LEÇON III

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE (SUITE)

Traitement des rétrécissements difficiles à franchir. — L'emploi de la force doit être rejeté. — Instruments de gomme. — Instruments métalliques. — Méthode à suivre : 1° dans les cas de rétrécissement très-étroit; 2° dans les cas de fausse route. — Rétrécissements rétractiles. — Caustiques. — Uréthrotomie interne. — Uréthrotomie externe. — Divulsion. — Distension forcée. — Traitement général.

MESSIEURS,

Nous avons commencé, dans notre dernière séance, l'étude du rétrécissement de l'urèthre, et nous en avons considéré le traitement par la dilatation simple et par la dilatation continue.

Je vous ferai remarquer, sans plus tarder, que ces deux méthodes de traitement impliquent l'une et l'autre l'introduction préalable d'un instrument jusque dans la vessie. Pour guérir, en effet, un rétrécissement par la dilatation, soit simple, soit continue, il est de toute nécessité que l'obstacle se laisse franchir; sans cela, pas de dilatation possible.

Malheureusement, tous les rétrécissements ne sont pas justiciables d'un traitement aussi simple. Trop souvent, après une ou plusieurs tentatives, le cathéter ne parvient point à traverser la coarctation, ou bien il ne la franchit que d'une manière incomplète, si même il n'abandonne pas tout à fait le canal pour s'engager dans une fausse route. En un mot, pour une cause ou pour une autre, vous pouvez vous trouver dans l'impossibilité de franchir complétement l'obstacle et d'arriver, comme il conviendrait, jusque dans la vessie.

C'est là une circonstance difficile qui va fournir aujourd'hui un nouveau thème à nos réflexions.

Nous voici en présence des cas les plus ardus pour lesquels vous n'aurez pas trop de toute votre attention et de toute votre expérience, si vous en possédez déjà. De l'aveu même de Liston, il n'est pas d'opération chirurgicale qui présente plus de difficulté ni qui exige autant d'attention et de patience que l'introduction d'un cathéter à travers un rétrécissement opiniâtre et très-étroit. Vous trouverez cette opinion consignée dans la dernière édition de sa « *Practical Surgery* » (page 476). Il serait, je crois, difficile d'invoquer une plus haute autorité à l'appui du fait que je mentionne.

On se sert souvent, à propos des angusties uréthrales, d'une locution contre laquelle je ne saurais trop m'élever et que je voudrais voir au plus tôt rayée du vocabulaire chirurgical. Un rétrécissement de la nature de celui auquel je fais allusion en ce moment est souvent qualifié d'*infranchissable*. Pesons la valeur de cette expression. D'abord, elle ne saurait désigner une propriété intrinsèque, inhérente au rétrécissement lui-même; elle sert plutôt à qualifier le chirurgien, car tel rétrécissement « infranchissable » pour A, ne le sera pas pour B, qui pourra, lui, introduire une sonde avec facilité.

Il y a ensuite contradiction dans les termes : *rétrécissement* (1) veut dire diminution de diamètre et non pas oblitération complète. Il faut toujours qu'il y ait une ouverture, et, s'il y a une ouverture, il doit y avoir place pour un instrument : le rétrécissement n'est donc pas absolument infranchissable. Ce n'est qu'une question de calibre instrumental et d'habileté opératoire. Plus ou moins l'urèthre rétréci laisse toujours passer de l'urine, et je maintiens la vérité de l'axiome énoncé pour la première fois par le professeur Syme : « Quand l'urine passe à travers un rétrécissement, moyennant de l'attention et de la patience, l'instrument doit passer aussi. » Croyez, messieurs, à cette doctrine! Je ne dis pas qu'elle vous soit actuellement applicable : votre expérience n'est pas encore suffisante pour vous rendre capables de franchir un rétrécissement dans tous les cas; autrement — ai-je besoin de le dire? — vous n'auriez que faire ici, je n'aurais rien à vous apprendre. Mais, s'il est vrai que l'on rencontre des cas dans lesquels le passage d'un instrument soit chose extrêmement difficile, l'expérience finira par vous convaincre qu'il en est bien peu où l'on ne puisse réussir. Et lorsque vous aurez devant vous un de ces cas réellement épineux, je dis encore que le résultat que vous obtiendrez sera bien différent, suivant la doctrine qui inspirera votre conduite. Celui qui professe qu'il y a un certain nombre de rétrécissements « infranchissables » pour tous les chirurgiens, peut être assuré d'échouer dans un certain nombre de cas; celui, au contraire, qui, n'imputant son insuccès qu'à lui-même, croit qu'avec du temps et de la patience un cathéter peut toujours passer, réussira dans tous les cas, ou du moins réussira plus souvent que l'autre.

On entend moins parler aujourd'hui qu'il y a vingt ans de *rétrécissements infranchissables*. Alors on y croyait beaucoup, et les opérations qu'on leur opposait étaient fréquemment pratiquées dans les hôpitaux. Je puis vous garantir qu'il n'en est plus de même aujourd'hui. On ouvrait l'urèthre par le périnée sur un large cathéter introduit jusqu'au rétrécissement, puis on divisait celui-ci comme on pouvait, en suivant plus ou moins bien le canal jusqu'en arrière de l'obstruction. Très-rarement suivait-on la bonne route ; mais enfin, à force de couper, on frayait un chemin au cathéter jusqu'à la partie de l'urèthre située en amont de l'obstacle.

Ce n'était pas une opération très-heureuse. Dans les livres de l'époque elle était connue sous le nom d'« opération pour le rétrécissement infranchissable » ou de « section périnéale ». Je n'ai eu l'occasion de la pratiquer en ma vie que trois fois, dont deux pour des rétrécissements traumatiques. J'estime que la nécessité s'en impose bien rarement aujourd'hui, et j'ai déjà rendu au professeur Syme l'honneur d'avoir le premier formulé cette doctrine qu'il a énergiquement soutenue, au grand avantage des malades affectés d'angusties uréthrales sévères.

