

saillies prostatiques. De redoutables hémorrhagies, de graves accidents septicémiques ont fait disparaître ces instruments de notre arsenal chirurgical. Bottini en imaginant son protectome galvanique a beaucoup diminué sinon supprimé complètement les risques de la méthode recommandée par Mercier, Civiale et autres chirurgiens. Enhardis par les progrès de la chirurgie contemporaine, les opérateurs ont dans ces dernières années attaqué délibérément l'obstacle prostatique et l'ont extirpé soit par la voie péritonéale soit par la voie hypogastrique. Ce que nous avons dit à propos de l'extirpation des néoplasmes de la vessie touchant la préférence que l'on doit donner aux opérations par l'incision sus pubienne s'applique également à l'extirpation des saillies prostatiques et bien que l'attaque par le périnée ait donné des résultats satisfaisants à Harrisson et Thompson, nous pensons avec Edwards, Kœnig, que la voie hypogastrique offre à l'opérateur un champ plus libre aux manœuvres délicates que réclame la résection partielle de la prostate.

ART. V. — MALADIES CHIRURGICALES DE L'URÈTHRE.

LESIONS TRAUMATIQUES.

On peut diviser les lésions traumatiques de l'urèthre en lésions accidentelles produites, de dehors en dedans (plaies, contusions et ruptures) et les lésions produites de dedans en dehors, — *a.* pathologiques (produites par des calculs), *b.* chirurgicales (produites par des manœuvres malheureuses ou maladroitement, fausses routes), ou par un acte thérapeutique (taille, uréthrotomie).

§ 1. — Lésions accidentelles. — Plaies, contusions et ruptures de l'urèthre produites de dehors en dedans.

1° PLAIES DE L'URÈTHRE.

Leur division en *plaies nettes* et *plaies contuses* est d'une importance pratique capitale. Nous étudierons d'abord les premières. Les plaies nettes de l'urèthre sont rares en raison du peu de prise que l'urèthre offre au traumatisme lorsque la verge est flasque. A l'état d'érection elles seraient plus fréquentes.

Ces plaies peuvent être produites par des instruments piquants ou tranchants. Elles atteignent la portion périnéale ou la portion libre, et dans ce dernier cas, elles intéressent souvent les corps caverneux.

Les lésions produites par les piqûres sont simples et nous n'y insistons pas.

Les caractères des *coupures* sont variables. Car par rapport à la direction elles peuvent être *longitudinales*, *obliques* ou *transversales*. Eu égard au calibre de l'urèthre elles sont *incomplètes* ou *complètes*. L'urèthre à ces divers points de vue peut être, en raison de sa couche élastique, assimilé à une artère et on peut lui appliquer les mêmes considérations relativement à la forme et à la béance de la plaie.

Les symptômes des piqûres se réduisent à un léger écoulement du sang par la plaie ou quelquefois par l'urèthre, à une faible ecchymose, à une petite douleur. La miction n'est nullement troublée. La guérison spontanée est rapide et complète.

Les coupures donnent lieu à une hémorrhagie par la plaie et à l'uréthrorrhagie. Les troubles de la miction, l'écoulement de l'urine par le méat et la plaie varient suivant la direction et la profondeur de la solution de continuité. Exceptionnellement il peut y avoir de la rétention, qui survient alors quelques jours après l'accident.

Parmi les complications *primitives* susceptibles de se produire, nous signalerons : l'infiltration d'urine, accident rare consécutif à une plaie périnéale, et la production de fistule lorsque la plaie siège à la portion pénienne.

Les complications *consécutives* consistent surtout dans les rétrécissements de l'urèthre, que l'on observe principalement à la suite des plaies transversales.

Il est facile de reconnaître si l'urèthre est ouvert, mais plus difficile de savoir dans quelle étendue de son calibre ; c'est par la considération des anamnestiques et par l'observation des symptômes que ce point important pourra être résolu.

Bien traitées, les plaies de l'urèthre sont peu graves d'une façon générale, du moins immédiatement, car nous savons que les plaies transversales deviennent souvent sinon toujours la cause de rétrécissements.

