

§ 4. — TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS.

Conformément à l'opinion de la grande majorité des chirurgiens, nous diviserons les méthodes employées pour guérir les rétrécissements en trois groupes : le premier groupe comprendra les procédés de *dilatation* ; le second, ceux de *cautérisation*, et le troisième, ceux d'*incision*, généralement désignés sous le nom d'*uréthrotomie*. Rappelons toutefois que quelques auteurs ont préféré la division en *méthodes de douceur* et *méthodes de force*. Les premières ainsi nommée parce que leur application n'exige ni l'emploi de la force, ni la production d'aucun traumatisme, ce qui n'existe pas pour les secondes dans lesquelles le canal est plus ou moins violenté.

A. — *Dilatation*. — C'est le mode de traitement le plus souvent employé ; c'est d'ailleurs aussi le moyen le plus doux et on ne doit renoncer à son emploi que lorsqu'il est tout à fait impraticable, lorsque, par exemple, il ne peut suffire à maintenir suffisamment dilaté le canal de l'urèthre, ou que ce dernier a acquis un degré de sensibilité tel que chaque cathétérisme est accompagné ou suivi de douleurs assez violentes pour faire craindre des complications. Ce mode de traitement n'est d'ailleurs pas nouveau. C'est une des rares médications qui se soient presque sans interruption perpétuées depuis l'antiquité jusqu'à nos jours. Nous savons, en effet, par les écrits de Celse, que déjà longtemps avant lui, on faisait usage de sondes en cuivre ou en bronze. Des instruments de cette nature ont été retrouvés dans les ruines de Pompeï et d'Herculanum. Plus tard, les médecins arabes, Rhazès, de Bagdad, et Albucasis donnèrent des indications précises et très détaillées sur le cathétérisme dans les cas difficiles. C'est même à ce dernier chirurgien que remonte probablement l'emploi des instruments en argent ou en plomb. Au XVII^e siècle l'emploi des bougies de cire se propagea ; et on eut l'idée

d'introduire par leur moyen divers topiques sur la paroi uréthrale. Le médicament employé était tantôt étendu en couche mince à la surface de la bougie, tantôt il faisait partie de la substance même de cette bougie. Il est probable que la plus grande part des succès obtenus à l'aide de ce procédé doit être attribuée plutôt à la dilatation simple consécutive, à l'introduction de l'appareil, qu'à l'action de substances, d'ailleurs généralement peu actives, qui en faisaient partie. Pendant la dernière moitié du dernier siècle, les bougies et les sondes métalliques ont été généralement employées dans le seul but d'obtenir, par leur action mécanique, la dilatation de l'urèthre.

Dans quel cas le traitement par dilatation doit-il être appliqué ? D'une manière générale, on peut dire que c'est à lui qu'il faut toujours avoir recours comme premier moyen lorsqu'on se trouve en présence d'un rétrécissement. Quand une sonde de petite dimension a pu être introduite dans un rétrécissement, situé par exemple dans la région bulbeuse (cas le plus fréquent), et que son introduction n'a pas occasionné de trop vives douleurs, on peut, si la maladie n'existe pas depuis longtemps et que l'obstacle soit de courte étendue (moins de 8 millimètres par exemple), on peut presque toujours porter un pronostic favorable.

L'amélioration obtenue par ce premier essai persistera et se poursuivra à la condition de répéter convenablement ce cathétérisme. — Si, au contraire, la sonde a déterminé de violentes douleurs, des accès de fièvre, de la rétention d'urine, sans amener d'effet bien sensible sur le rétrécissement, le traitement par dilatation doit être immédiatement rejeté, car son emploi ne saurait conduire à aucun résultat favorable ; il faut alors avoir recours aux traitements plus efficaces dont on dispose.

H. Thompson divise les cas où le traitement par dilatation peut s'appliquer en trois catégories distinctes : les cas simples, les cas difficiles et les cas très difficiles. Nous adopterons la distinction admise par l'éminent chirurgien

car elle répond parfaitement aux nécessités de la pratique.