(1) [La contradiction existe surtout en anglais, où notre locution « rétrécissement infranchissable » est rendue par *impermeable stricture*. On dit aussi « *impassable stricture* », mais c'est « *impermeable stricture* » qu'il y a dans le texte.]

On peut cependant rencontrer des oblitérations complètes de l'urèthre, mais ces cas, très-rares du reste, ne constituent pas des rétrécissements; on ne les observe qu'à la suite de blessures du périnée, de ruptures de l'urèthre ou de plaies transversales qui intéressent tout ou partie de la circonférence du canal. Si la plaie reste alors béante, l'urine s'échappe en totalité par l'ouverture accidentelle, et la cicatrisation isolée du bout antérieur de l'urèthre finit par oblitérer entièrement le canal en avant de la fistule.

Maintenant, quelle sera votre conduite en présence d'un rétrécissement réellement étroit et difficile.

Vous avez essayé, je suppose, à trois ou quatre reprises, de passer la sonde, et vous avez échoué. Faites alors uriner le malade devant vous. Votre insuccès peut fort bien ne pas provenir du rétrécissement : il peut y avoir une fausse route; il peut même arriver qu'il n'y ait pas de rétrécissement du tout. Que de fautes, et des plus lourdes, se trouvent chaque jour commises sur des malades dont le canal n'est que peu ou point rétréci, et n'ont d'autre cause que l'inexpérience du chirurgien ou la présence d'une fausse route! Donc, avant toute chose, observez le jet de l'urine, et jugez par lui du calibre de l'instrument que vous devrez employer. Que ce calibre corresponde à celui du jet, ou mieux qu'il lui soit un peu inférieur, car la largeur du jet, au moment où il s'échappe du méat, ne donne pas la mesure exacte du diamètre de l'urèthre dans sa partie la plus étroite, semblable en cela à un cours d'eau dont la marche se précipite quand ses rives se resserrent, pour se ralentir ensuite, en s'élargissant, quand son lit devient plus spacieux. Que le diamètre de votre instrument soit donc un peu plus petit que celui du jet. Plusieurs d'entre vous ont pu voir, dans la salle n° 10, un malade qui n'a plus de jet du tout; on ne constate chez lui qu'une succession de gouttes. Quelle ne doit pas être la finesse de l'instrument que réclame un pareil cas!

Plaçons ici une remarque de la plus haute importance : On ne saurait introduire dans l'urèthre d'arme plus dangereuse qu'un très-petit cathéter, à moins de proportionner la légèreté de la main et la circonspection de la manœuvre à la ténuité de l'instrument. Dans ces circonstances, on ne déploiera jamais trop de soin. Jugez avec quelle facilité un instrument pareil à celui que je vous montre (1) doit s'engager, soit dans une lacune, soit dans une fausse route, soit au travers des molles parois de l'urèthre, et, par conséquent, quelle légèreté de main doit présider à son emploi!

Gardez-vous d'empoigner ce mince cathéter avec la pensée de lui faire traverser un obstacle, mais le tenez, assez délicatement pour qu'il puisse glisser entre vos doigts à la première résistance anormale. N'importe quoi plutôt qu'une blessure de l'urèthre! Aussi ne saurais-je vous conseiller l'usage d'un semblable instrument avant que vous ayez acquis, avec de plus larges, une bonne dose d'expérience.

Dans les cas difficiles, une petite sonde de gomme est rarement d'un grand secours, quoique cependant elle puisse réussir, et qu'on doive, par

(1) Voy. *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, p. 170, fig. 33.

conséquent, l'essayer d'abord. J'ai déjà érigé en principe la préférence à donner aux instruments de gomme élastique; mais quand vous avez affaire à un rétrécissement très-serré, et qu'une ou deux tentatives avec la sonde de gomme sont restées infructueuses, vous devez recourir à l'instrument d'argent.

Maintenant un mot sur l'emploi de la force dans le cathétérisme. — *Dans aucune circonstance, quelle qu'elle soit, il ne faut employer la force pour traverser un rétrécissement ou pour pénétrer dans la vessie.*

Tel est aujourd'hui mon axiome. Il y a quelques années on discutait sur le degré de force qu'on peut se permettre; plus anciennement encore, on voyait des personnes manier l'instrument avec une grande violence. Aujourd'hui, je suis parfaitement édifié, et je pense que tous les chirurgiens modernes vous diront qu'il faut absolument bannir la force de la pratique du cathétérisme. Il est difficile assurément de définir ce que l'on doit entendre ici par le mot force. Retenez seulement ceci : il ne faut jamais ni peser ni presser assez sur un instrument, de façon à courir le risque de le pousser hors du canal, — et une très-petite force suffit pour cela. Plus le rétrécissement présente de difficulté, moins il vous faut songer à l'emploi de la force. N'oubliez pas qu'au-dessus du point rétréci l'urèthre peut être de pleine largeur, disposition qui rend l'ouverture fort difficile à trouver. Si vous forcez, vous risquez de perforer d'un côté ou d'un autre les molles parois du canal, ce qui ne fera qu'augmenter la difficulté, puisque la pointe de votre instrument aura ensuite la plus grande tendance à s'engager dans la fausse route.

Souvenez-vous encore qu'un rétrécissement situé sur le trajet d'un canal n'en suit pas nécessairement l'exacte direction, qu'il peut être tortueux et en dehors de l'axe naturel du conduit. Vous pourrez plus d'une fois vérifier le fait sur le cadavre, faites-en votre profit pour le vivant.

Quand vous avez à lutter contre un rétrécissement très-étroit, prenez un instrument d'argent que vous entendiez guider. N'attendez pas des hasards du tâtonnement la rencontre de l'orifice, pratique essentiellement aveugle, pour ne parler que de son moindre défaut.