Traitement. — Aucune indication spéciale à remplir pour les piqûres qui guérissent spontanément.

Les principes du traitement des plaies par instrument tranchant peuvent se résumer de la manière suivante :

1° *Plaies de la portion périnéale.* — L'indication formelle est de prévenir l'infiltration d'urine. Dans ce but, une première indication est de laisser la plaie ouverte et de ne rien tenter pour empêcher l'urine de passer. Tandis que certains auteurs conseillent l'établissement d'une sonde à demeure (Voillemier, Duplay), d'autres au contraire (Bouilly, Quénu, Picqué) en rejettent l'emploi. Nous n'hésitons pas à nous ranger à l'avis de ces derniers, parce que l'introduction de la sonde, toujours difficile, peut accroître les désordres ; parce qu'elle n'empêche pas l'urine de passer par la plaie, et que du reste cet écoulement de l'urine ne gêne en rien la cicatrisation des tissus. La plaie cicatrisée, l'emploi de

la sonde s'impose pour prévenir le rétrécissement, mais à ce moment le cathétérisme répété doit être préféré à la sonde à demeure.

2° *Plaies de la portion pénienne.* — Ici, comme il n'y a plus à craindre d'infiltration, mais une fistule urinaire, le traitement sera tout à fait opposé à celui du cas précédent. La plaie sera suturée et cette urétrorrhaphie est admise par tout le monde. L'utilité de la sonde à demeure est également discutée, mais la question est ici bien moins importante. Duplay, Voillemier prescrivent d'y avoir recours; Verneuil, Bouilly préférèrent le cathétérisme répété.

2° PLAIES CONTUSES, RUPTURES, DÉCHIRURES.

Ce sont là les traumatismes de l'urètre de beaucoup les plus fréquents et les plus graves. Ils ont suscité un très grand nombre de travaux dans ces dix dernières années. Le plus important est le rapport de Guyon à la Société de chirurgie sur le mémoire de Cras (1876). Nous citerons aussi la thèse d'agrégation de Terrillon.

Les ruptures de l'urètre doivent être étudiées successivement dans les portions périnéo-bulbaire, membraneuse, pénienne.

A. *Rupture de la portion périnéo-bulbaire.* — C'est le traumatisme typique et classique de l'urètre.

La rupture peut être due à un coup sur le périnée (coup de sabot d'une femme à son mari, Dupuytren), à une chute à califourchon (marins, charpentiers, ouvriers en bâtiment, cavaliers).

Le mécanisme en est discuté. D'après Velpeau et Franc, l'urètre viendrait se briser sur la face antérieure de la symphyse pubienne. C'est possible, mais rare d'après Cras, et il faut pour cela un corps volumineux ne pouvant s'enclaver dans l'ogive pubienne et une forte inclinaison du corps en avant empêchant le coccyx de supporter d'abord le choc. L'hypothèse de Cras et Guyon, vérifiée par les expériences de Terrillon, paraît plus vraisemblable. Un corps de petit volume s'enclavant entre les branches du pubis chasse l'urètre du côté opposé et vient le rompre sur la branche descendante.

Les caractères divers de la rupture sont autrement importants que son mécanisme.

C'est au niveau de la partie antérieure et moyenne du bulbe que l'urètre se rompt.

Reybard, qui a bien étudié le mécanisme d'attrition des tissus de l'urètre, admettait deux degrés : après lui Terrillon en a décrit trois à plus juste raison.

Premier degré. — Rupture intrapariétale ou interstitielle; seul le tissu spongieux est rompu, la muqueuse de l'urètre et l'enveloppe fibreuse du corps spongieux sont intacts.

Deuxième degré. — La muqueuse est rompue, mais la tunique du

corps spongieux est indemne, le foyer est en communication avec l'urètre, mais non avec le périnée.

Troisième degré. — La muqueuse urétrale et la tunique du corps spongieux étant rompues, le foyer communique à la fois avec l'urètre et le périnée.

