CHAPITRE VIII

TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS PAR LES INCISIONS INTERNES

Du traitement des rétrécissements par l'incision. — Deux méthodes : incisions interne et externe. — Pratique des anciens chirurgiens. — Histoire des nombreuses variétés d'instruments mis en usage. — 1° Instruments coupant d'avant en arrière. — Méthode employée pour les rétrécissements situés en avant des bourses. — 2° Instruments coupant d'arrière en avant. — Différentes méthodes et divers instruments. — Excision du rétrécissement. — Rétrécissement de l'orifice de l'urèthre. — Divers modes de traitement. — Indications pour l'emploi des incisions intra-uréthrales.

Nous arrivons à la troisième méthode de traitement, c'est-à-dire à la section du rétrécissement par le moyen des instruments tranchants.

Cette opération se pratique de deux façons tout à fait distinctes l'une de l'autre, soit au moyen d'incisions pratiquées dans l'intérieur du canal, soit au moyen d'incisions commençant à l'extérieur, habituellement au périnée, et portées jusque dans l'urèthre, au travers des portions rétrécies. La première, ou l'uréthrotomie interne, fera le sujet de ce chapitre.

DES INCISIONS INTERNES. — Il n'est pas surprenant de trouver cette méthode mise en pratique à une époque déjà fort ancienne de l'histoire du traitement des rétrécissements ; car l'idée de sectionner l'obstacle doit s'être présentée fréquemment à l'esprit des chirurgiens, trompés dans leurs efforts pour le franchir au moyen d'une simple bougie.

Nous avons déjà noté la pratique de Diaz, de Vega, de Paré et autres, aux XVIe et XVIIe siècles, lesquels combinaient fréquemment les incisions avec l'usage des caustiques. Chopart parle de l'incision dans l'intérieur de l'urèthre, comme convenant aux cas très-rares de rétrécissements infranchissables, qui ne sont pas situés trop profondément, et cite Allies (*Traité des maladies de l'urèthre*, Paris, 1755, p. 73), qui raconte avoir réussi à traverser avec un trocart et une canule un rétrécissement situé au niveau du gland (1). Le docteur Physick, de Philadelphie, employa avec succès un stylet en forme de lame, qu'il faisait saillir d'une canule d'argent d'abord en l'année 1795, et plus tard dans divers cas. Les deux instruments dont il se servait, l'un droit et l'autre recourbé, sont représentés dans les *Elements of Surgery* du docteur Dorsey (2). John Bell recommande, dans un cas de rétrécissement long et opiniâtre, compliqué de fistules périnéales, de traverser l'obstacle avec un trocart terminé en pointe placé dans une canule (3). Sir Charles Bell décrit un instrument pour sectionner le rétrécissement d'arrière en avant après l'avoir franchi (4). Dœrner et Dzondi, en Allemagne, se sont servis, au commencement de ce siècle, d'un couteau en forme de lancette, caché dans un tube pour le même usage.

Plus tard, M. Mac Ghie, de Dumfries, publiait un article recommandant

(1) Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*. Paris, 1821, vol. II, p. 327, 328.
(2) Dorsey, 3e édition. Philadelphie, 1823, p. 155, 170, planche XIX.
(3) John Bell, *Principles of Surgery*, vol. II, p 250. London, 1806.
(4) Charles Bell, *Operat. Surgery*, vol. I, p. 117. London, 1807.

une méthode qu'il avait inventée lui-même, et qui consistait à passer une tige métallique à travers le rétrécissement dans l'intérieur d'une canule introduite au préalable. L'extrémité de cette tige était libre dans une étendue de 2 centimètres et demi, pour entrer dans la portion rétrécie ; au-dessous d'elle, était vissé un petit instrument que l'on devait pousser au travers du rétrécissement. Des gravures de cet appareil sont jointes à son mémoire (1).

En 1827, M. Stafford fit voir à la *Westminster Medical Society* deux instruments qu'il avait construits, l'un pour sectionner, d'avant en arrière, des rétrécissements infranchissables, en projetant une lame de lancette. L'autre devait donner plus de sécurité à l'opération dans les cas où une sonde, quoique étroite, pouvait franchir le rétrécissement. « Dans ces cas il introduisait une petite tige jusque dans la vessie, et sur cette tige comme conducteur, il introduisait un tube creux avec une extrémité ouverte pour recevoir la tige légèrement recourbée. Cet instrument était alors passé jusqu'au niveau du rétrécissement, et une petite lancette était faite de manière à se projeter de chaque côté de son extrémité, afin de sectionner le rétrécissement, tout en étant maintenue par le conducteur dans l'intérieur du canal (2). »

Plus tard M. Stafford, en 1836, publia un petit ouvrage dans lequel il ajouta la description d'un troisième instrument pour sectionner le rétrécissement d'arrière en avant, en retirant l'instrument (3).