Adoptez une méthode, celle qu'il vous plaira, pourvu qu'elle vous paraisse épuiser tous les modes d'exploration de l'urèthre. Quelques-uns d'entre vous ont vu le plan que j'ai suivi aujourd'hui chez un malade; c'est, à mon avis, le meilleur. Vous devez procéder méthodiquement et faire descendre votre instrument le long d'une paroi ou d'une autre à partir du méat. Ce diagramme rendra ma pensée plus claire. Si je descends de ce côté, je n'arriverai probablement pas dans le rétrécissement; mais si je glisse petit à petit le long de l'autre paroi, j'engagerai probablement mon instrument, car je rencontrerai moins d'obstacles. Commencez donc par la paroi supérieure; c'est la plus ferme, et, en la suivant, la pointe du cathéter s'engagera très-probablement. La paroi inférieure, au contraire, est, de toutes, la plus molle, la plus lâche, la plus spongieuse, la plus susceptible de céder sous la pression et de laisser échapper l'instrument hors du canal.

Conséquemment, si votre première tentative sur la paroi supérieure ne

réussit point, prenez le côté droit; si vous échouez par là, prenez le côté gauche; et enfin, si vous ne pénétrez pas encore, suivez le plancher inférieur. Je ne connais pas de méthode aussi bien calculée pour vous aider à franchir un rétrécissement difficile. Une main légère peut ainsi se permettre des recherches de vingt à trente minutes sans causer le moindre dommage; mais si le malade souffre beaucoup, ou qu'il saigne un peu abondamment, si vous-mêmes vous perdez patience, arrêtez-vous, vous feriez probablement une fausse route et décupleriez la difficulté.

J'en ai dit assez au sujet de l'introduction de la sonde dans les cas de coarctation extrême du canal. Envisageons à présent les difficultés que peut créer une fausse route. J'admettrai naturellement que cette fausse route n'est point votre œuvre — vous serez beaucoup trop prudents pour cela; — mais vous n'êtes peut-être pas le premier chirurgien qu'ait appelé le malade, un autre l'a vu avant vous et a fait une fausse route.

Nous avons présentement dans nos salles un malade qui s'est fait une fausse route lui-même; nous n'en pouvons douter, car il s'est enfoncé une grosse sonde jusque *dans le rectum*. Il se traitait son propre rétrécissement à l'aide d'une bougie n° 9 ou 10 qu'il a poussée à travers toute l'épaisseur de la cloison recto-uréthrale. Quand ce héros du vieil adage : « Se soigner soi-même, c'est avoir un fou pour malade », s'est présenté à la salle de consultation, il ne se plaignait que d'une chose : de ramener chaque fois souillé d'excréments le cathéter qu'il avait introduit dans sa vessie. La vérité est que son instrument n'avait jamais pénétré dans le réservoir urinaire. Me doutant de la cause de sa mésaventure, je le fis coucher sur le dos, et j'obtins bientôt la preuve que j'avais deviné juste. Le patient, comme vous savez, est actuellement dans nos salles. Aujourd'hui, après deux tentatives prolongées, j'ai fini par introduire dans sa vessie un cathéter d'argent n° 1.

Il vous est facile d'entrevoir les difficultés que la fausse route oppose au passage correct de la sonde. Pour les surmonter, il faut avoir bien soin d'éviter le côté qui a été l'objet de la déchirure, c'est-à-dire, dans la majorité des cas, le plancher inférieur du canal qui doit, vous le savez, cette fâcheuse prérogative à la laxité plus grande de sa structure.

Quand on explore un malade porteur d'une fausse route, la sonde peut fort bien s'engager tout entière sans donner une seule goutte d'urine, et c'est là ce qui a fait croire à tort à l'existence des rétrécissements du col vésical. Quand vous serez témoins de faits de ce genre, introduisez votre doigt dans le rectum, vous saurez tout de suite à quoi vous en tenir : s'il y a une fausse route, votre doigt, séparé seulement du cathéter par la mince paroi de l'intestin, percevra le contact de l'instrument avec une netteté insolite. En outre, le cathéter vous paraîtra le plus souvent dévié de la ligne médiane et porté un peu à gauche ou un peu à droite. Si l'instrument, au contraire, est dans le bon chemin, vous sentirez entre lui et votre doigt toute l'épaisseur de la prostate, qui, bien que peu considérable parfois, l'est toujours assez pour vous prouver que vous êtes dans la bonne voie.

C'est presque toujours dans la région bulbeuse, vous ai-je dit, que le cathéter sort de l'urèthre et passe sous la prostate. Voici alors ce qu'il faut

faire : retirez votre instrument de 5 centim., ou même davantage, puis poussez-le de nouveau en le tenant le plus possible appliqué contre la paroi supérieure de l'urèthre, en même temps qu'à l'aide de votre doigt introduit dans le rectum, vous vous assurerez qu'il ne passe pas de nouveau dans la route accidentelle; car, ne l'oubliez pas, c'est là qu'il tiendra toujours à s'engager plutôt que de suivre la bonne direction.

Le temps dont je dispose pour ces leçons ne me permet pas de m'étendre davantage sur ce sujet, et pourtant je ne vous ai donné que des conseils généraux. La pratique, je l'espère, vous apprendra le reste. Vous trouverez fréquemment dans nos salles des cas de fausse route; je vous engage à vérifier vous-mêmes la position du cathéter et à constater par le toucher rectal combien peu de tissu se trouve interposé entre votre doigt et l'instrument. Si au contraire le cathétérisme a été convenablement exécuté, votre doigt sera séparé de la sonde par toute l'épaisseur de la prostate. Exercez-vous donc au toucher si vous voulez bien apprécier toutes ces choses; de plus longs discours ne vous en apprendraient pas davantage.

Un mot au sujet de l'injection d'huile.

