

VINGT-SEPTIÈME LEÇON

Sur un cas d'uréthrotomie externe.

Observation d'un malade admis à Saint-André après une série d'accidents consécutifs à plusieurs blennorrhagies.

Rétention d'urine, abcès urineux, infiltration d'urine, trajets fistuleux, accès du fièvre.

Rétrécissements perméables et infranchissables.

Indications fournies par les accidents antérieurs, l'exploration de l'urèthre, l'état général du sujet.

Uréthrotomie externe. — Règles générales de son manuel opératoire. — Note sur les résultats de l'opération pratiquée.

MESSIEURS,

Nous devons d'examiner, à la salle 17, un homme atteint depuis longtemps d'une affection des voies urinaires qui a été la cause directe d'accidents très sérieux et nous oblige aujourd'hui à prendre une grave détermination.

Le sujet a quarante-huit ans. Son histoire pathologique remonte à l'âge de vingt ou vingt-deux ans : il eut alors une première blennorrhagie qui dura plusieurs mois, ne fut point soignée et laissa longtemps

après elle un écoulement. Elle était à peine terminée, ou avait cessé depuis peu de temps, quand une nouvelle uréthrite survint.

Je ne sais quelles furent la durée et les suites de ce deuxième accident. Le malade insiste davantage sur une troisième blennorrhagie qu'il contracta il y a seize ans ; elle dura plus de deux ans.

J'appelle sur ce point toute votre attention, car la blennorrhagie est la cause ordinaire des altérations chroniques de l'urèthre, autour duquel se déposent des produits inflammatoires plastiques, des épanchements de sang qui s'organisent peu à peu, se rétractent comme tous les tissus fibreux pathologiques, et laissent après eux des rétrécissements plus ou moins serrés qui diminuent le calibre du canal et s'opposent, à un degré variable, à l'écoulement de l'urine, et peuvent ainsi devenir la cause première de cette série d'accidents si fréquents et si graves chez les vieux rétrécis.

Il y a quelques années, notre malade éprouva, comme cela devait arriver, quelques difficultés dans la miction : le jet d'urine était moins gros, peu régulier, et le périnée devenait le siège d'une sensation désagréable de pesanteur.

Bientôt le jet d'urine diminua encore de volume et de longueur, et les dernières gouttes ne pouvaient être expulsées, mais s'écoulaient en bavant après la miction.

Ce sont bien là, Messieurs, les signes classiques du rétrécissement uréthral confirmé : tout malade qui vient vous consulter pour un cas analogue ne manque guère d'attirer votre attention sur cette impossibilité qu'il éprouve de lancer vivement le jet d'urine et d'en expulser rapidement les dernières gouttes.

Mais le malade que nous étudions n'était pas de ceux qui se préoccupent de leur santé ; il ne fit aucune attention à ce premier avertissement d'une fonction importante qui s'altère chaque jour davantage. Il continua de vaquer à ses travaux et ne perdit pas l'occasion de faire des excès de boisson, comme les autres ouvriers qui travaillaient avec lui. Ceci était de trop ; à la suite d'un de ces excès, la miction devint tout à coup impossible.

Je suis bien aise de suivre pas à pas cette observation : chacune des étapes parcourues par cet homme vous retrace l'histoire des rétrécissements compliqués. Que de fois, quand vous arriverez auprès de malades atteints de rétention d'urine, vous apprendrez par eux-mêmes qu'ils ont fait un excès de table, ou se sont livrés au coït quelques instants avant !

Notre malade, malgré son insouciance habituelle, fut alors obligé de rentrer à l'hôpital pour se faire sonder. L'urine une fois évacuée, il revint chez lui et recommença l'existence ordinaire, sans hygiène et sans soins. Ceci se passait il y a environ sept ans.

Deux ans plus tard, nouvelle rétention d'urine qui

l'amena encore à l'hôpital. Après avoir été sondé et avoir pris un ou deux bains, il rentra chez lui et ne se soigna pas davantage.

C'est ainsi que le canal continua à se rétrécir jusqu'au jour où, il y a trois ans, une petite tumeur dure, peu volumineuse d'abord, se montra au périnée et acquit bientôt la grosseur d'une noix. En même temps, la miction devenait plus difficile, les pesanteurs du périnée plus fréquentes et plus pénibles. C'est qu'en effet, les lésions uréthrales prenant chaque jour une extension plus grande, préparaient un accident grave : l'infiltration d'urine.