Dans les cas simples, Thompson conseille d'introduire une bougie flexible d'un diamètre en rapport avec la largeur présumée du rétrécissement, et de la retirer aussitôt sans la laisser séjourner dans l'urèthre comme le font quelques chirurgiens. Si cette opération a été pratiquée sans trop de difficultés, on la répète deux ou trois jours après, avec la même sonde, qui, cette fois pénétrera plus facilement. On continue de passer des bougies d'un diamètre de plus en plus grand, en ayant soin de laisser au moins deux jours d'intervalle entre deux cathétérismes successifs. Si le malade se trouve fatigué, il faut éloigner les séances et surveiller l'état général avec beaucoup de soin. Si des troubles, comme cela arrive souvent, surviennent du côté des intestins, on prescrit les moyens appropriés à ces complications. Le malade évitera d'uriner aussitôt après le passage de la bougie, l'action irritante de l'urine pouvant altérer la muqueuse uréthrale froissée par le contact des instruments. Il doit aussi, pendant toute la durée du traitement, proscrire tout exercice qui pourrait avoir pour effet de déterminer la congestion des organes urinaires. Survient-il des picotements plus ou moins violents de la paroi uréthrale ? le chirurgien examine l'urine avec soin, afin de se rendre compte si le symptôme accusé ne doit point être attribué à une acidité extrême de la sécrétion urinaire. S'il en est ainsi, le malade sera aisément soulagé par un régime approprié, l'usage des alcalins, et suivant les cas, par la teinture de jusquiame et l'infusion d'uva-ursi, moyens préconisés par Thompson. D'ailleurs, la douleur quelquefois très-violente qui suit une première introduction de la sonde, diminue d'une manière notable après une ou deux opérations. La légèreté de main et la délicatesse dans le maniement de l'instrument peuvent faire varier d'une façon considérable le degré de gravité des accidents que nous venons de décrire. Il importe surtout, quand le cathété-

risme est douloureux, de faire usage d'une bougie aussi flexible que possible.

Lorsque la manœuvre dont nous venons de parler n'a occasionné aucun accident, on devra la continuer de la manière suivante : à chaque séance on introduira la même bougie que celle qui a été employée dans la séance précédente ; puis celle-ci rentrant sans difficulté, on la sortira, et, immédiatement après, on fera passer la bougie correspondant à la dimension immédiatement supérieure. Quand on sera ainsi arrivé au n° 18 ou 20 de la filière, et si ces numéros sont bien tolérés, il n'y aura aucun inconvénient à faire passer deux ou trois numéros consécutifs dans la même séance. Pour pouvoir faire sans danger usage d'un instrument, le chirurgien devra se rappeler que tout appareil qui peut entrer sans distendre outre mesure le méat urinaire, n'offre généralement pas d'inconvénient, s'il est bien supporté.

Presque tous les rétrécissements possèdent une tendance naturelle à se resserrer, à revenir sur eux-mêmes, après la dilatation. C'est pour prévenir cette tendance que l'on a imaginé *les bougies à ventre*. L'avantage que présentent ces appareils peut être assez sérieux quand on a affaire à un rétrécissement dont la tendance au retrait est considérable. On obtient souvent dans ce cas de bons effets d'une dilatation poussée aussi loin que possible, dùt-on pour l'obtenir inciser légèrement le méat urinaire. Dans ces conditions, le ventre de la bougie doit être promené lentement dans tous les points du rétrécissement qui, sous l'influence de cette distension très-grande perd peu à peu la faculté de se resserrer. Une fois le résultat satisfaisant obtenu, il faut bien se garder de cesser brusquement le traitement. Il faut, au contraire, éloigner graduellement les séances de cathétérisme de manière à arriver insensiblement, à les espacer de quinze jours ou un mois. Bien que la guérison semble complète, le chirurgien ne doit pas oublier que pour ne pas la compromettre, il ne faut pas cesser complètement l'emploi de la sonde. C'est pour cela qu'il est

bon d'enseigner au malade à s'introduire lui-même une bougie. Le maintien de sa santé est alors entre ses mains, et il arrive souvent que, par suite d'une longue habitude, le patient finit pour pratiquer sur lui-même le cathétérisme avec une habileté supérieure à celle que pourrait déployer le chirurgien lui-même.