La rupture est *incomplète* et il existe un point de muqueuse réunissant les deux bouts du canal, ou elle est *complète* et les deux bouts s'écartent plus ou moins et leur lumière est en partie effacée.

Pour Cras, Guyon, Terrillon, c'est le plus souvent la paroi inférieure qui est rompue, ce serait la paroi supérieure pour Ollier.

La rupture est presque toujours transversale (Terrillon).

Outre la douleur et autres phénomènes obligés de toute contusion, les symptômes de la rupture de l'urètre sont au nombre de trois : *troubles de la miction, urétrorrhagie, tumeur périnéale*. L'intensité de chacun des termes de cette triade est en raison de la gravité des lésions, et elle sert à caractériser trois types cliniques dont l'admission par Cras et Guyon est des plus fécondes pour la pratique. Voici la caractéristique symptomatique de chacun de ces types, qui correspond aux degrés anatomopathologiques :

1° *Cas légers.* — La miction est possible et non douloureuse; quelquefois au début elle est impossible en raison du spasme, mais ce phénomène est passager; l'urétrorrhagie est peu abondante, absente parfois; il n'y a pas de tumeur périnéale.

2° *Cas moyens.* — La miction est difficile, douloureuse, incomplète, l'urétrorrhagie continue et abondante; on constate la présence d'une tumeur périnéale.

3° *Cas graves.* — La miction est impossible (par rétention mécanique), l'urétrorrhagie est très abondante; il y a une tumeur périnéale.

Prudemment traités, les cas légers et moyens guérissent sans complication immédiate; parfois cependant spontanément ou sur l'influence d'une faute thérapeutique (Guyon) ils se transforment en cas graves. Dans ces derniers les complications imminentes sont l'abcès urinaire et surtout l'infiltration d'urine avec ses phénomènes réactionnels graves et sa terminaison fatale, si une prompt intervention ne la conjure pas. Une complication médiate commune aux cas légers et aux cas graves, c'est le rétrécissement. « Toute rupture de l'urètre est un rétrécissement en germe (Bœckel). » Parfois ce rétrécissement survient très vite (rétrécissement aigu de Terrillon).

Il est aisé par la constatation des symptômes et par leur intensité de reconnaître la lésion et la gravité du cas. En aucune circonstance il ne faut avoir recours à l'exploration du canal par la sonde pour parfaire le diagnostic.

D'après ce qui précède, on comprend la gravité des plaies par rupture de l'urètre. Leur pronostic est surtout subordonné au traitement.

Traitement. — Depuis le mémoire de Cras et le rapport classique de Guyon, les indications thérapeutiques jusque-là très vagues sont devenues nettes et formelles dans les cas types. C'est surtout ici que la distinction en cas légers, moyens et graves trouve son application.

Cas légers. — Ce qui les caractérise c'est l'urétrorrhagie. La seule indication est donc d'arrêter le sang, dont l'écoulement cessera souvent seul ou cédera au repos, au froid ou même, a-t-on dit, à une légère compression sur le périnée. Le cathétérisme doit être proscrit : il est inutile, puisque le malade urine seul, il est dangereux, puisqu'il peut désunir la petite plaie et surtout devenir pour elle un moyen de contagion et de septicémie (Quénu et Picqué). On appliquera des cataplasmes, on donnera des boissons délayantes et antiseptiques.

En résumé la thérapeutique se borne à la surveillance des événements.