Lorsque vous cherchez à franchir un rétrécissement très-étroit, il est préférable, au lieu d'huiler l'instrument, d'injecter 15 à 30 grammes d'huile d'olive dans l'urèthre, en tenant la seringue bien appliquée sur le méat. Cette quantité d'huile peut passer aisément même à travers une stricture très-étroite. Non-seulement elle lubrifie les parois de l'urèthre, mais si l'on en prévient la sortie en comprimant l'extrémité du canal entre le pouce et l'index, elle dilatera suffisamment les tissus pour permettre le passage d'une sonde dont vous aviez déjà vainement essayé l'introduction. Ce procédé vaut la peine d'être noté. Il ne réussit pas quand il y a beaucoup de sang dans le canal ou que les tissus sont déchirés, mais, en dehors de ces circonstances, il est parfois utile.

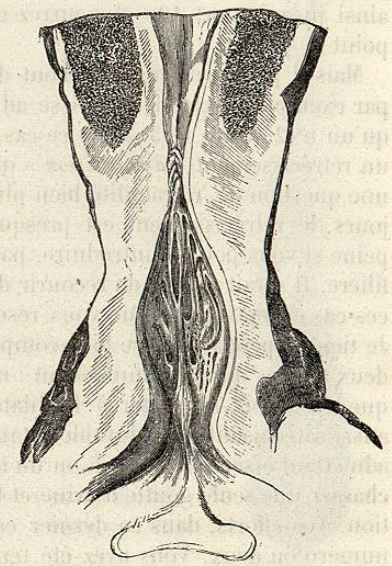

FIG. 5. — Urèthre incisé permettant de voir un rétrécissement très-étroit, et, en arrière de ce dernier, les portions membraneuse et prostatique dilatées et réticulées.

Supposez maintenant qu'en suivant ces conseils vous ayez réussi à introduire une sonde. Votre instrument, serré par la coarctation, vous donnera la sensation d'une sorte d'étreinte que l'on est toujours heureux de constater, car elle indique que le rétrécissement a été franchi. Toutefois ce pincement caractéristique ne donne pas une satisfaction sans mélange; il rend en effet moins commode la direction ultérieure de la pointe du cathéter, et vous avez encore, plus avant dans l'urèthre, de nouveaux écueils à éviter.

Ainsi, la dilatation des lacunes transforme souvent la membrane muqueuse située en arrière du rétrécissement en une surface réticulée capable d'arrêter le bec de la sonde et de lui faire produire une fausse route. Donc, arrivés à cette profondeur, gardez-vous encore d'employer la force, et, même quand vous l'avez dépassée, tâchez d'arriver doucement et légèrement dans la vessie. La figure 5, dessinée d'après nature, vous donnera une idée exacte de la disposition dont je parle.

Enfin, après bien des difficultés vaincues, voilà votre cathéter dans la vessie. Ne le retirez pas. Dites-vous plutôt : « J'ai eu assez de peine à l'introduire, je vais le fixer à demeure. » Et, en agissant ainsi, vous ne cesserez pas d'être prudents, même avec un cathéter métallique, que vous pourrez laisser en place quarante-huit ou soixante-douze heures.

Donc, si votre malade ne souffre pas, ne vous hâtez pas de retirer l'instrument. Quel désagrément, en effet, pour votre malade, et pour vous quelle déception, si la tâche était tout entière à recommencer! Laissez le cathéter à demeure environ trois jours, au bout desquels vous pourrez probablement le remplacer par une sonde de gomme élastique. Puis vous poursuivrez la dilatation continue telle que je l'ai déjà décrite, en augmentant de temps en temps le calibre de la sonde. Vous arriverez peut-être ainsi jusqu'au n° 10, et pourrez dire à votre malade : « Voilà un grand point de gagné. »

Mais il peut arriver qu'au bout d'un certain temps, une dizaine de jours par exemple, le canal ne puisse admettre, à votre grand désappointement, qu'un n° 2 ou un n° 3. Dans ce cas, vous avez affaire à ce qu'on nomme un rétrécissement « *à répétition* » ou « *rétractile* ». Vous vous heurtez ici à une question de rétractilité bien plus qu'à une question de calibre. En dix jours, le rétrécissement est presque revenu à son premier état, et c'est à peine si vous pouvez introduire, par exemple, le troisième numéro de la filière. Il serait oiseux de recourir de nouveau à la dilatation; c'est pour ces cas exceptionnels que vous réserverez d'autres moyens de traitement. Je tiens cependant à être bien compris. Étroitesse et rétractilité ne sont pas deux termes qui se commandent : un rétrécissement peut fort bien, quoique très-étroit, se prêter à la dilatation, et celle-ci donner des résultats aussi satisfaisants que durables; tandis qu'un canal médiocrement rétréci, admettant aisément un n° 5 ou un n° 6, peut rendre le malade incapable de chasser une seule goutte d'urine et tenir en échec tous les agents de dilatation. Vos efforts, dans ce dernier cas, ne vous feront pas gagner plus d'un numéro ou deux. Vous avez été témoins, dans nos salles, d'un cas de ce genre : l'autre jour, chez le malade auquel je fais allusion, la dysurie était à son comble, et pourtant nous passions aisément un n° 6.

Ces rétrécissements rétractiles ont été, de temps immémorial, le fléau des chirurgiens, dont ils ont jusqu'à nos jours défié les ressources. Vous pourrez vous en convaincre par la lecture des anciens mémoires, même de ceux qui remontent à plusieurs siècles. Il n'est pas de moyens ni de substances qu'on n'ait cherché à leur opposer, et je dois renoncer à vous en donner, même en abrégé, l'interminable nomenclature. Certes, j'estime

que l'estomac de l'homme doit avoir été construit d'une façon toute particulière, pour se montrer, plus qu'aucun organe, l'instrument tolérant que vous savez de toutes les débauches de la thérapeutique. Eh bien, consultez les anciens auteurs de chirurgie; que dis-je? ouvrez certains ouvrages modernes, vous verrez que l'urèthre a été traité d'une façon presque aussi brutale, et ce n'est pas peu dire. Depuis la sabine et le vert-de-gris jusqu'aux sels métalliques de toute sorte, depuis les agents les plus irritants jusqu'aux moyens les plus désagréables que l'imagination ait pu enfanter, tout a été mis en réquisition contre ces malheureux rétrécissements. J'ai à peine besoin de citer le nitrate d'argent et la potasse caustique, qui ne sont ni l'un ni l'autre de doux remèdes.

