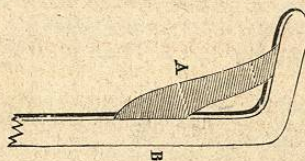


FIG. 683.

Inciseur de Mercier.

la tige (B fig. 683), tout près de l'angle de la courbure, se trouve une lame qu'on peut faire saillir à volonté de 2, 4 et jusqu'à 6 millimètres, sans que cependant sa pointe se dégage de l'épaisseur du bec. Quand elle est ouverte au maximum, son tranchant (A) représente une ligne qui partant de la tige à 15 millimètres de l'angle, irait tomber à peu près sur le milieu du bec.

On commence par faire une injection dans la vessie; puis l'instrument fermé étant introduit dans la vessie, on en tourne le bec directement en arrière et on l'attire jusqu'à la valvule. Arrivé là on le repousse quelque peu, d'une quantité égale seulement à la longueur de la lame, et l'on ouvre celle-ci à 4 millimètres, terme moyen. Il suffit alors de retirer l'instrument jusqu'à ce que son bec se trouve arrêté par le col de la vessie, pour opérer la section de la valvule, de son bord libre vers sa base. On peut cependant, pour plus de sûreté, faire exécuter à l'instrument un mouvement de va-et-vient, comme à un bistouri ordinaire.

Cet instrument agit assez bien quand la valvule offre une cer-

taine résistance; mais lorsqu'elle est lâche, elle fuit devant le tranchant de la lame. C'est pourquoi Mercier en a imaginé un autre, dont l'invention lui a été vivement disputée, et qui peut-être n'en valait pas la peine.

C'est une sonde à courte courbure (C, fig. 684), renfermant dans son talon une lame semi-elliptique, tranchant sur toute sa circonférence. L'instrument introduit comme le précédent on attire

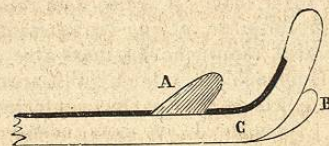


FIG. 684.

Inciseur de Mercier.

la lame à soi jusqu'à 15 millimètres en avant du talon (A), pour couper la valvule d'arrière en avant; puis on la repousse jusqu'à deux millimètres au delà du talon (B), pour couper d'avant en arrière, et l'on répète deux ou trois fois ce mouvement de va-et-vient.

Ce deuxième instrument agit sur la valvule d'une manière plus

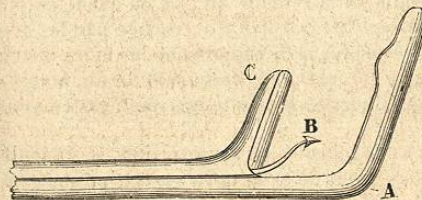


FIG. 685.

Exciseur de Mercier.

sûre; mais il est difficile d'arrêter son action au point désiré. Mercier lui-même a blessé le verumontanum; c'est du moins, dit-il, ce que je soupçonne avoir eu lieu dans deux ou trois cas où l'éjaculation cessa de se faire, encore que le sujet en éprouvât toutes les sensations... Il cite même un bien autre accident arrivé dans un hôpital à Paris, où l'autopsie fit voir que l'instrument avait pénétré dans la vésicule séminale gauche; et comme, d'un autre côté, plusieurs récidives survenues après l'incision donnent

à penser que les lèvres de la plaie se sont quelquefois réunies, il est revenu à l'excision.

2° *Excision*. — L'exciseur de Mercier est fabriqué sur le modèle du brise-pierre, par la réunion d'une branche mâle (A fig. 685), et d'une branche femelle (B), coudées à angle presque droit à leur extrémité. L'extrémité de la branche femelle est percée à jour; celle de la branche mâle est armée d'un rebord tranchant, à la façon d'un emporte-pièce, et une vis agissant à l'autre extrémité de l'instrument rapproche les mors avec assez de force pour découper un lambeau de la valvule qu'ils auront saisie. Mais l'expérience ayant appris que les parties centrales d'une valvule épaisse pouvaient s'échapper de ces mors, comme le noyau s'échappe d'une cerise qu'on presse entre deux doigts, l'auteur a ajouté une aiguille en forme d'hameçon (B), destinée à traverser la valvule pour l'empêcher de fuir.

L'instrument étant donc introduit fermé dans la vessie, on tourne son bec en arrière; on écarte les mors de 15 à 20 millimètres, et l'on retire doucement l'instrument à soi jusqu'à ce que la branche mâle ait été ramenée en deçà la valvule, dans la région prostatique. On s'assure que la valvule est bien comprise entre les mors, en imprimant à ceux-ci quelques mouvements de va-et-vient et de latéralité; on pousse alors l'aiguille à travers les tissus saisis, puis on la ramène un peu en avant, en même temps que la face vésicale de la valvule accrochée par les dents de l'hameçon. Il ne reste plus qu'à rapprocher les mors au moyen de la vis; les mors se ferment, en découpant le lambeau, et celui-ci est ramené au dehors en même temps que l'instrument.