Cas moyens. — Ici, à l'urétrorrhagie plus abondante vient s'ajouter de la gêne et de la difficulté de la miction, avec imminence de rétention absolue. Il faut donc sonder le malade, et il faut suivre, puisque la rupture siège sur la paroi inférieure, la face opposée du canal, c'est-à-dire la *paroi supérieure*, de manière à mettre à profit le pont de muqueuse saine qui unit les deux bouts : pour cela on se sert d'une bougie armée à extrémité recourbée et fixée au collodion, qui permet l'introduction sûre d'une sonde à bout coupé (Guyon) ou d'une sonde en caoutchouc rouge dont le bout est relevé vers la paroi supérieure à l'aide d'un mandrin (Cras). Une fois introduite, la sonde doit, d'après Guyon, être retirée si elle a été facile à introduire, et on répète le cathétérisme trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures ; si l'introduction de la sonde a été difficile, il faut la laisser à demeure : elle ne doit pas être trop grosse (n° 16 à 18), et il faut la *laisser ouverte* ; car il y a ici à craindre la pénétration de l'urine dans le foyer traumatique qu'une grosse sonde bouchée favoriserait. Cet accident peut même arriver avec ou sans sonde, les plus sages précautions ayant été prises ; il se traduit par des phénomènes généraux intenses, une tuméfaction douloureuse au périnée et appelle immédiatement l'intervention des cas graves.

Cas graves. — La triade symptomatique étant complète, il faut combattre d'urgence les trois symptômes qui menacent la vie.

Le moindre et le plus facile à combattre est l'urétrorrhagie : on mettra de la glace sur le périnée, on exercera un peu de compression : si le sang continue à couler abondamment, il faut ouvrir le foyer et aller à la recherche de la source de l'hémorrhagie, lier ou tamponner.

La rétention est plus grave : « pisser ou périr », a dit Heister). Cette proposition indique l'urgence de vider la vessie, c'est-à-dire d'empêcher l'urine de pénétrer dans le foyer, et pour cela divers moyens se présentent :

1° *Cathétérisme.* — Si on réfléchit à l'état des parties (discontinuité de l'urètre, rétraction et recroquevillement du bout postérieur) on

rejetera le cathétérisme ; s'il a pu être pratiqué dans quelques cas heureux, il a été impossible dans le plus grand nombre et ses tentatives ont souvent provoqué de redoutables accidents. Avec la Société de chirurgie nous rejeterons le cathétérisme.

2° *Ponctions de la vessie.* — Elles ont été faites par le périnée et le rectum, mais en trop petit nombre pour qu'on puisse les juger et les conseiller. La ponction hypogastrique très ancienne est un excellent moyen de prévenir la pénétration d'urine dans le foyer : on peut donc l'employer sans crainte à condition qu'elle soit *capillaire, aspiratrice* et surtout *aseptique*.

3° *Incision périnéale.* — Elle est le moyen héroïque de prévenir tous les accidents immédiats imminents dans les cas graves, et aussi les accidents médiats non moins inévitables, si on ajoute à l'incision la mise d'une sonde à demeure rétablissant la continuité du canal (Bœckel).

D'après Guyon, l'incision périnéale avec recherche immédiate du bout postérieur et application de la sonde à demeure remplit toutes les indications.

On voit par là que dans les cas graves de rupture périnéo-bulbaire de l'urètre, l'*uréthrotomie externe hardie et hâtive s'impose*.

Manuel opératoire. — Le malade anesthésié ou non (Cras) est placé dans la position de la taille. L'incision est faite sur la ligne médiane, couche par couche jusqu'au foyer que l'on déterge avec un jet d'eau. On recherche le bout postérieur et on place la sonde. C'est le temps toujours délicat, difficile mais toujours possible (Guyon) de l'opération.

Plusieurs cas peuvent se présenter : 1° sitôt le foyer détergé, le bout postérieur s'offre au chirurgien, qui introduit par là dans la vessie une sonde à bout mousse dont l'autre extrémité ressort par la partie antérieure du canal ; 2° on ne voit pas le bout postérieur, mais une sonde introduite facilement dans le bout antérieur est conduite en suivant le petit pont qui unit les deux bouts, dans le bout postérieur et la vessie ; 3° le bout postérieur se dissimule complètement, et il faut alors user de patience et d'ingéniosité. On pressera sur l'hypogastre pour faire sourdre l'urine, on dira au malade d'uriner, on cherchera l'ouverture avec un stylet fin ou boutonné, etc. Si on échoue, on peut ramener le malade à son lit et il est probable qu'il ne tardera pas à pisser largement par la plaie qu'on a faite. S'il n'en est pas ainsi et qu'on veuille, séance tenante, satisfaire à toutes les indications et mettre la sonde à demeure, on fera le *cathétérisme rétrograde*, opération imaginée par Verguin au siècle dernier, peu pratiquée jusqu'ici et à laquelle Monod a consacré un mémoire important à la Société de chirurgie en 1886.