Le débat, messieurs, peut être vidé d'un seul mot : « Tous ces irritants chimiques sont, dans l'affection qui nous occupe, toujours inutiles, et le plus souvent ils sont dangereux. » Cette opinion rallie aujourd'hui la majorité des chirurgiens aussi bien à l'étranger que chez nous. Je suis cependant obligé de convenir que les caustiques comptent encore quelques partisans; mais quel est le système qui n'a pas les siens! N'insistons pas.

Que nous reste-t-il donc que nous puissions efficacement opposer à ces coarctations rebelles?

Il nous reste plusieurs procédés mécaniques, savoir : la divulsion, la distension forcée et l'incision de ce tissu réfractaire et rétractile qui constitue le rétrécissement. De tous ces moyens, l'*uréthrotomie* — car tel est le nom qu'on a donné à l'incision, par un instrument tranchant, de l'urèthre rétréci — est peut-être, tout bien considéré, le plus universellement employé. On peut la pratiquer de deux manières : ou bien par le périnée, *uréthrotomie externe;* ou bien à l'aide d'un bistouri ou de tout autre instrument introduit dans le canal, *uréthrotomie interne.* C'est de cette dernière que je vais d'abord m'occuper.

L'uréthrotomie interne comprend elle-même deux procédés, suivant que l'on coupe la stricture d'avant en arrière, ou d'arrière en avant; mais c'est la section d'arrière en avant qui a conquis la préférence des chirurgiens, à raison du degré de sûreté et de précision qu'elle imprime au manuel opératoire.

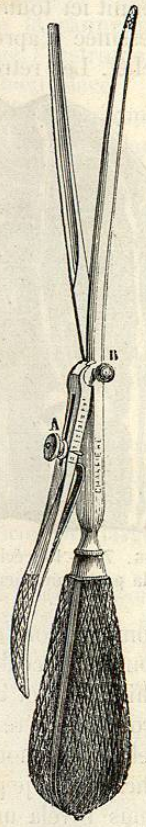

FIG. 6. — Bistouri à lame cachée.

Au point de vue des indications de l'uréthrotomie, nous diviserons les rétrécissements en deux catégories :

1° Ceux qui siégent au méat ou dans la partie adjacente du canal :

2° Ceux qui résident à 12 centimètres et demi de profondeur.

Les premiers occupent une région très-peu dilatable, comme bien vous savez, et rien n'est simple, dans ces cas, comme d'introduire dans le canal un petit bistouri caché pareil à celui que j'ai en main (fig. 6). Il suffit ensuite de dégager la lame et de tirer à soi pour sectionner l'obstacle. Une

vis placée dans le manche de l'instrument permet de graduer à l'avance la saillie que devra faire la lame, et l'on peut inciser franchement, car il n'y a aucun danger. En thèse générale, plus le rétrécissement se trouve rapproché du méat, plus la section en est indiquée et exempte de danger; plus, au contraire, le rétrécissement s'éloigne de l'orifice externe, moins la section s'impose, en même temps peut-être qu'elle s'accompagne d'un peu plus de danger. Tous les rétrécissements, soit du méat, soit des 7 1/2 centim. voisins, qui ont résisté à la dilatation — et ils y résistent presque toujours — doivent être incisés. Sans doute, on peut parfois les dilater, mais l'amendement obtenu n'est que temporaire, tandis que l'incision réunit ici toutes les conditions d'aisance et de sécurité. La figure suivante, dessinée d'après une préparation, met tous ces détails parfaitement en relief. Les rétrécissements, préalablement constatés, ont été mis à découvert; seulement l'incision du canal leur donne une apparence d'ampleur qu'ils étaient loin de présenter pendant la vie (voy. fig. 7).

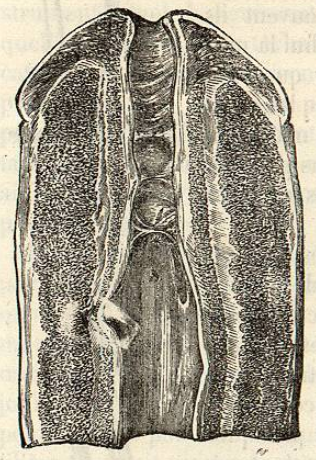

FIG. 7. — Rétrécissement affectant la partie antérieure de l'urèthre.

La seconde catégorie de strictures comprend celles qui résident à une profondeur de 13 centimètres et demi en arrière du méat. L'innocuité de l'incision est ici moins absolue, en raison de l'abondance du tissu érectile ambiant. Cependant depuis seize ou dix-sept ans que je pratique l'uréthrotomie interne, tant en ville qu'à l'hôpital, je n'ai eu à déplorer qu'un seul cas de mort sur un chiffre d'opérations que je ne puis évaluer exactement, mais qui n'est probablement pas inférieur à deux cents.

On peut voir se développer à la suite de l'uréthrotomie un appareil fébrile intense, mais c'est fort rare, et la cystite, en tant que complication, est un accident plus rare encore. Ai-je besoin d'ajouter que tous ces accidents sont étroitement subordonnés au degré d'habileté du chirurgien et aux conditions plus ou moins favorables dans lesquelles se trouve l'opéré? Le cas de mort que je viens de vous mentionner, fut celui d'un homme qui entra l'année dernière (1871) dans nos salles et chez lequel je pratiquai l'opération comme dernière ressource. L'autopsie nous révéla une telle désorganisation des uretères et des reins, que je ne fus nullement étonné du résultat.