Qu'on opère par incision ou par excision, il s'ensuit immédiatement un écoulement de sang qui s'amasse et se coagule dans la vessie. En général, il se modère rapidement, et au bout de deux, trois ou quatre jours au plus, l'urine reprend sa couleur naturelle. Il est bon, aussitôt la section opérée, d'engager le malade à rendre l'injection; si l'urine n'est pas trop chargée de sang, on peut être tranquille. Si le liquide ne sort pas, il faut introduire une sonde courbe de gomme élastique; si les caillots l'obstruent, essayer des injections modérées, ou des aspirations à l'aide d'une bonne seringue. On se garde d'ailleurs de placer la sonde à demeure; mais on laisse le malade uriner spontanément, ou l'on réintroduit la sonde chaque fois qu'il en est besoin. Vers le sixième jour, ou plus tard si l'écoulement du sang continue, on songe à exercer une certaine pression sur le fond de la plaie

pour empêcher la réunion de ses bords, en y passant de grosses sondes, jusque vers le vingt et unième jour, où la cicatrisation peut être regardée comme achevée.

Appréciation. — L'incision avec le premier instrument coupant trop peu, l'autre exposant à couper trop, et d'ailleurs les lèvres d'une section simple ayant toujours plus de tendance à se réunir, l'excision paraît à tous les points de vue préférable. L'incision, selon Mercier, convient mieux pour les valvules musculaires, l'excision pour les valvules prostatiques. D'abord le diagnostic qu'il a essayé d'établir entre ces deux sortes de valvules est fort hypothétique; il ne donne d'ailleurs aucun motif sérieux en faveur de l'incision pour les valvules musculaires, et finalement il conclut lui-même qu'elles peuvent être aussi bien opérées par l'excision.

IX. — De la rétention d'urine.

La rétention d'urine reconnaît généralement pour cause ou une affection de la prostate, ou une inflammation de l'urèthre, ou enfin un rétrécissement. On essaye avant tout de rouvrir la voie naturelle à l'urine, par le cathétérisme les injections forcées; sinon on lui procure une autre issue par la ponction de la vessie.

1° *Du cathétérisme simple*. — Il se pratique à l'ordinaire, avec une sonde très fine en cas de rétrécissement, avec une grosse sonde dans le cas de valvule ou d'irritation de la prostate, et en procédant essentiellement avec une grande douceur. Dupuytren engageait une sonde métallique jusque près du rétrécissement; et sans chercher à la forcer, la laissait à demeure en la fixant par un des moyens indiqués, de façon à exercer une pression d'avant en arrière avec le bec de la sonde. Sous cette pression, quelquefois le rétrécissement s'entr'ouvre et finit par laisser passer l'instrument; c'est ce que Guyon a appelé le *cathétérisme appuyé*.

J'ai dit plus haut comment, en cas de fausses routes, il fallait se comporter.

2° *Cathétérisme forcé. Procédé de Boyer*. — On se sert d'une sonde conique métallique et solide, de calibre moyen et d'une légère courbure, que l'on fait pénétrer doucement dans l'urèthre jusqu'au rétrécissement; alors le chirurgien porte profondément dans le rectum le doigt indicateur gauche, pousse derrière en avant la verge sur la sonde, et enfonce celle-ci suivant la direc-

tion de l'urèthre sans l'incliner ni d'un côté ni de l'autre, avec une force proportionnée à la résistance qu'il éprouve. Le doigt indicateur gauche, qui sert de conducteur, fait connaître si, en s'avancant, la sonde conserve la direction de l'urèthre ou si elle s'en écarte, et, dans ce dernier cas, de quel côté il faut la porter pour la ramener à cette direction. La profondeur à laquelle la sonde a pénétré, sa direction et la facilité d'en abaisser le pavillon, font présumer qu'elle est parvenue dans la vessie; alors on retire le mandrin, et si l'urine s'écoule, la présomption se convertit en certitude.

Il est superflu de relever tout le danger d'une pareille manœuvre, avec laquelle il est beaucoup plus facile de trouver l'urèthre à côté du rétrécissement que de franchir le rétrécissement. Roux, après Boyer, avait seul conservé parmi nous l'usage de la sonde conique; elle est aujourd'hui rentrée dans un complet oubli.