Il y a dix-huit mois, le sujet ne pissait plus qu'avec une peine extrême : la tumeur périnéale, un certain jour de souffrances exceptionnelles, augmenta tout à coup, et la tuméfaction du périnée s'étendit rapidement aux parties voisines : l'infiltration urineuse venait de se produire.

Le malade entra d'urgence à l'hôpital dans mon service; je dus faire de larges débridements pour arrêter un vaste phlegmon urineux qui devait nécessairement aboutir au sphacèle, et les jours qui suivirent tout rentra dans l'ordre. Aujourd'hui, la réparation est presque complète.

Que s'est-il passé, Messieurs, chez cet homme soumis depuis longtemps aux accidents d'une miction difficile? Ce qui se passe chez tous les rétrécis qui ne se soignent pas.

Quand un rétrécissement serré existe, en arrière de la coarctation l'urine séjourne en quantité variable, la muqueuse s'altère, l'inflammation, légère d'abord, augmente bientôt. Par le canal, s'écoule incessamment du muco-pus sous forme de gouttelettes tant qu'un traitement rationnel n'intervient pas pour dilater le rétrécissement. La muqueuse irritée par le séjour de l'urine se ramollit ensuite, s'ulcère, et laisse à un moment donné filtrer dans le tissu cellulaire voisin une goutte d'urine. Le liquide irritant amène autour de lui une inflammation plastique à marche lente, qui de temps à autre produit des poussées inflammatoires plus vives et l'abcès urineux est constitué.

Les choses se passèrent ainsi chez notre malade. Il avait depuis plusieurs mois un abcès urineux; la muqueuse probablement très malade céda tout à coup sous la pression de la contraction vésicale et l'infiltration d'urine brusque, rapide, envahissante se produisit.

J'ai, vous le savez, énergiquement traité cette grave complication par de larges ouvertures au bistouri; arrivé sur l'urèthre qui se trouvait mortifié, j'ai prolongé mon incision jusqu'à lui. Quand, par la suite, le terrain a été bien déblayé, je me suis assuré du bout postérieur du canal et me suis, par des sondes à demeure, efforcé de le réparer. Le traitement a duré deux mois après lesquels le blessé, se trouvant assez bien, a voulu nous quitter. Nous avons, du reste, eu

soin de dilater lentement le canal et les numéros 20 ou 21 de la filière de Charrière passaient facilement.

Si satisfaisant que parut ce résultat, je conseillai au malade de passer régulièrement des bougies, car, vous ne l'oubliez pas, Messieurs, le tissu cicatriciel de l'urèthre ne perd jamais ses droits; il revient sur lui-même rapidement si l'on n'a pas soin de le tenir en respect par l'usage méthodique des bougies dilatatrices.

Le malade ne suivit pas mes conseils, ou il les suivit pendant quelques mois seulement et encore d'une façon très incomplète; aussi, est-il peu à peu redevenu très souffrant. Le périnée qui n'était pas absolument cicatrisé et laissait toujours filtrer quelques gouttes d'urine, en a progressivement laissé passer une plus grande quantité, et aujourd'hui la situation semble vouloir se compliquer chaque jour davantage. Il survient en effet depuis un mois et demi des accidents généraux, des frissons, de la fièvre avec sueurs tous les cinq ou six jours. Il n'y a pas de vomissements.

Or, ces accidents fébriles, de quoi sont-ils l'expression?

Ils peuvent avoir des sources multiples. L'inflammation de la vessie, de l'urèthre peut d'abord les expliquer; mais je ne crois pas qu'elle ait ici une influence sérieuse: la cystite est légère et l'urèthre nous paraît absolument hors de cause.

Existerait-il une poussée inflammatoire vers les

reins? Cela n'est que trop fréquent dans les cas de rétrécissements très anciens, mais outre que la cystite, qui précède ordinairement la néphrite, ne nous paraît pas suffisamment établie, nous devons tenir le plus grand compte de l'exploration des reins, si précieuse en pareil cas. Cette exploration ne nous donne rien: la palpation, la percussion de la région rénale ne réveillent aucune douleur et ne font pas trouver la moindre tuméfaction. Du reste, Messieurs, lorsque la complication rénale donne lieu à des accidents fébriles répétés, il est rare que la santé générale ne soit pas altérée: il y a de la pâleur, de l'inappétence, de la sécheresse de la langue, de la diarrhée souvent. Rien de tout cela ne s'est présenté chez notre malade.