Passons maintenant à l'étude d'un *cas difficile* ; supposons qu'un rétrécissement offre à un premier essai un obstacle infranchissable. On pourra alors tirer une indication précieuse de la manière dont l'urine s'échappe. S'écoule-t-elle sous la forme d'un jet suffisamment volumineux, il est évident que le rétrécissement ne saurait être très-étroit, et que la difficulté qu'on éprouve à la franchir provient d'un repli de la muqueuse ou d'une fausse route. Si, au contraire, l'urine sort goutte à goutte ou très-lentement, il est évident que le canal est presque complètement obstrué. On devra d'abord essayer de franchir le point rétréci à l'aide d'une sonde mince en gomme élastique sans stylet, ce qui réussit quelquefois ; mais si la paroi uréthrale est indurée dans le trajet de l'obstacle, ou que l'orifice soit très-étroit, on échoue nécessairement. Néanmoins, il est toujours bon de commencer par cet essai car il ne peut entraîner d'accident grave. Si ce premier moyen ne réussit pas, on devra avoir recours à une sonde d'argent très-mince, mais présentant encore une résistance suffisante. Toutefois cet instrument demande à être manié avec une extrême prudence et une grande légèreté de main. On ne doit l'introduire que lentement, avec précaution, en évitant de pousser le bec de la sonde contre la paroi inférieure du canal qui se laisse si facilement perforer par un corps dur. Si l'on ne réussit pas en poussant directement la sonde, on devra tâter successivement les divers points de la paroi et, dès que l'on sent que le bec de la sonde est engagé, favoriser son introduction par de petits mouvements et une pression très-modérée. Ce n'est souvent qu'au bout de plusieurs minutes de patients efforts que l'on parvient

au-delà de l'obstacle. Tout en s'aidant d'une connaissance exacte de l'anatomie de la région, il importe de ne pas oublier qu'un mouvement brusque ou trop rapide peut amener des accidents irréparables. Si une première séance dure depuis 15 à 20 minutes sans succès, il est bon de renvoyer la suite des essais à un autre jour. Car à ce moment la congestion occasionnée au niveau du rétrécissement par les diverses manœuvres auxquelles on s'est livré a encore diminué le calibre de l'orifice, et augmenté par conséquent la difficulté qu'on éprouve à le franchir. Une deuxième séance, si elle ne provoque pas de douleurs trop vives chez le malade, pourra durer 25 ou 30 minutes.

Au bout de ce temps, quand bien même la tentative n'aurait encore eu aucun succès, on doit s'arrêter mais recommencer avec persévérance quelques jours après. Il est très-rare que l'on ne finisse pas par réussir, si l'on a exploré avec une délicatesse suffisante pour ne pratiquer aucune fausse route. Il suffit donc de procéder avec assez de légèreté et de lenteur. *Festina lente* : tel est le conseil que sir Henry Thompson donne au chirurgien.

Il peut être utile quelquefois d'exercer sur la partie antérieure d'un rétrécissement induré, une pression continue. Mais pour employer ce moyen, il faut être bien sûr que l'on est en présence de l'orifice et non devant une fausse route. En général, on reconnaîtra que la sonde est engagée dans la portion rétrécie de l'urèthre lorsque l'on sentira son extrémité serrée plus ou moins fortement, et de manière à opposer une certaine résistance aux mouvements en avant et en arrière. On reconnaîtra, au contraire, que l'on vient de pratiquer une fausse route à la sensation que fera éprouver la sonde qui s'enfonce tout-à-coup en déchirant la paroi. Dans ce cas, de même que si la sonde était engagée dans une fausse route antérieurement pratiquée, on remarquera la grande facilité avec laquelle on peut faire avancer ou reculer l'instrument, et ce seul indice sera suffisant pour une main tant soit peu exercée. Il faut alors cesser immédiatement toute tentative et ne

recommencer que plusieurs jours après, quand on suppose la lésion suffisamment cicatrisée. C'est alors qu'il faut agir avec la plus grande prudence, surtout lorsqu'on se trouve dans les environs du point blessé.

