

l'enrétirer en plein foyer septique ; mais il n'en est plus de même lorsqu'on suit la méthode que je vais vous exposer. Souvent, des malades atteints d'abcès urinaires traités par la simple incision et dont les rétrécissements ont été guéris par la dilatation ou par l'uréthrotomie interne, viennent redemander des soins pour une récidive de leur rétrécissement, compliquée de masses fibreuses péri-uréthrales. Les lésions fibreuses ne peuvent disparaître par aucun traitement, et les malades ont une cause perpétuelle de récidive.

Aussi je crois qu'il faut traiter les abcès urinaires par une opération plus radicale : l'excision complète de la poche purulente.

Le malade était placé dans la position de la taille, le périnée rasé, savonné avec le savon au naphtol, puis lavé à l'éther, je fais la double incision que j'ai conseillée pour l'uréthrotomie externe. Après avoir fait relever les bourses par un aide qui tient un cathéter droit introduit jusqu'au rétrécissement, je fais partir de la partie supérieure du foyer deux incisions convexes extérieurement, qui se réunissent à un centimètre de l'anus. Ces deux incisions sont dirigées vers les parties profondes de la région, de dehors en dedans, elles viennent se réunir à la partie médiane presque au contact du canal de l'urètre, et elles m'ont permis d'enlever un morceau semblable à un quartier d'orange. Introduisant l'index dans le foyer, je reconnaissais les points indurés que j'enlève, soit avec le bistouri, soit avec des ciseaux. Dans ce temps de l'opération on sépare entièrement le canal de l'urètre de toutes les indurations périphériques et, lorsqu'on les a excisées, on aperçoit ce canal, au fond de la plaie, semblable à une grosse artère injectée.

Si l'on a affaire à un abcès aigu et phlegmoneux, la dissection est beaucoup plus simple ; la poche molle et souple se laisse détacher avec le doigt, elle se déchire souvent et on ne l'enlève que par lambeaux, mais le résultat est le même.

Avant d'aller plus loin, il faut examiner le canal de l'urètre, c'est-à-dire rechercher le siège exact et les dimensions du rétrécissement, l'état du canal au niveau de ce dernier, et décider, suivant ce que l'on aura constaté, quelle est l'opération que l'on devra opposer à la lésion. Suivant les lésions observées, on fait l'uréthrotomie interne ou externe ou la résection totale ou partielle de l'urètre.

Quelle que soit l'intervention mise à exécution, j'introduis dans le canal, jusqu'à la vessie, une sonde en caoutchouc rouge n° 18 ou 20. Pour placer la sonde, il faut l'introduire par le méat ; parvenue dans le champ opératoire, je l'attire suffisamment pour pouvoir la courber en arrière, puis j'introduis par l'œil de la sonde un gros stylet qui me sert à pousser la sonde jusqu'à la vessie. Lorsque la sonde y a pénétré, je fais une traction sur son extrémité qui se trouve au méat, et la sonde, s'appliquant au fond de la plaie, vient prendre la place du canal de l'urètre.