Ces instruments sont bientôt devenus la base d'un grand nombre de modifications en Angleterre ; mais cette méthode a été pratiquée bien plus fréquemment en France, où l'on a imaginé diverses formes d'uréthrotomes, les uns droits, les autres courbes, les uns incisant sur le côté, d'autres par la pointe, au moment où l'on pousse la lame en avant ; d'autres au moment où l'on retire cette lame ; d'autres enfin, présentant une action plus limitée, sont décrits sous le nom de scarificateurs.

Tous peuvent appartenir à l'une des deux catégories suivantes. Dans la première, la section est pratiquée en poussant la lame dans le fond du canal, que l'instrument possède ou non un conducteur métallique placé d'avance dans le rétrécissement que l'on doit sectionner. *C'est l'incision d'avant en arrière*. Dans la deuxième catégorie, une partie de l'instrument contenant une petite lame cachée est d'abord portée au delà du rétrécissement, puis l'opérateur sectionne le rétrécissement en faisant saillir la lame, et en la retirant à soi dans toute l'étendue de la portion rétrécie. *C'est l'incision d'arrière en avant.*

INSTRUMENTS PRATIQUANT LA SECTION D'AVANT EN ARRIÈRE. — Une objection, que méritent jusqu'à un certain point la plupart de ces instruments, c'est que l'opérateur n'a aucun moyen de juger facilement combien et jusqu'où

(1) M. Mac Ghie, *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, juin 1823, volume XIX, p. 361 et suiv.
(2) *Report of Medical Society of Westminster* (*Lancet*, 8 décembre 1827, vol. XIII).
(3) Stafford, *On perforation and division of permanent Stricture of the Urethra*, etc. London, 1836.

il coupe. Il est vrai que l'on a fait subir tant d'améliorations à quelques-uns d'entre eux, qu'il est possible de déterminer avec un degré assez considérable de précision l'étendue de l'incision. Pour d'autres, ce n'est point le cas. Ainsi les essais tentés pour perforer un rétrécissement infranchissable, en poussant en avant une lame effilée, sans conducteur préalable, seront toujours hasardeux; ils le seront surtout à un haut degré dans la portion recourbée de l'urèthre, car quelles que soient les précautions prises par l'opérateur, il est facile de pousser la lame en dehors du canal dans les tissus environnants, et il peut en résulter de très-graves accidents. Voilà pourquoi je me sens obligé de déconseiller l'usage de tous les instruments courbes construits sur ce principe, et s'il est jamais nécessaire d'appliquer un instrument pareil sans conducteur (ce que je n'ai jamais eu l'occasion de faire), son emploi doit être restreint à la portion de l'urèthre qui est tout à fait mobile et où l'on peut contrôler quelque peu la direction de l'instrument à l'aide de la main qui n'est pas employée à le faire mouvoir. Il est moins dangereux, comme nous le verrons bientôt, de diviser le périnée, et de pratiquer l'incision à partir de l'extérieur, en donnant ainsi un libre cours aux liquides irritants de toute nature, que de léser au hasard l'urèthre à partir du dedans, au niveau ou en arrière du bulbe, comme nous courons grand risque de le faire en opérant à 15 centimètres du méat externe, créant ainsi un passage pour ces liquides jusque dans les cavités du tissu érectile et les autres organes avoisinants.