Nous ne saurions trop répéter qu'il faut toujours procéder avec une grande douceur, car l'extrémité de la petite sonde d'argent s'engage très-facilement sous l'effort de la moindre pression dans les parois molles et peu résistante du canal urétral.

Supposons maintenant l'existence d'un *cas très difficile*.

Des tentatives nombreuses faites pour franchir un rétrécissement ont complètement avorté, ou bien on a réussi à engager une faible portion de la sonde dans la partie rétrécie sans pouvoir ensuite la faire pénétrer plus avant. Il faudra alors surveiller l'état général du malade et l'amener à un état de santé aussi satisfaisant qu'il sera possible. Puis on recommencera les essais de cathétérisme; car le but important à atteindre c'est d'abord de franchir le rétrécissement en évitant les fausses routes. On ne permettra pas au malade de se lever, quel que soit d'ailleurs l'état de ses forces. On lui recommandera de se tenir toujours dans un état de légère moiteur, et on évitera de l'exposer au froid pendant qu'on essaiera de le sonder. Il importe de vérifier exactement si on le peut, la position de l'orifice du rétrécissement. Ceci fait, on opérera alors de la manière suivante: Le malade étant couché sur le dos, on commencera par lui pousser une injection de 15 à 20 grammes d'huile d'amande très pure ou mieux d'huile belladonnée. Pour cela, on introduira aussi avant que possible dans le canal le tuyau d'une seringue de verre; puis en ayant soin de maintenir avec le pouce et l'index de la main gauche, les parois du méat exactement appliqués contre le verre, on appuiera doucement sur le piston. La pression de l'huile distendra facilement toute la portion de l'urèthre située en avant du point rétréci, bientôt on sentira que le piston cède peu à peu et que l'huile pénètre au delà de l'obstacle et jusque dans la ves-

sie. A ce moment on retire la seringue tout en maintenant les lèvres du méat appliquées l'une contre l'autre. On commence à introduire une sonde en argent d'un diamètre un peu plus faible que celui du jet d'urine. Généralement l'injection, tout en lubrifiant abondamment les parois de l'urèthre, a pour effet de rendre plus souple et plus dilatable la portion rétrécie du canal, et dès lors l'introduction de la sonde se trouve singulièrement facilitée.

En général, l'instrument à employer devra être d'aussi grande dimension que possible, eu égard au diamètre de l'orifice rétréci. Une sonde très mince risque de s'égarer et ne peut même, souvent, être maniée que par une main expérimentée. Il est très-utile, dans un cas de cathétérisme difficile, d'employer une sonde creuse et non une bougie, car la sonde en dépassant l'obstacle, laisse écouler l'urine et donne ainsi une indication précieuse sur le succès de l'opération. Néanmoins, dans certains cas, on rencontre des rétrécissements qui offrent un orifice tellement étroit qu'il ne peut être franchi par aucune des sondes ordinairement employées. Thompson a fait construire pour ces cas embarrassants un petit appareil auquel il donne le nom de *sonde à extrémité de bougie*. Cet instrument se compose essentiellement d'une sonde très étroite terminée par un bout plein et très mince. La sonde ayant des parois extrêmement fragiles, on en assure la solidité en la garnissant d'un tout petit stylet d'acier qui en remplit exactement l'intérieur et auquel est fixé le corps de l'instrument. Il résulte de cette disposition que la petite ouverture ne peut être bouchée ni par le mucus, ni par d'autres matières.

Mais ce petit appareil, qui a pu donner de bons résultats dans les mains d'un chirurgien aussi habile que sir Henry Thompson, ne saurait être employé qu'avec une grande réserve et de minutieuses précautions.