Quelle sera donc la cause des accidents observés? Eh bien! il me paraît que ces frissons doivent être rattachés à l'existence du trajet fistuleux qui, dans le cas actuel, se trouve comparable à tous les trajets de même nature, susceptible comme eux de retenir les liquides qu'il doit laisser passer et par conséquent d'amener la fièvre après la rétention. Et si, considérant l'état général de ce malade, après avoir vu qu'il est encore assez vigoureux, qu'il n'a pas de troubles digestifs, nous voulons nous ranger à l'opinion la plus probable, nous n'hésiterons pas à admettre que la fièvre est ici la conséquence de la rétention de l'urine et du pus dans le trajet fistuleux.

Examinons maintenant la lésion uréthrale elle-

même. Sur le périnée, en arrière du scrotum, il y a une fistule par laquelle du pus et de l'urine s'écoulent à peu près constamment. Pendant la miction, l'urine sort bien par le canal en notable quantité, mais il arrive assez souvent que la fistule en laisse passer davantage; toujours est-il que le rétrécissement est, à l'heure actuelle, absolument perméable et que, d'autre part, la fistule semble avoir perdu toute tendance à se fermer, puisque le liquide qui la traverse augmente plutôt qu'il ne diminue.

L'exploration de ce trajet ne m'a permis de porter aucune conclusion sur sa vraie direction et son étendue: le stylet introduit s'arrête bientôt et nous ne savons ainsi qu'une chose, c'est que la direction est fort irrégulière, sinueuse.

La fistule a d'autres caractères encore: elle repose sur une base dure qui la relie au canal de l'urèthre. Cette induration, en effet, qui a le volume d'une belle noix, s'avance profondément jusqu'au contact de l'urèthre et semble faire corps avec lui, de telle sorte que partout le périnée est dur, infiltré de produits plastiques.

Dans quel état se trouve le canal?

Plusieurs fois devant vous, Messieurs, j'ai voulu l'explorer avec des bougies et des sondes: les instruments que j'ai employés se sont invariablement arrêtés à 11 centimètres, c'est-à-dire vers la région bulbo-membraneuse.

Comme l'expérience clinique le réclame, j'ai, bien

entendu, varié les instruments explorateurs: bougies très fines, droites, tortillées en hélice, courbées en crochet, baleines. Rien n'est passé au travers du rétrécissement qui donnait une sensation de dureté comparable à celle des tissus du périnée.

De ce que je viens de vous dire, il ressort donc que nous sommes en présence d'un rétrécissement perméable, c'est-à-dire d'un rétrécissement qui laisse encore s'accomplir en partie la miction, mais aussi d'un rétrécissement infranchissable.

Non, je ne suis pas de l'avis des chirurgiens qui pensent qu'il n'existe pas de coarctations uréthrales infranchissables; il y en a d'autres que moi qui partagent la même opinion et admettent parfaitement ces cas, où la main la plus exercée ne saurait franchir l'obstacle.

Voilà donc le fait tel qu'il se présente à nous: rétrécissement infranchissable coïncidant avec une fistule et une induration profonde du périnée. Il n'y a rien aux reins et peu de chose à la vessie.

Je dis qu'il existe peu d'inflammation vésicale, car il est certain que l'urine foncée, louche, laissant déposer du mucus, que vous avez vue dans une éprouvette, appartient à la cystite; et, en effet, le malade éprouve fréquemment des épreintes douloureuses du col. Mais, Messieurs, quand la cystite existe chez des sujets atteints de rétrécissement, on peut craindre de voir l'inflammation s'étendre plus loin, aux uretères, aux reins?

J'ajoute donc que, s'il n'y a pas encore de cystite accusée, de pyélite et de pyélo-néphrite, notre malade est menacé par ces accidents dans un avenir que nous ne pouvons préciser mais qui peut être très rapproché. La situation peut devenir fort grave, et la vie se trouver compromise. Aussi devons-nous agir de plus vite possible et rétablir les voies urinaires dans leur état normal.

Quel moyen prendrons-nous pour arriver à ce résultat nécessaire?

Messieurs, si je considère en thèse générale que la dilatation progressive constitue la méthode de choix, faut-il que cette dilatation soit possible. Ici nous ne pouvons pas introduire d'instruments. Je sais bien qu'en insistant davantage, viendrait peut-être un heureux instant où une fine bougie traverserait le rétrécissement; mais, pendant cette longue attente, que deviendra la vessie, que deviendront les reins? Et si, le rétrécissement franchi, nous poursuivons la dilatation, sommes-nous sûrs de dilater d'une façon utile, efficace? Je ne le crois pas; il est prudent, il est nécessaire de ne pas le croire.