Destinée moins à assurer la miction qu'à déterminer la canalisation du foyer, la sonde doit être laissée à demeure quelques jours, quatre ou cinq d'après Cras et Guyon.

Celle-ci une fois retirée, on pratique le cathétérisme avec les Béniqué

en commençant par le n° 30 et en augmentant d'un numéro tous les deux jours avec prudence; on doit s'arrêter à la moindre alerte, au moindre accès de fièvre. Tel est le traitement classique en France. On a proposé à l'étranger dans ces derniers temps un traitement plus rapide consistant dans l'abrasion des parties contuses et dans la suture des lèvres du foyer régularisées, après l'introduction d'un cathéter dans le canal. Kauffmann (de Zurich) a fait à ce sujet des expériences couronnées de succès sur des chiens; Kœnig l'a répété chez l'homme pour un rétrécissement serré, et Lucas Championnière l'a exécuté récemment avec succès. La guérison a été obtenue en dix-sept jours. Ce traitement hardi est trop récent pour pouvoir être jugé.

B. Ruptures de la portion membraneuse. — Beaucoup plus rares que les précédentes, elle sont exceptionnellement produites par un choc sur le périnée, l'urètre venant se couper sur le bout tranchant du ligament transverse (Ollier); plus souvent elles succèdent à des fractures des branches du pubis ou à la disjonction de la symphyse tirillant l'urètre par l'intermédiaire du ligament de Carcassonne.

La distinction du degré de gravité n'a aucune raison d'être ici. La minceur de la paroi uréthrale est telle que la rupture presque toujours totale laisse épancher le sang et l'urine dans l'étage supérieur. Le siège de cet épanchement devient le point important de ces ruptures. Le foyer de la rupture peut communiquer ou non avec le foyer de la fracture quand il en existe une.

Il n'y a pour ainsi dire pas d'autres manifestations symptomatiques que la rétention d'urine; en effet il y a rarement d'urétrorrhagie, car le sang reflue dans la vessie, et jamais il n'y a de tumeur périnéale. Seuls les anamnestiques feront souvent faire le diagnostic de cette variété de rétention d'urine.

Ces ruptures sont d'autant plus graves que les désordres du côté du bassin sont plus considérables.

Traitement. — D'après Guyon, le seul traitement est le cathétérisme avec une sonde coudée. Si on ne peut y parvenir, il recommande les ponctions hypogastriques répétées, et même une canule à demeure. Nous pensons avec Picqué et Quénu qu'on peut faire plus, et qu'il est indiqué d'inciser le périnée jusqu'à l'étage supérieur; ainsi serait amenée l'évacuation de la vessie et prévenue l'infiltration d'urine qui ne pourrait pénétrer dans le foyer de la fracture si celle-ci existe.

C. Ruptures de la portion péniennne. — Elles sont rares, et nous en avons donné les raisons à propos des plaies. A l'état de flaccidité nous citerons : le passage d'une roue de voiture, un coup de pied, une morsure de cheval, la verge prise dans un tiroir (Voillemier); à l'état d'érection : une balle (Dieffenbach), un coup de pincettes (Voillemier).

Les causes de beaucoup les plus fréquentes sont : les fausses manœuvres du coït (Guyon), la rupture de la corde dans la chaudépi-

cordée, même de fortes et rapides érections, lorsque l'urètre est enflammé (Terrillon).

En général la lésion est réduite à une simple fissure pénétrant dans la muqueuse et le tissu spongieux, mais ne dépassant pas la gaine fibreuse de cet organe.

Presque insignifiants d'ordinaire, les symptômes se bornent à une légère urétrorrhagie jointe à un peu de douleur en urinant. Il y a exceptionnellement de la rétention et de l'infiltration.