Quoi qu'il en soit, quand, au moyen de la sonde de Thompson ou de tout autre appareil d'un très faible calibre, on est arrivé à franchir l'obstacle, toutes les difficultés ne sont pas encore surmontées, il faut éviter d'en-

gager la pointe dans les parois molles et distendues de la portion de l'urèthre située en arrière du point rétréci. Il est bon quand on a une fois pratiqué le cathétérisme de se rappeler les diverses indications que l'on a pu recueillir, par exemple : celle d'un orifice rétréci situé non pas au centre du canal urétral, mais latéralement, la présence d'une fausse route etc.

Ces notions pourront faciliter singulièrement un deuxième cathétérisme. La position exacte de l'orifice doit être surtout notée avec soin. Pour la trouver plus facilement, lorsqu'elle n'est pas située dans le prolongement de l'axe de l'urèthre, sir B. Brodie et Leroy d'Etiolles ont imaginé divers instruments, tels que sondes à extrémité excen-trique et bougie stortillées. Thompson, au contraire, recommande d'employer la sonde ordinaire, et d'explorer méthodiquement toutes les parties de la circonférence du canal.

Quant aux fausses routes, on devra, pour les éviter autant que possible, introduire dans le rectum du malade le doigt préalablement huilé. Cette précaution permet de diriger le bec de la sonde et de s'assurer qu'il ne dévie ni à droite ni à gauche et qu'il ne s'enfonce pas dans le plancher du canal, siège favori des fausses routes.

On emploie souvent en France, pour franchir les rétrécissements très étroits, non pas des instruments métalliques, mais de petites bougies de gomme ou de baleine. Ainsi M. Guyon se sert d'une bougie de gomme élastique recourbée à son extrémité et enduite, sur un trajet de un centimètre environ à partir de la pointe, d'un vernis colodionné qui lui donne une rigidité suffisante, dans les cas où le canal est dévié. Les indications de ce procédé ont été étudiées avec grand soin par M. Curtis dans son travail sur le *Traitement des rétrécissements de l'urèthre par la dilatation progressive*.

Il ne faut pas perdre de vue que la surface du canal, dans sa portion située en arrière du rétrécissement, est souvent le siège d'irrégularités assez nombreuses. On y rencontre

tantôt des bandes fibreuses proéminentes et qui laissent entre elles des gouttières plus ou moins profondes. D'autres fois, la cavité d'un abcès s'ouvre précisément en face de l'orifice antérieur, et il est très difficile de l'éviter. L'investigation ne peut se faire aussi aisément que dans la première portion de l'urèthre ; car la sonde, serrée par le rétrécissement, ne permet plus une appréciation exacte. Les instruments auxquels on peut avoir recours dans ce cas sont de deux espèces, les sondes à empreinte, et les divers endoscopes sur la valeur desquels nous nous sommes déjà expliqué.

On doit à Dupuytren une méthode ingénieuse pour arriver à franchir les rétrécissements devant lesquels ont échoué les procédés que nous avons décrit. Ce moyen consiste à exercer sur la sonde engagée dans le rétrécissement, une pression légère et continue. Généralement au bout d'un temps assez long (une heure ou deux), le point rétréci commence à sécréter des mucosités abondantes, puis la sonde s'enfonce lentement et arrive enfin de l'autre côté de l'obstacle. Quand bien même ce résultat ne serait pas atteint, et s'il fallait retirer la sonde après l'avoir laissée engager un certain temps, on voit généralement le malade uriner beaucoup plus librement. Velpeau cite à l'appui de ce fait un certain nombre de cas dans lesquels ce procédé a amené sinon une guérison complète, du moins un soulagement tout-à-fait inespéré. En raison même de l'action produite par la sonde Dupuytren avait donné à son procédé le nom de *dilatation vitale*.

Quand on a remarqué qu'un rétrécissement présente une tendance opiniâtre à se resserrer après les premiers cathétérismes ; quand l'introduction de la sonde a été, pour un premier essai, très laborieuse, et qu'on a lieu de croire qu'il en sera de même pour un second, quand le passage de l'instrument détermine des accidents, des douleurs violentes, des frissons, de la fièvre, il faut sans hésiter recourir à la *dilatation continue ou permanente*.