3° *Injections forcées. Procédé d'Amussat.* — Ce procédé est fondé sur ce fait, que le canal de l'urèthre n'est jamais entièrement oblitéré, et que la rétention complète provient presque constamment d'un bouchon de mucosités qui obture le rétrécissement, et qui, ayant sa partie la plus large en arrière, peut difficilement être chassé par l'urine en avant, tandis que rien n'est plus facile que de le repousser en arrière.

Le malade assis sur le bord de son lit, les jambes appuyées sur deux chaises, le chirurgien placé devant lui introduit dans l'urèthre, jusqu'au rétrécissement, une sonde de gomme élastique bien flexible, d'un petit diamètre, et ouverte à ses deux extrémités. Il adapte à cette sonde une poire de caoutchouc remplie d'eau tiède et dont le siphon offre une ouverture presque capillaire; puis serrant fortement l'urèthre sur la sonde avec l'indicateur et le médius gauches il comprime brusquement la poire avec la main droite pour en chasser le liquide. Le liquide lancé par un jet rapide contre le rétrécissement repousse le bouchon de mucosités en arrière; et presque aussitôt le malade, à l'aide d'un effort, peut évacuer quelques gouttes, ou même un petit jet d'urine. Si la première injection ne suffit pas, ce qui arrive souvent chez les vieillards, il faut en pratiquer une seconde, et d'autres si cela est nécessaire.

Ce moyen peut être rarement utile et il est dangereux sans une main exercée. Il ne faut pas perdre de vue que la vessie est déjà distendue outre mesure, et que d'après les lois de l'hydraulique le jet de liquide, si mince qu'il soit, agit avec une égale force sur

tous les points de cet organe; en sorte que, s'il était poussé avec trop de violence, il risquerait de rompre la vessie.

4° *Ponction de la vessie.* — Cette ponction a été pratiquée par quatre points différents. Lafaye, ayant à traiter Astruc d'une rétention d'urine attribuée à une tumeur de la prostate, porta par l'urèthre jusqu'à l'obstacle une sonde ouverte à ses deux extrémités, qui lui servit à pousser dans la vessie un poinçon triangulaire, remplacé par une sonde à demeure; il n'a pas eu d'imitateurs. La ponction par le périnée, la ponction par le rectum sont également abandonnées en France, et l'on n'y pratique que la ponction sus-pubienne.

Quand la vessie est fortement dilatée par l'urine, elle s'élève jusque près de l'ombilic, repoussant le péritoine au-dessus d'elle, et s'applique immédiatement par sa face antérieure contre la ligne blanche et les aponévroses des muscles droits et transverses de l'abdomen, en sorte qu'on peut la ponctionner dans une assez grande étendue sans risque de léser le péritoine.

On conseille généralement pour cette ponction le trocart de frère Côme, long de 11 centimètres environ, monté sur un manche taillé à pans, et offrant dans sa courbure une portion d'un cercle de 18 centimètres de diamètre. Pour moi, qui l'ai pratiquée assez souvent, je me suis le plus souvent servi du trocart ordinaire.

Le malade couché sur le côté droit de son lit, la tête et la poitrine un peu élevées, les cuisses légèrement fléchies, le chirurgien placé du même côté tend la peau avec le pouce et l'indicateur de la main gauche; et saisissant de la main droite le trocart, il le plonge perpendiculairement à l'axe du corps au bas de la ligne blanche, à 2 ou 3 centimètres environ au-dessus de la symphyse du pubis, jusque dans la vessie. Quand on a pénétré, on retire le poinçon et l'on évacue l'urine; après quoi la canule est retirée à l'ordinaire.

Si l'on craint que le cours de l'urine ne puisse se rétablir immédiatement, on fixe la canule autour du corps avec deux rubans attachés à son pavillon. On la laisse ainsi dans la vessie jusqu'à ce que le cours de l'urine soit rétabli, ou qu'on puisse introduire une sonde par l'urèthre. Il est plus prudent, en pareil cas, de remplacer la canule métallique par une sonde de gomme élastique de moindre calibre, qu'on glisse dans la vessie par le canal de la première. Il faut se garder d'appliquer un fausset sur la sonde, car, si l'on s'opposait à l'écoulement de l'urine, elle s'échappe-

rait de la vessie autour de la sonde et s'épancherait dans le bassin. J'ai eu recours plusieurs fois, et toujours sans le moindre inconvénient, à la ponction de la vessie; Verdet a même publié l'ob-