Pour la section des rétrécissements du canal siégeant dans la partie mobile de l'urèthre, un instrument de cette nature peut s'employer depuis l'intérieur du canal pour remédier aux cas rares dans lesquels une pareille division est indiquée. Cependant, dans la grande majorité des cas, quelque étroit que soit le rétrécissement, on peut pratiquer un léger degré de dilatation, et introduire un instrument sur un conducteur très-fin, ce qui est beaucoup plus sûr; aussi ne doit-on négliger aucun moyen pour arriver à ce but. Si cependant l'opérateur échoue après des tentatives répétées, une incision d'une étendue limitée peut être pratiquée sur sa face ou partie antérieure, qui, comme l'a fait remarquer M. Guthrie, est celle qui présente le plus de résistance, surtout si l'on a déjà employé un traitement antérieur pendant longtemps. Cette incision est pratiquée dans l'espoir et le désir de passer une petite sonde; auquel cas l'opération peut se compléter au moyen d'un instrument coupant d'arrière en avant, ou au moyen de la dilatation seule, suivant les circonstances. — L'incision préliminaire demande un instrument semblable à celui qui a été décrit sous le nom de stylet droit en forme de lance, de Stafford. On le passe jusqu'au rétrécissement, puis maintenant solidement la verge de la main gauche, on fait saillir la lame dans la direction du canal. Il n'est pas possible de dire grand' chose en faveur de l'adoption d'une pareille méthode, et des chances de succès qu'elle procure, tant est grande l'incertitude qui règne en pratiquant la section sans aucune espèce de guide, et tant on a de puissance pour vaincre les rétrécissements les plus étroits avec un instrument plus délicat et de patients efforts.

La dilatation étant portée jusqu'à un certain point, on peut faire précéder la lame d'un conducteur étroit. J'ai employé, dans de pareils cas, un instrument construit de façon à empêcher la lame de quitter l'urèthre (fig. 51).

Il existe un conducteur *a*, que l'on peut faire saillir en dehors de la canule dont il fait partie, et une rigole le long de laquelle se meut la lame. L'extrémité de l'instrument constitue une portion séparée qui se visse solidement sur la canule. Elle doit être faite d'acier, et non pas d'argent, comme le reste de la canule, parce que, dans ce dernier cas, elle ne pourrait pas présenter un volume aussi peu considérable que les nos 1 ou 2 [nos 5 à 8 de la filière française], sans être trop flexible, et devenir ainsi capable de se recourber assez pour empêcher le libre passage de la lame. En acier, on peut en faire du no 2 [no 8 de la filière française], se terminant en pointe du volume du no 1 [no 5 de la filière française]. L'étendue dont la lame fait saillie est réglée exactement au moyen d'un anneau vissé au manche de l'instrument. Après avoir réglé cette saillie à volonté, l'opérateur passé le conducteur au travers du rétrécissement, puis presse sur la poignée de l'instrument, ce qui force la lame à sortir de l'instrument de la distance voulue, et à couper en profondeur environ 2 millimètres et demi de chaque côté du conducteur. Il retire ensuite la lame dans la canule au moyen d'un ressort pratiqué dans la poignée, au moment où il cesse la pression. Cependant, avant de faire l'incision, la portion rétrécie doit être fixée entre les doigts et le pouce de la main gauche, afin de maintenir les organes appliqués intimement contre l'instrument tranchant, de façon

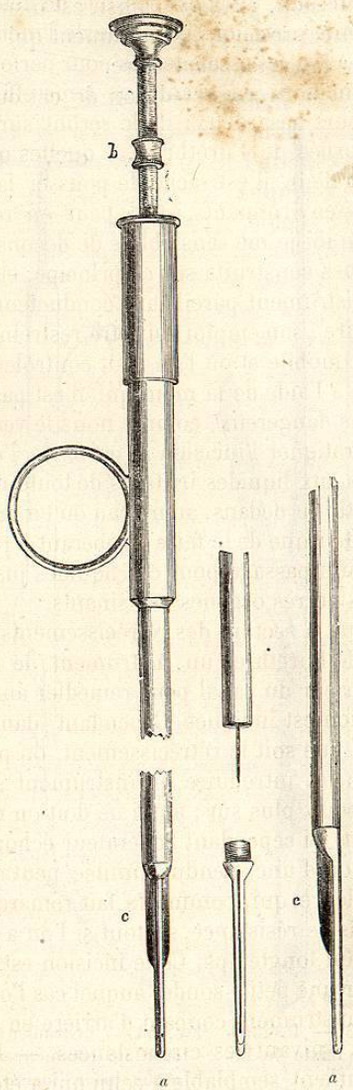

FIG. 51. — Instruments de section avec un conducteur (*).

FIG. 52. — *Idem*, pour les sections latérales (**).

(*) *a*, le conducteur; *b*, anneau sur la poignée réglant la distance à laquelle on projette la lame; *c*, la lame *d*, vue de profil, du même instrument, extrémité métallique détachée laissant voir la fente.

(**) *a*, le conducteur; *c*, la lame.

qu'ils ne soient pas repoussés plutôt que sectionnés par la lame saillante. Si l'incision, pratiquée ainsi, est insuffisante, on peut introduire au travers du rétrécissement un instrument qui coupe d'arrière en avant, afin de pratiquer l'incision nécessaire.