La *dilatation permanente* doit être pratiquée avec des

bougies et non avec des sondes, bien qu'on ait prétendu que l'emploi de ce genre d'instrument pouvait provoquer la rétention d'urine. Contrairement à cette opinion, il est bien démontré que loin de provoquer la rétention, la présence d'une bougie dans l'urèthre la fait cesser : il est rare en effet que quelques heures après que celle-ci est à demeure dans la vessie, il ne survienne un écoulement d'urine entre les parois uréthrales et la bougie.

L'instrument introduit dans l'urèthre doit parcourir librement le canal. Mais cette manœuvre est souvent accompagnée de divers phénomènes, tels que douleur, spasme, écoulement. Parfois la douleur est intolérable et il faut alors recourir à la dilatation permanente ; quant à l'écoulement, bien que la plupart des chirurgiens le regardent comme un symptôme favorable, cependant il peut faire défaut, ainsi que l'a constaté M. Guyon, sans que la dilatation cesse de suivre une marche régulière.

Au bout de vingt-quatre heures, la bougie devient beaucoup plus libre ; cependant Civiale conseille de la laisser en place pendant quatre à six jours. C'est alors seulement qu'on peut la remplacer par une autre de diamètre supérieur, mais pouvant néanmoins se mouvoir facilement dans l'urèthre. Thompson conseille de donner alors un peu de repos au malade et de n'introduire la troisième sonde qu'après avoir laissé l'urèthre libre pendant deux jours. Le traitement est ainsi continué ; mais M. Guyon est d'avis de n'employer la dilatation permanente que jusqu'à 5 ou 6 millimètres, à ce moment il vaut mieux recourir à la dilatation temporaire.

Le séjour de la sonde à demeure dans la vessie, varie en moyenne de sept à quatorze jours, et le traitement total dure environ un mois.

Au point de vue des résultats, le traitement par la dilatation permanente ou temporaire offre moins de garantie de durée que l'uréthrotomie. En effet, un rétrécissement traité par la dilatation se reproduit souvent avec une extrême rapidité, et ce fait paraît être encore plus fréquent

après la dilatation permanente qu'après la dilatation temporaire.

Le mode d'action des bougies dans la cure des rétrécissements a été expliqué de plusieurs manières. Nous avons déjà dit en quoi consistait la théorie vitale de Dupuytren. A côté d'elle viennent se placer la théorie mécanique due à Reybard et la théorie inflammatoire généralement adoptée par les contemporains : Thompson, Perrin, Civiale, Voillemier.

D'après Reybard, les bougies, dans la dilatation, agissaient à la manière d'un coin en écartant les parois uréthrales. Mais cette explication ne saurait être admise, puisque les bougies employées dans ce cas sont toujours d'un diamètre inférieur à celui du rétrécissement.

La théorie inflammatoire explique, au contraire, les modifications dans le diamètre de la coarctation, par une série de phénomènes organiques, dont le résultat est la résorption et l'atrophie des parties constituantes du rétrécissement. En effet, dès que la sonde est dans l'urèthre depuis quelques temps, la muqueuse se congestionne, puis un écoulement abondant se produit et écarte la muqueuse du corps étranger avec lequel elle se trouvait d'abord en contact immédiat. C'est ainsi qu'au bout de quelques jours, une bougie introduite avec peine peut être remplacée par une autre plus volumineuse. D'après Voillemier, cette augmentation de calibre s'opérerait sous l'influence de la résorption portant sur certains éléments du rétrécissement. Aussi ce chirurgien est-il disposé à admettre la nécessité de la suppuration pour obtenir un résultat favorable. Civiale et Guyon ont cependant vu quelquefois la guérison de certains rétrécissements avoir lieu sans qu'il se produisit aucun écoulement.

Les accidents qui peuvent suivre la pratique de la dilatation permanente sont tantôt liés à l'emploi même des bougies, tantôt dus à leur application intempestive ou à la maladresse du chirurgien. Ce sont la douleur, le spasme, la rétention d'urine, la cystite, l'uréthrite et la fièvre uréthrale.