Le diagnostic, très facile, passe néanmoins souvent inaperçu, le malade négligeant les petits symptômes que nous venons de signaler : de sorte que fréquemment on ne reconnaît la rupture que plus tard lorsqu'est constitué un rétrécissement qui ne manque jamais, même dans les cas les plus légers.

Traitement. — Rien à faire dans les cas légers : s'il survient de la rétention on pratique le cathétérisme. S'il y a quelque menace d'infiltration, de larges incisions en auront facilement raison.

§ 2. — Lésions de l'urètre, produites de dedans en dehors; fausses routes.

Les fausses routes sont des lésions traumatiques de l'urètre produites de dedans en dehors au cours du cathétérisme. Ces lésions traumatiques ont une physionomie si particulière à tous les points de vue qu'on est convenu de les décrire à part.

Les circonstances où se produisent les fausses routes ont un intérêt capital, et qui les connaît évitera toujours cet accident : savoir est ici pouvoir. Rares, mais possibles, dans un urètre normal, les fausses routes sont produites le plus souvent dans un urètre pathologique.

Dans un urètre normal les fausses routes sont toujours déterminées par un cathétérisme inexpérimenté et brutal. L'instrument chirurgical le plus offensif et le plus imprudemment manié ne détermine jamais de fausses voies dans l'urètre spongieux; c'est au niveau du cul-de-sac du bulbe en avant de son collet qu'on les observe par un mécanisme facile à comprendre. Tantôt le bec de la sonde se coiffe de la muqueuse lâche du bulbe et imprime à l'instrument une fausse direction (Guyon), qui sous l'influence d'une pression un peu forte se change aisément en fausse route passant en arrière de la prostate; tantôt dans la manœuvre faite pour éviter la dépression bulbaire l'extrémité de la sonde, trop tôt et trop fortement relevée par l'abaissement du pavillon, perfore la paroi supérieure du canal et passe entre la prostate et la symphyse du pubis.

C'est encore par inexpérience et pour se départir des règles qui veulent que toujours le cathétérisme soit pratiqué avec une extrême douceur, que l'on produit des fausses routes dans un urètre patholo-

gique. Si la connaissance des obstacles met souvent le chirurgien à l'abri de cet accident, il faut bien l'avouer aussi, les irrégularités des lésions et les altérations des tissus de l'urèthre sont souvent pour lui des circonstances atténuantes.

Les dispositions pathologiques de l'urèthre qui favorisent les fausses routes sont : le développement exagéré des lacunes de Morgagni, l'ulcération et la béance des glandes de Cowper et des glandes de la prostate. Toutes ces causes sont possibles mais rares. Les lésions du canal devenant l'occasion des lésions que nous étudions sont dans l'immense majorité des cas les rétrécissements et l'hypertrophie de la prostate. Le mode de production des fausses routes dans ces cas serait intéressant à étudier, mais comme les principes du cathétérisme pour les éviter en découlent, nous reviendrons sur ce sujet à propos de la prophylaxie des fausses routes.

Les fausses routes peuvent siéger dans toute la longueur du canal, sur sa paroi supérieure et inférieure : mais dans la très grande majorité des cas elles se produisent dans les parties profondes du canal (bulbe, région membraneuse et prostatique) et sur la paroi inférieure. Guyon dit n'en avoir jamais observé sur la paroi supérieure; cela est bien en accord avec le siège des obstacles qui arrêtent la sonde et que l'on rencontre sur la paroi inférieure.

Les fausses routes parfois uniques sont assez souvent multiples.

Siégeant dans les tissus qui constituent l'urèthre dans la portion spongieuse, le trajet peut, lorsqu'il occupe les parties profondes du canal, pénétrer dans les tissus voisins : par exemple dans les plans qui séparent la prostate du rectum et même dans le tissu cellulaire rétro-pubien. Dans ces régions le plus souvent la fausse route reste contenue dans l'épaisseur de la prostate.