Dans la première édition de cet ouvrage, j'ai décrit une modification de cet instrument (fig. 52, *a*), destinée à pratiquer la section seulement d'un seul côté de l'urèthre, dans les cas où cela est préférable. L'instrument possède tous les avantages de celui que je viens de décrire, et l'on s'en sert exactement de la même manière. Un instrument très-semblable à celui-là est employé par M. Ricord (fig. 53); la seule différence qui existe, c'est que la lame est plutôt plus large et nécessite une portion saillante pour la recouvrir. Le conducteur en avant de la lame, et la position de cette dernière, restent les mêmes (1). Dernièrement, j'y ai ajouté une dernière modification. Le conducteur est plus long, recourbé et creux comme une sonde, et le canal se continue au travers de l'instrument avec un petit robinet à l'extrémité, de façon que l'urine puisse s'écouler au travers, et que l'on puisse vérifier la position de l'instrument dans la vessie. La partie saillante est destinée à reposer solidement contre le rétrécissement, que divise la lame, lorsque l'on presse sur la poignée. Une autre addition, c'est que, par le moyen d'un autre arrangement très-simple que nous n'avons pas besoin de décrire, la lame peut faire une saillie plus ou moins considérable, suivant le désir de l'opérateur. Cet in-

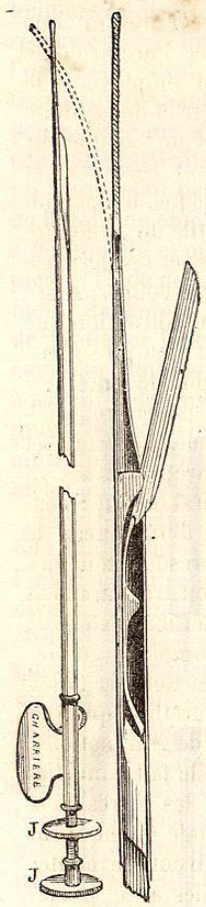

FIG. 53. — Uréthrotome mixte de Ricord (*).

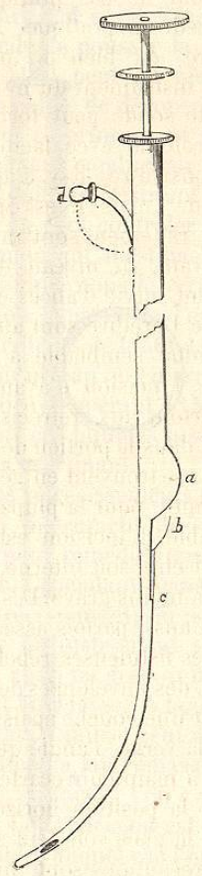

FIG. 54. — Instrument avec un conducteur creux pour inciser d'avant en arrière (**)

strument peut s'employer pour les rétrécissements siégeant au niveau de la courbe sous-pubienne, toutes les fois qu'on désire, dans ce point, pratiquer la section d'avant en arrière. Par exemple, lorsqu'un rétrécissement siégeant en ce point ne peut pas être suffisamment dilaté pour permettre le passage d'un instrument qui pratique la section d'arrière en avant, et qu'il y a des raisons pour ne pas pratiquer l'uréthrotomie externe; en pareil cas, la section peut se pratiquer avec l'uréthrotome courbe que nous venons de décrire, ou bien on peut employer une autre méthode : après avoir passé un instrument du n° 1 [n° 5 de la filière française] jusque dans la vessie, cette sonde peut former un conducteur sur lequel on peut glisser un uréthrotome avec facilité et certitude, et arriver au même résultat. J'ai fait construire, il y a quelque temps, un instrument semblable pour un malade; mais il est inutile de le décrire plus en détail. Les cas nécessitant ce traitement sont rares, et l'expérience prouve que l'incision d'arrière en avant, au niveau de la courbe sous-pubienne, est bien moins fréquemment suivie d'abcès et d'infiltration que celle d'avant en arrière; les parois de l'urèthre sont aussi bien plus sûrement et plus également divisées, résultat semblable à celui de l'uréthrotomie externe. D'une façon générale, l'incision d'avant en arrière, lorsqu'elle est nécessaire, s'applique surtout aux rétrécissements étroits et difficiles à franchir qui se rencontrent dans la portion de l'urèthre située en avant du scrotum. Ces rétrécissements se trouvent en général à 6 ou 8 centimètres et demi du méat, et sont formés, pour la plupart, d'un anneau de tissu induré extrêmement peu dilatable. L'incision est presque toujours nécessaire pour leur traitement, et doit être, soit interne, soit très-rarement externe. La première est la méthode la moins grave. Les incisions externes, pratiquées en avant du scrotum, sont aussi parfois assez longues à guérir, et peuvent donner lieu à des ouvertures fistuleuses rebelles. Cela est dû en partie au peu d'épaisseur, en ce point, des enveloppes de l'urèthre, qui sont incapables, en conséquence, de fournir une couche épaisse de granulations, et en partie à la position pendante de la verge, l'angle qu'elle fait immédiatement en avant du scrotum tendant à maintenir écartées les lèvres de la plaie. En maintenant le malade dans la position horizontale, et en ayant bien soin de rapprocher les bords de la plaie, on peut souvent surmonter cet obstacle. Cependant, toutes ces précautions sont inutiles avec la méthode interne.