Si cette opération m'a causé des surprises, c'est, je puis le dire, par sa constante bénignité. Dans le principe, je ne la tenais nullement pour une œuvre exempte de périls, j'hésitais à y avoir recours, sauf pour les cas d'urgence. Je ne parle, bien entendu, que du seul procédé uréthrotomique que vous me voyez mettre en usage et dont je vous donnerai la description dans notre prochaine conférence.

L'uréthrotomie externe est généralement connue sous le nom d'« opération de Syme ». Elle implique la nécessité d'introduire comme guide un cathéter cannelé à travers le rétrécissement. On incise le périnée comme dans la taille médiane, et l'on divise complétement la portion rétrécie en coupant franchement sur la cannelure du cathéter. Ce dernier, en un point de sa longueur, s'amincit brusquement de manière à passer sans transition du n° 10 au n° 2, d'où résulte la formation sur la tige d'une sorte d'« épaule » qu'on fait arc-bouter contre le talus antérieur du rétrécissement. Le chirurgien peut, en outre, utiliser ce point de repère pour fixer les limites de son incision. La partie grêle de la tige du cathéter se trouve cannelée et doit être engagée avec les plus grands ménagements jusque dans la vessie. Il serait même à désirer qu'un petit canal s'étendît depuis la cannelure jusqu'au pavillon, afin d'indiquer par la sortie de l'urine que l'instrument a suivi la bonne route, et qu'il se trouve conséquemment bien placé.

On peut résumer brièvement les conditions de succès de l'uréthrotomie externe: Il faut d'abord que le conducteur soit logé en toute certitude dans la vessie. Il est nécessaire ensuite d'inciser l'obstruction en totalité. Enfin, pendant la phase de cicatrisation, on doit introduire une bougie de fort calibre afin de prévenir une rétraction trop prononcée. Le grand écueil à éviter est celui qui consiste à prolonger l'incision trop en arrière du côté de la vessie, et à laisser intactes, à la partie antérieure, un certain nombre des fibres de la coarctation.

Après l'opération, on place pour quarante-huit heures une sonde à demeure; puis, on passe de temps en temps une bougie, pour assurer le maintien d'un bon calibre.

L'uréthrotomie externe était fréquemment pratiquée il y a douze ou quinze ans. Aujourd'hui elle est à peu près tombée en désuétude au profit de méthodes nouvelles. Cependant elle peut encore trouver son emploi, notamment dans ces coarctations compliquées de fistules périnéales larges ou invétérées qui ne peuvent guérir que par l'incision.

Passons à la méthode de la *rupture* ou de la *divulsion*. Je vais d'abord mettre sous vos yeux un instrument qui porte le nom de M. Holt, de « Westminster Hospital » (1), bien qu'il ait été inventé, depuis plus de vingt ans, par M. Perrève, de Paris. M. Perrève s'en servait surtout, pas exclusivement cependant, pour la dilatation simple (2). M. Holt, dans une notice, a appelé l'attention sur cet instrument, ainsi que sur une nouvelle manière de l'utiliser qui lui appartient en propre. Il l'introduit à travers la stricture; puis, au lieu de passer à différents intervalles une série de mandrins de plus en plus volumineux, il prend d'emblée le mandrin le plus large et l'engage de force dans l'urèthre à la faveur de la tige conductrice,

(1) [Le dilatateur de M. Perrève se compose de trois parties : 1° d'un cathéter d'acier formé de deux valves flexibles; 2° d'une tige conductrice fixée par l'une de ses extrémités au bec de l'instrument et libre entre les deux valves dans tout le reste de son étendue; 3° de mandrins creux de diverses grosseurs qu'on engage sur la tige conductrice, de manière à produire l'écartement des valves du cathéter, et, par suite, la dilatation de l'urèthre. (Perrève, *Traité des rétrécissements organiques de l'urèthre*. Paris, 1847, in-8, avec 3 planches et 32 figures.)]

(2) Voy. Thompson, *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, p. 189, fig. 42.

rompant ainsi d'un seul coup tout ce qui s'oppose à l'écartement des valves. M. Holt ne place pas ensuite de sonde à demeure.

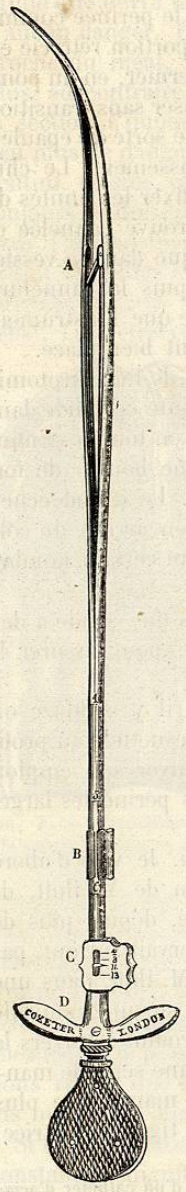

FIG. 8. — Dilatateur de Thompson (*).

Je fus un des premiers adversaires de cette méthode, à raison même de sa violence; mais en examinant avec M. Holt plusieurs de ses opérés à « Westminster Hospital » — je parle de plus de dix ans, — je pus constater, non sans surprise, le petit nombre des mauvais résultats. Je résolus désormais d'essayer moi-même le procédé. Aujourd'hui il m'arrive de temps à autre d'en faire usage, lorsque l'urèthre présente deux ou trois points coarctés, et qu'il est possible d'y porter l'instrument sans crainte, toutes conditions qui ne se présentent que rarement réunies.