Presque toujours la fausse route siégeant dans l'urèthre spongieux et au niveau de la portion membraneuse est incomplète, c'est-à-dire qu'elle se termine en cul-de-sac à une distance plus ou moins grande de son ouverture dans le canal, à l'instar d'une fistule borgne. Dans l'urèthre prostatique elle est souvent complète, c'est-à-dire établissant comme un tunnel entre la vessie et un point du trajet de l'urèthre. Ces fausses routes sont quelquefois même un accident assez heureux pour qu'on ait voulu les ériger en méthode thérapeutique (*cathétérisme forcé*).

Il est inutile d'insister sur la description minutieuse du foyer de la fausse route, c'est une plaie contuse, une déchirure dont tout le danger consiste dans la pénétration par l'urine; or sans doute à cause de l'obliquité de l'orifice dirigé vers le méat et permettant à la muqueuse de faire clapet, la pénétration de l'urine est assez souvent évitée dans le cas de la fistule incomplète, mais elle est presque la règle dans les cas de fistules complètes; d'où la gravité bien différente des deux sortes de fausses routes.

La fausse route incomplète guérit fréquemment, mais toujours très lentement, fait bon à retenir pratiquement; la fausse route complète mettant en communication la vessie et l'urèthre par un trajet traversant le périnée en arrière de la prostate ou l'espace rétro-pubien est presque toujours irréparable et mortelle. Par contre la fausse route complète creusant un trajet dans la prostate guérit le plus souvent, quelquefois même, comme on l'a dit, pour le plus grand bien du malade.

Un chirurgien expérimenté reconnaît assez facilement qu'il fait une fausse route, écrit Voillemier; malheureusement, ajouterons-nous, c'est toujours un chirurgien inexpérimenté qui fait la fausse route; aussi la sensation de résistance vaincue, la liberté subite de la bougie, de la sonde ou du cathéter, son avancement par soubresauts que l'on donne pour signes de la fausse route, sont, pour ce sondeur novice, lettre morte et trop souvent il continue de pousser l'instrument malgré les douleurs du patient et le sang, qui s'écoule de l'urèthre.

La douleur, l'urétrorrhagie, quelquefois l'hématurie, voilà les signes parlants de la fausse route chez un individu que l'on sonde habituellement sans douleur et sans perte de sang, ce sont ces signes qui, rapportés par le malade, les assistants ou le médecin qui vous a précédé, donnent à penser à une fausse route et doivent engager non pas tant à la rechercher pour en faire le diagnostic qu'à se défier des erreurs qu'elle pourrait entraîner. En effet, lors d'une fausse route, deux erreurs de diagnostic peuvent être commises. On peut croire à l'existence d'un rétrécissement, ou on peut croire être dans la vessie alors que la sonde est dans une fausse voie. Le rétrécissement se distingue par les renseignements que le malade fournit sur son passé, par la sensation perçue par le chirurgien, par la douleur, l'hémorrhagie que provoquent les manœuvres lors de fausses routes.

Lorsque la fausse route pénètre en arrière ou en avant de la prostate (ce dernier fait exceptionnel) ou dans son épaisseur, le diagnostic se fait par la déviation latérale du pavillon de la sonde en sens opposé de la fausse voie (Desault, Boyer, Chopart), par la sensation de liberté du bec de la sonde, moindre cependant que si elle était dans la vessie, par l'issue de sang et non d'urine, surtout par le toucher rectal qui fait nettement sentir le bec latéralement retenu dans l'épaisseur des tissus. D'une façon générale le clinicien instruit a toujours, au lit du malade, un faisceau de signes plus que suffisants pour affirmer l'existence d'une fausse route, mais que de praticiens, faute d'une analyse raisonnée des symptômes et des signes, méconnaissent une fausse route et croient avoir pénétré dans la vessie alors qu'ils sont arrêtés plus ou moins loin du col.

Après ce que nous venons de dire, on comprend que si certaines fausses routes par les accidents de fièvre urinaire, d'inflammation et de suppuration du foyer, d'infiltration d'urine qu'elles peuvent occasionner sont un mode de terminaison fatale des affections des voies uri-