Ces rétrécissements, siégeant en avant des bourses, peuvent quelquefois être sectionnés facilement au moyen de l'instrument imaginé pour inciser les rétrécissements du méat externe, que nous décrirons à la fin de ce chapitre. Cette dernière méthode, ou tout autre mode d'incision d'arrière en avant, est évidemment préférable à la méthode que nous examinons actuellement, lorsque le calibre du rétrécissement permet son application. Quelle que soit la méthode adoptée, il faut passer, après l'opération, dans la vessie, une sonde du n° 9 ou 10 [n°s 19 à 21 de la filière française], et la maintenir à demeure vingt-quatre ou trente-six heures, pendant lesquelles le malade doit rester tranquille dans son lit. Cette sonde

(1) Dessiné et décrit dans *Lancet*, 12 janvier 1856 (fig. 54).

(*) J, J, rondelles que l'on rapproche l'une de l'autre pour faire saillir la lame.

(**) *a*, le bulbe qui repose contre la face antérieure du rétrécissement; la portion située immédiatement au-dessous possède le volume du cathéter n° 3 (n° 9 de la filière Charrière); *b*, la lame en partie visible; *c*, point jusqu'où peut être poussée la lame : immédiatement au-dessous de ce point commence la courbure; *d*, point par où s'écoule l'urine, qui passe à travers cet instrument comme à travers une sonde, par le moyen d'un second anneau placé sur la poignée; la lame peut aussi être plus ou moins saillante et être poussée le long de la rainure.

empêche le contact de l'urine avec les parties incisées, jusqu'à ce que la lymphe soit venue recouvrir la blessure, et la protéger contre l'inflammation, et aussi peut-être empêcher le frisson, ou même une grave attaque de fièvre uréthrale, qui survient fréquemment lorsque l'on néglige cette précaution. Ces accidents peuvent toujours accompagner les lésions pratiquées sur le canal de l'urèthre, mais surviennent moins fréquemment si l'on a soin d'empêcher l'urine de passer sur la surface sectionnée. Après ce temps, l'instrument est retiré, puis introduit de nouveau deux jours après, et l'on répète le même procédé tous les deux jours, pendant deux ou trois semaines au moins, afin d'empêcher la réunion par adhérences, et de distendre le tissu de nouvelle formation qui se forme entre les lèvres de l'incision. Après ce temps, on répète la même manœuvre à de plus longs intervalles pendant deux mois.

INSTRUMENTS POUR SECTIONNER LE RÉTRÉCISSEMENT D'ARRIÈRE EN AVANT. — Nous avons à examiner un plus grand nombre d'instruments dans cette seconde catégorie, qui comprend tous les instruments qui, passés au travers d'un rétrécissement, doivent le sectionner au retour.

Ce principe de construction est adopté par presque tous les chirurgiens qui pratiquent l'uréthrotomie interne, très-fréquemment mise en usage par les chirurgiens du continent; les formes usitées sont très-nombreuses, puisque chaque opérateur célèbre a fait quelque modification suivant son goût et ses convenances. Il en résulte une longue liste d'uréthrotomes et de scarificateurs, d'instruments pour pratiquer de longues et de courtes incisions, des incisions profondes et superficielles, uniques ou multiples; des instruments munis d'appareils pour tendre et immobiliser l'urèthre au moment où la lame pénètre, afin d'assurer une section suffisante; quelques-uns dans lesquels la lame se meut librement dans sa gaîne; d'autres dans lesquels l'instrument lui-même doit être retiré pour pratiquer l'incision. Quelques-uns sont droits, d'autres recourbés; les uns ont des pointes flexibles, d'autres sont entièrement rigides. Les uns sont munis de deux lames, ou plus, d'autres n'en ont qu'une; chacun de ces instruments peut être pourvu d'une extrémité renflée dans laquelle la lame est en général cachée, de façon qu'on puisse s'en servir comme d'une sonde à boule, pour indiquer la position du rétrécissement, ce qui est d'une utilité réelle.