Malgré tout, je persiste à considérer la divulsion comme un moyen trop violent dans la plupart des cas, et je donne la préférence à l'introduction méthodique d'une fine lame à travers les tissus rétractés. Les résultats qu'on obtient ainsi sont à la fois plus complets et plus durables. Néanmoins nous ne devons pas nous dissimuler la frayeur instinctive qu'inspire toujours l'instrument tranchant; le peuple anglais particulièrement, qui n'est pas très-enthousiaste du tranchant du fer, accueille avec faveur tout ce qu'on peut y substituer. On comprend très-bien ce sentiment. Il n'est pas en notre pouvoir d'imposer toujours au malade le procédé qui nous paraît le meilleur, et plus d'une fois nous sommes réduits à utiliser le moins défectueux de ceux qu'il nous permet. C'est pourquoi vous pourrez trouver dans la divulsion un expédient qui ne sera pas à dédaigner quand la dilatation n'aura pas réussi.

L'opération de M. Holt m'a suggéré, il y a quelques années, une méthode différente, que j'ai appelée « *distension forcée* ». Voici simplement en quoi elle consiste : Mon instrument se compose de deux tiges comme celui de M. Holt; seulement leur écartement n'a lieu qu'en un point limité, et, de plus, le mécanisme permet de donner à cet écartement toute l'amplitude et toute la lenteur voulues. En pratique, j'opère toujours avec lenteur, de façon à distendre plutôt qu'à rompre le tissu de l'obstruction. Mon appareil satisfait encore à un autre desideratum : souvenez-vous que la portion bulbeuse de l'urèthre, siége d'élection du rétrécissement, est aussi, dans l'état physiologique, la partie la plus extensible du

(*) [L'instrument, basé sur le même principe que celui du professeur Rigaud (de Strasbourg), se compose essentiellement de deux valves métalliques, susceptibles d'être écartées par un levier A, commandé lui-même par une manivelle D. — Les branches, étant toujours réunies à leurs extrémités, ne peuvent s'écarter que sur une longueur déterminée, d'où résulte une sorte de fuseau, dont le ventre doit correspondre au point qu'il s'agit de dilater. — B, curseur mesurant la profondeur à laquelle l'instrument doit être introduit. — C, aiguille indiquant sur une plaque graduée le degré d'écartement des branches.]

canal. En supposant, par exemple, que le calibre du méat soit n° 12 de la filière anglaise [n° 23 de la filière française], la portion bulbeuse, si elle est saine, admettra au moins un n° 20, voire même un n° 24. En conséquence, tout procédé de dilatation ou d'opération, dont l'effet se trouve limité par le diamètre du méat, ne peut rétablir qu'à moitié le calibre de l'urèthre, quand ce dernier est affecté de stricture bulbaire.

Aussi mon instrument a-t-il été construit de manière qu'il puisse distendre la partie rétractée jusqu'à ses dimensions normales, et plus encore, la rompre, si on le désire, et cela sans intéresser le méat, ni être gêné par son diamètre. Je l'ai employé bien souvent, toujours avec de bons résultats. On ne doit s'en servir que pour les rétrécissements de la région bulbeuse. J'ai appris qu'on l'avait appliqué quelquefois à des angusties siégeant à 7 1/2 centim. du méat; c'est une faute : les rétrécissements de cette région réclament toujours l'incision, ainsi que je vous l'ai déjà dit. La distension forcée exige plus d'attention que n'en réclame le procédé de M. Holt. La divulsion, en effet, ne demande pas de grands soins, une fois l'instrument bien en place, et l'exécution en est très-facile : la seule pression de la main suffit à introduire de force le tube-mandrin à travers la stricture; c'est là ce qui en fait, sans doute, un procédé séduisant.

Les bons résultats que fournissent ces opérations se maintiennent pendant un temps considérable. J'estime cependant que les bienfaits de l'uréthrotomie interne sont encore bien plus durables que ceux de toutes les autres méthodes; par contre, le manuel opératoire en est plus difficile et exige sans aucun doute une main exercée.

Un mot encore au sujet de quelques renseignements préalables qu'il est bon de recueillir avant d'entreprendre l'une ou l'autre de ces opérations, notamment l'uréthrotomie. Par exemple, vous avez tout intérêt à connaître d'une manière exacte si, indépendamment de l'obstruction principale, l'urèthre ne présente pas un ou plusieurs autres points rétrécis. Vous devez encore préciser la situation et l'étendue du rétrécissement.

Si le n° 11 ou le n° 12 passe avec facilité jusqu'à 12 1/2 centim. ou 13 1/2 centim. de profondeur, vous pouvez compter que la stricture est unique; mais quand votre instrument sera arrêté près du méat ou seulement à 5 ou 7 1/2 centim. de ce dernier, il vous arrivera plus d'une fois de trouver un second rétrécissement (1).

(1) La raison de ce principe diagnostique est facile à découvrir. Elle repose sur ce fait d'observation que les rétrécissements de l'urèthre d'origine blennorrhagique, c'est-à-dire les plus fréquents de tous, ceux que l'auteur a constamment en vue, ne peuvent occuper que les portions du canal qu'entoure une atmosphère de tissu spongieux; et ce fait lui-même trouve sa formule dans la définition suivante : « Le rétrécissement blennorrhagique n'est autre chose qu'un épanchement de lymphe organisable et rétractile dans les mailles du fourreau spongieux de l'urèthre dont elle détruit l'élasticité, la muqueuse restant intacte ou, du moins, ne participant à l'altération qu'ultérieurement. »

Donc, hors du corps spongieux, pas de rétrécissement blennorrhagique. Aussi, lorsqu'une sonde se trouvera arrêtée par le fait d'une angustie uréthrale à 12 1/2 cent., elle sera parvenue à la limite de la portion spongieuse de l'urèthre, c'est-à-dire à la limite du seul territoire organique où puisse germer le rétrécissement en question; il n'est donc pas étonnant qu'elle n'en doive pas rencontrer plus loin. Si, au contraire, l'instrument heurte

Relativement à la notion du siége et de l'étendue de l'angustie uréthrale, je suppose que votre grosse bougie (1) se trouve arrêtée à une certaine profondeur du canal, la stricture n'admettant que le n° 6 ou le n° 7. Prenez alors, je vous prie, une bougie olivaire dont le calibre soit tel que l'olive ne puisse passer qu'à frottement au travers de la zone rétrécie. Quand vous sentirez votre bougie redevenue libre, vous saurez qu'elle aura franchi. A ce moment, si vous la retirez, elle buttera contre la circonférence postérieure du rétrécissement, dont elle vous donnera la limite exacte, et vous aurez tous les éléments nécessaires pour apprécier la longueur, qui est généralement peu considérable. Avec ce système de bougies munies d'olives de différentes grosseurs, vous pourrez toujours déterminer avec exactitude l'existence de toute espèce de rétrécissement, à n'importe quelle profondeur de l'urèthre. Pendant de nombreuses années, je n'entreprenais jamais une opération sans les avoir au préalable employées avec beaucoup de soin.