La même objection doit être faite à l'uréthrotomie interne. Pour guider l'uréthrotome, la bougie conductrice est indispensable, et si cette opération est applicable aux cas qui permettent l'introduction d'une bougie mais ne tolèrent pas la dilatation, ici elle ne pourrait jamais vaincre l'induration du périnée et

amener la guérison de la fistule. En effet, l'uréthrotomie interne incise le canal, mais elle ne peut atteindre la fistule et si dans certains cas on voit à la suite de l'opération certaines fistules se tarir, se fermer, cela arrive quand autour de l'urèthre les tissus sont libres, souples, exempts d'indurations étendues comme celle dont nous avons sous les yeux un exemple si saisissant, compliquée qu'elle est par une fistule sinueuse, large, indurée sur ses bords.

Nous arrivons par voie d'élimination à une intervention plus sérieuse, plus compliquée dans son manuel opératoire : l'uréthrotomie externe. C'est elle qui s'impose actuellement comme la seule ressource vraiment utile que nous puissions opposer aux complications qui nous menacent.

Il faut inciser sur la ligne médiane, traverser les tissus indurés en ouvrant la fistule, arriver sur l'urèthre, et là, couper les parties dures du rétrécissement, rechercher le bout postérieur du canal et rétablir la voie au moyen d'une sonde à demeure.

Cette opération, Messieurs, modifiera la vitalité des tissus malades, les placera dans de bonnes conditions de réparation, et j'ai la ferme conviction qu'elle guérira cet homme qui, sans elle succomberait infailliblement.

L'uréthrotomie externe a été pratiquée, sans conducteur, le 10 octobre 1883. Après avoir introduit dans l'urèthre un cathéter, et l'avoir fait pénétrer jusqu'au rétrécissement, on l'a fait fixer solidement par la main d'un aide.

Une incision médiane, étendue du point correspondant à l'extrémité du

cathéter qu'on sentait à travers la peau, jusqu'au voisinage de l'anus, a successivement divisé la peau et tous les tissus indurés jusqu'au niveau de l'urèthre.

Par une seconde incision, un peu oblique, on a ouvert la fistule mais sans qu'il fût possible d'arriver par elle à l'urèthre.

En effet, après avoir ponctionné l'urèthre sur le cathéter et avoir fait maintenir écartées ses deux parois, au moyen d'un fil de soie passé dans leur épaisseur avec une aiguille, on n'a pas pu suivre le canal dans sa partie rétrécie; son tissu se perdait dans la plaie.

L'opérateur s'est alors contenté de serrer de près, en incisant doucement, couche par couche, la ligne médiane, jusqu'au moment où il supposa que le rétrécissement avait été coupé.

La recherche du bout postérieur du canal devait être difficile. Ce n'est qu'après une série de tâtonnements que ce bout postérieur a pu être découvert par l'extrémité d'une sonde mousse qu'on appuyait légèrement sur les parties incisées.

Une sonde à bout coupé, de moyen calibre, est alors introduite dans la vessie et son extrémité antérieure est ensuite passée dans la partie antérieure du canal avec un fil conduit sur l'extrémité d'une autre sonde qu'on avait fait pénétrer par le méat.

Lotions antiseptiques, pansement indofilmé. Durée de l'opération : 20 minutes.

Aujourd'hui (15 janvier 1886), le malade, qui n'a présenté aucun accident consécutif à l'opération, est presque complètement guéri et la dilation, maintenue par un cathétérisme régulier, est largement suffisante pour assurer le résultat obtenu par l'uréthrotomie.



VINGT-HUITIÈME LEÇON

Hydrocèle enkystée de l'épididyme.

Observation du malade qui fait l'objet de cette leçon. — L'examen méthodique conduit au diagnostic de kyste du testicule, de kyste de l'épididyme.

Caractères présentés par ces kystes et qui les distinguent de l'hydrocèle de la tunique vaginale.

Théories émises sur leur formation. — Aspect spécial présenté par le liquide qu'ils contiennent.

Indications auxquelles ils donnent lieu.

Traitement.

MESSIEURS,

Nous avons ce matin examiné un malade de la salle 17, à qui j'ai dû, séance tenante, pratiquer une petite opération. J'étudierai les signes présentés par la maladie qui l'a conduit vers nous et ce qui, dans son anatomie pathologique, nous intéresse au point de vue clinique. Si simple que soit un cas d'hydrocèle enkystée de l'épididyme, vous devez lui donner toute votre attention.