La supériorité de cette classe d'instruments sur les précédents, pour l'usage habituel, est évidente, le principe de leur construction offrant à l'opérateur la certitude qu'il pratique exactement sa section dans le trajet de l'urèthre. Aussi peut-on s'en servir avec sûreté dans toute l'étendue du canal, aussi bien à la partie antérieure qu'à la partie postérieure. Il y a cependant un inconvénient à ce procédé, c'est qu'il est nécessaire, avant de l'employer, de faire franchir au rétrécissement au moins une sonde du volume des n°s 3 ou 4 [n°s 8 à 10 de la filière française], sans cela il est impossible de faire passer l'uréthrotome. Il en résulte que dans un bon nombre de rétrécissements, il est nécessaire de pratiquer d'abord la dilatation. Ceci est cependant une objection plus apparente que réelle; car nous ne devons pas oublier que l'indication pour pratiquer la section *ne réside*

pas dans le calibre du rétrécissement, mais dans sa rigidité et sa difficulté à se laisser dilater. Un rétrécissement peut être très-étroit, ne pas même laisser passer un n° 1 [n° 5 de la filière française], au commencement du traitement, et être cependant facilement et promptement dilaté jusqu'à son volume normal. D'un autre côté, il n'est pas moins certain qu'un rétrécissement peut laisser passer les n°s 4 ou 5 [n°s 10 à 12 de la filière française], quoiqu'il produise des symptômes graves, et ne puisse être que fort peu ou pas du tout amélioré par la dilatation, malgré tous les soins et la persévérance que l'on mette dans ce traitement. Tels sont les cas, exceptionnels il est vrai, qui réclament l'incision par un moyen ou un autre.

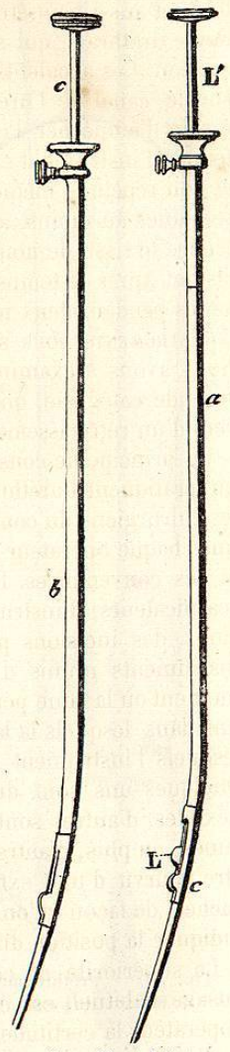

FIG. 55 et 56.

Il est toujours bon, avant de pratiquer l'uréthrotomie interne, de se rendre un compte exact de la longueur du rétrécissement d'avant en arrière, de s'assurer du point du canal où il est le plus étroit, et de voir s'il existe un rétrécissement ou une induration dans plusieurs points. Cela se fait aisément en se servant d'une sonde exploratrice munie d'une extrémité renflée (voy. fig. 20, p. 145); les sensations communiquées par cette sonde, lorsqu'elle passe à frottement dur au travers du rétrécissement, lorsqu'elle redevient libre de l'autre côté, et lorsqu'elle repasse au moment où on la retire, nous permettent d'obtenir des notions très-précises sur tous ces points.

Deux des formes les plus anciennes, employées pour pratiquer la section d'arrière en avant, se voient dans les figures 55 et 56. Pendant ces dernières années ils ont été beaucoup améliorés, et nous possédons actuellement des uréthrotomes réunissant toutes les qualités nécessaires de sûreté et de commodité. Parmi les chirurgiens français qui se sont occupés de ces instruments et leur ont donné leur perfection actuelle, se trouvent les noms bien connus de Civiale (dont les instruments et le procédé seront décrits en détail dans les pages suivantes), de Leroy (d'Étiolles), de Sédillot, de Mercier, de Ricord, de Maisonneuve et de Bonnet (fig. 57). Les instruments de Reybard, de Boinet (fig. 58), et d'autres, sont aussi très-connus.

FIG. 55. — Uréthrotome de Leroy (d'Étiolles), dont la lame est cachée.
FIG. 56. — Uréthrotome dont la lame est saillante (*).