Avant de clore ce sujet, permettez-moi de vous rappeler en peu de mots que dans toutes les maladies qui s'accompagnent d'accidents dysuriques, l'état général du malade tient sous son étroite dépendance le plus ou moins de gravité des symptômes locaux. Veillez surtout aux fonctions digestives; si elles laissent à désirer, s'il y a de la constipation, soyez certains que les troubles de la vessie et de l'urèthre en éprouveront un retentissement fâcheux. Bien souvent de faibles doses de mercuriaux suivies de l'administration d'un peu de sel de Glaubert ou d'eau de Friedrichshall, le matin, à jeun, débarrassent doucement le foie et les intestins, et parviennent à calmer les plus sévères angoisses. Apportez une attention particulière au régime diététique de votre malade; ne lui permettez surtout d'user de boissons alcooliques qu'avec la plus grande modération.

Encore un mot, et j'ai fini.

Ne prenez parti pour aucune méthode exclusivement. Vous entendrez souvent un chirurgien vous dire : « J'emploie toujours telle méthode, elle n'a pas sa pareille. » Un autre ne voudra entendre parler que du procédé de Civiale ; un troisième ne jurera que par Maisonneuve, etc. La fécondité des inventeurs, surtout à Paris, a doté l'arsenal de la chirurgie urinaire

contre une obstruction à une distance moindre, non-seulement il est possible, mais il est encore probable qu'il en trouvera une autre dans la région du bulbe qui en est le vrai lieu d'élection.

Il est parfois question, dans les auteurs, de rétrécissements qui affectent le canal entre le bulbe et la vessie, soit à la région membraneuse, soit même à la région prostatique. Ces cas sont d'abord très-rares et, de plus, on ne tarde pas à se convaincre, en lisant les observations, que ces angusties uréthrales n'ont aucune parenté étiologique avec les rétrécissements qui nous occupent; elles proviennent, soit de traumatisme, soit d'abcès de la prostate, soit même de tumeurs développées dans le voisinage.

(1) [Le lecteur doit se rappeler que dans la leçon précédente, Thompson a érigé en précepte que l'exploration de l'urèthre en vue d'un rétrécissement doit toujours être faite avec une bougie dont le calibre ne soit pas moindre que le n° 8 ou le n° 9 (filière anglaise) [n°s 16 à 18 de la filière française]. Le cathétérisme ainsi pratiqué révèle du premier coup l'existence des coarctations les plus légères et le point précis où elles commencent, c'est-à-dire une de leurs extrémités. Il ne restera plus qu'à trouver l'autre pour avoir la longueur des parties rétrécies.]

d'une foule d'instruments qui sont tous susceptibles de donner d'excellents résultats. Gardez-vous de borner votre choix à une seule méthode, que ce soit moi ou un autre qui vous la recommande. Bien au contraire, ayez à votre disposition toutes les ressources de l'art; aucune ne vous sera inutile si les éventualités de la pratique vous mettent souvent aux prises avec les rétrécissements ou autres affections semblables. Habituez-vous enfin à peser avec soin chaque cas, et optez toujours pour la méthode que vous jugerez la mieux appropriée à chaque individualité morbide.

LEÇON IV

RÉSUMÉ DU TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE. DE L'URÉTHROTOMIE INTERNE

Dilatateurs rigides. — Bougies à mandrin. — Appareil du docteur Corradi. — Uréthrotomie interne. — Uréthrotome Civiale. — Sonde à demeure. — Accidents immédiats et consécutifs. — Traitement consécutif.

Novembre 1872.

MESSIEURS,

Pendant les quelques mois qui viennent de s'écouler, nous avons vu passer sous nos yeux un grand nombre de rétrécissements de l'urèthre, et les cas les plus graves, les plus invétérés, ont été admis dans nos salles. Je me propose aujourd'hui de résumer devant vous les différentes méthodes de traitement qui, selon moi, réussissent le mieux contre cette affection, dont la fréquence est encore assez grande, en donnant pour base à cette large synthèse le groupe nombreux de faits qu'il vous a été donné d'observer.

Vous me direz peut-être qu'après l'étude que nous avons déjà faite du rétrécissement, je n'aurai probablement rien de neuf à vous apprendre. Détrompez-vous. Malgré l'ancienneté du sujet et les travaux considérables dont il a été l'objet de la part de nos devanciers aussi bien que des chirurgiens de nos jours, j'ai deux raisons pour le discuter encore. D'abord mon expérience, mûrie par une pratique plus étendue, m'a conduit à des conclusions un peu différentes de celles que j'émettais il y a seulement quelques années; et puis, dans ce siècle d'inventions et de découvertes, nous voyons éclore chaque jour de nouveaux procédés qui s'imposent à notre attention.

L'unique objectif de notre revue sera donc la question du traitement de cette modification organique des parois uréthrales qui constitue le rétrécissement. Nous viserons surtout les strictures les plus fréquentes, celles qui siégent à la région ou vers la région du bulbe, dans une étendue qui comprend à peine 5 centimètres de la longueur du canal, et qui commence à 10 centimètres environ du méat. Quant aux rétrécissements que l'on ren-