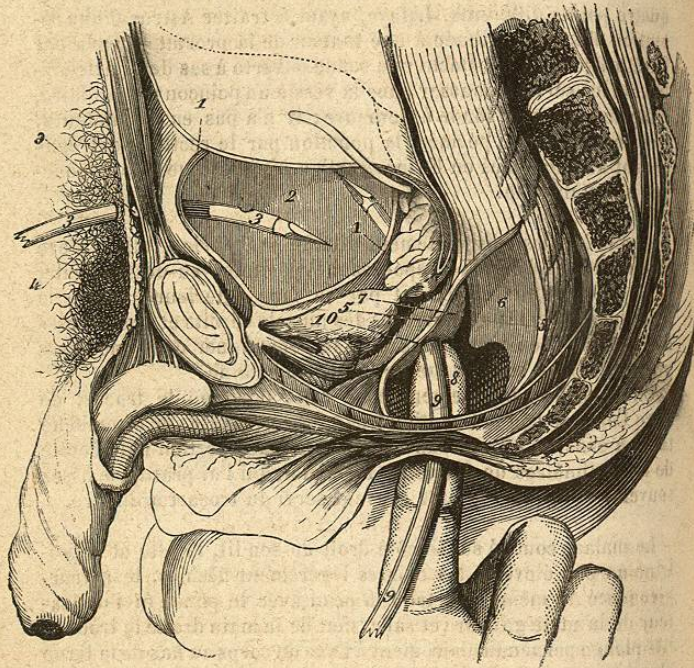


FIG. 686.

PONCTION SUS-PUBIENNE ET PONCTION RECTALE DE LA VESSIE.

1, parois de la vessie ouverte. — 2, cavité vésicale. — 3, trajet du trocart dans la ponction sus-pubienne. — 4, lieu de la ponction. — 5, parois du rectum ouvert. — 6, cavité du rectum. — 7, cloison recto-prostatique. — 8, doigt placé dans le rectum pour guider le trocart. — 9, trajet du trocart dans la ponction rectale.

servation d'un malade qui, après avoir ainsi usé de sondes de gomme élastique, ne pouvant plus uriner par l'urèthre, les avait changées pour une canule d'or, qu'il portait déjà depuis quatorze mois.

Lorsque les sujets sont chargés d'embonpoint, on a conseillé de faire avec le bistouri une incision traversant la peau et le pannicule graisseux, avant de plonger le trocart. C'est une précaution

toute théorique; si du premier coup le trocart n'a pas pénétré, on en serait quitte pour presser dessus un peu plus fort.

Appréciation. — J'ai dit ce qu'il fallait penser du cathétérisme forcé. Les injections forcées ne valent guère mieux. Je commence donc par essayer le cathétérisme, sans même insister trop longtemps sur ses essais, de peur d'irriter l'urèthre; et je passe immédiatement à la ponction de la vessie.

Amussat avait proposé d'ouvrir l'urèthre par une boutonnière un peu en arrière du bulbe, pour porter une sonde dans la vessie; puis, après avoir évacué l'urine, on aurait prolongé l'incision jusque sur le rétrécissement. La ponction est beaucoup plus sûre et plus expéditive, et laisse en outre le temps d'attaquer le rétrécissement par tous les moyens appropriés.

Un chirurgien anglais, Cock, a voulu réhabiliter la ponction par le rectum, qu'il a pratiquée cinquante fois et, dit-il, sans accidents. Il y a certainement un nombre considérable de ces opérations faites sans indications suffisantes. Quoique très partisan de la ponction de la vessie substituée à la boutonnière ou à des tentatives aveugles de cathétérisme, je ne l'ai guère pratiquée plus de dix fois. Lorsqu'il ne s'agit que de parer à une rétention qu'on suppose devoir peu durer, la ponction sus-pubienne avec le trocart aspirateur est le moyen qui doit être préféré.

X. — Fistules uréthrales.

Ces fistules diffèrent et par le siège et par la cause qui les a produites. Il y a des fistules *uréthro-rectales*, principalement à la suite de la taille recto-vésicale; des fistules *périnéales*, à la suite des tailles périnéales, ou d'une crevasse de l'urèthre en arrière du rétrécissement; des fistules *scrotales*, provenant principalement de cette dernière cause; et enfin des fistules *uréthro-péniennes*.

Une indication commune à toutes ces fistules est de dilater les rétrécissements, s'il en existe, et de rétablir la complète perméabilité du canal. On a conseillé ensuite de placer une sonde à demeure, que l'on débouche de temps à autre, afin que l'urine ne touche pas les parois du canal; la fistule, à l'abri de ce contact pernicieux, tend généralement à se fermer, et les callosités même à se fondre. Quelquefois cependant le col de la vessie dilaté par la présence prolongée de la sonde, laisse échapper quelques gouttes d'urine entre elle et le canal; on a conseillé, pour prévenir cet accident, de tenir la sonde constamment débouchée, afin que l'urine