(*) L', mandrin portant à son extrémité L la lame de l'uréthrotome; *a*, canule externe portant à l'extrémité *c* une partie saillante derrière laquelle se cache la lame de l'uréthrotome.

Après une étude attentive du sujet et quelque expérience sur les méthodes employées, je suis persuadé que l'uréthrotomie interne est un moyen très-efficace de traiter certains cas de rétrécissements qui ne se laissent pas dilater. Parmi les nombreux procédés, un des meilleurs me semble être celui de Civiale que j'ai moi-même employé très-fréquemment. L'instrument est représenté à la figure 59. La lame est cachée dans l'extrémité renflée, d'où elle peut, par le moyen d'un petit mécanisme situé à l'extrémité supérieure de la gaîne de la canule, être projetée de 1, de 2, de 3 ou 4 degrés, suivant la profondeur de l'incision qu'on veut pratiquer. Le procédé est le suivant : Après avoir d'abord suffisamment dilaté le rétrécissement, de façon qu'il laisse passer une bougie du n° 4 ou 5 [nos 10 à 12 de la filière française], le chirurgien se rend un compte exact de la situation et de l'étendue du rétrécissement au moyen de l'uréthrotome lui-même, dont l'extrémité renflée forme un explorateur très-utile; il recherche avec soin si le rétrécissement est plus marqué d'un côté que de l'autre, en conduisant doucement, en avant et en arrière de chaque côté, la portion renflée de l'instrument, de la manière que nous avons déjà mentionnée. Ayant vérifié le fait, il porte cette portion à 8 millimètres environ ou un peu plus en arrière du rétrécissement; il fait saillir la lame, puis pratique l'incision, en retirant l'instrument lentement, mais directement, du côté du méat externe, dans une étendue de 3,50 à 5 centimètres, de façon à inciser le rétrécissement dans son entier, et une petite étendue de l'urèthre sain, en

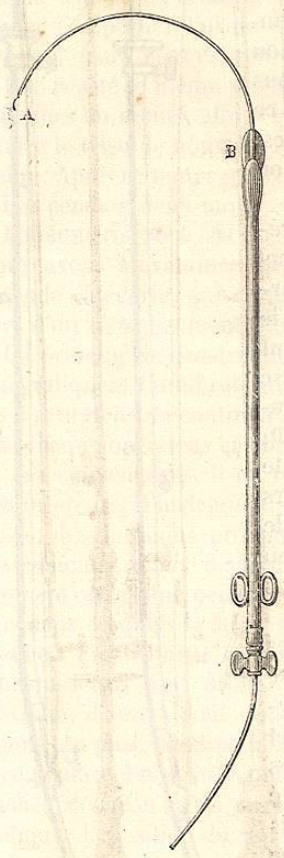

FIG. 57 — Uréthrotome de Bonnet (de Lyon) (*).

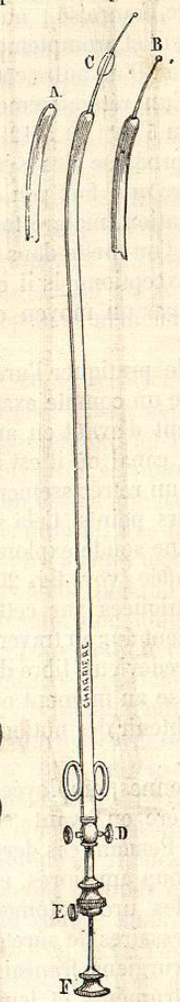

FIG. 58.— Uréthrotome de Boinet (**).

(*) A, mandrin métallique; B, uréthrotome. La lame, cachée dans un renflement olivaire, est poussée en avant par une tige métallique.

(**) A, canule légèrement courbe à son extrémité vésicale; E, deuxième canule de petit calibre, possédant à son extrémité deux lames tranchantes C; F, stylet conducteur terminé par un petit bouton B.

avant et en arrière de lui. Civiale était d'avis que, dans tous les cas, quelle que fût la situation du rétrécissement, il valait mieux inciser trop que trop peu. La longueur de l'incision n'augmente pas la fréquence des complications; celles au contraire qui sont trop profondes sont plus sujettes à donner lieu à la production d'abcès ou d'infiltration. S'il y a deux ou trois rétrécissements dans le même urèthre, tous sont sectionnés en même temps. S'il est nécessaire de pratiquer une autre incision, après quelques jours d'intervalle, on peut en pratiquer une seconde, puis plus tard une troisième. Après l'opération, on passe une sonde de gomme élastique ou une sonde métallique du volume du canal, et on la laisse vingt-quatre heures à demeure. Pendant les quinze premiers jours, une sonde métallique est passée tous les deux jours, en ayant soin de presser la convexité de la courbe contre la paroi inférieure du canal, au niveau de la blessure, de façon à séparer les deux lèvres de l'incision ou du moins à distendre la cicatrice. Après cela, on doit passer la sonde tous les trois jours, tous les quatre jours, puis chaque semaine, et enfin deux fois par mois. Cette

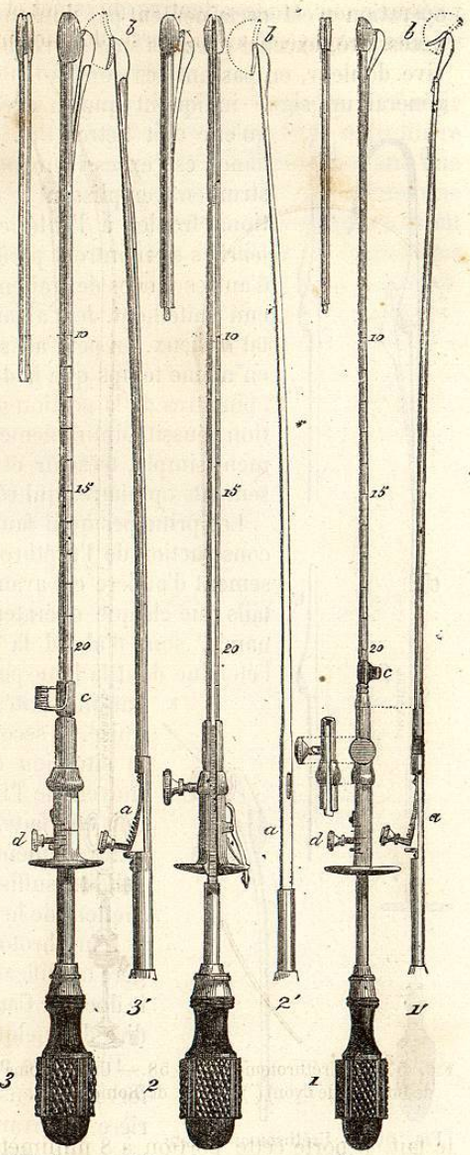

FIG. 59. — Instruments de Civiale pour diviser les coarctations (*).

(*) 1. Uréthrotome monté et armé au deuxième degré, et 1° la tige porte-lame *a*, avec le bouton et la crémaillère *d*; la lame *b*, fixée au porte-lame par une charnière. Cet instrument est muni d'un curseur *c*. A côté se trouve une portion de la tige à laquelle est fixée la vis de pression. — 2. Le même instrument, plus gros; la lame fait corps avec la tige porte-lame, et le mécanisme de la crémaillère est en dehors. Sur la tige du porte-lame 2 est une entaille dans laquelle la vis de pression fait arrêt pendant la manœuvre, et empêche l'instrument d'être désarmé. — 3. Gros uréthrotome. Le talon de la lame est recouvert, afin de diminuer l'étendue du tranchant. Le bouton *d* porte une aiguille couchée qui fait connaître le degré d'écartement de la lame. — 3'. Tige porte-lame avec la crémaillère et le bouton en saillie. La tige de cet uréthrotome présente assez de résistance pour qu'on puisse appuyer fortement la lame contre les tissus et les diviser comme on le ferait avec le bistouri. — A côté de chaque bout olivaire des instruments se trouve une autre figure représentant le même bout, mais sous une autre face.

opération n'est certainement pas douloureuse, et le chloroforme n'est pas nécessaire, excepté chez les sujets irritables et sensibles. L'existence d'une vive douleur, en passant des sondes dans la dilatation consécutive, est en général un signe indiquant que la division n'a pas été aussi complète qu'elle doit l'être. Une hémorrhagie d'une certaine abondance est excessivement rare; si elle se présente, un instrument remplissant le canal de l'urèthre et des applications froides à l'extérieur l'arrêteront. Des symptômes fébriles se montrent parfois après l'opération, comme dans d'autres modes de traitement, puis disparaissent, sans aucun traitement. Je n'ai jamais appris qu'elle ait eu un résultat fâcheux. On peut aussi l'employer à un très-léger degré en même temps que la dilatation, pour les rétrécissements opiniâtres de la portion pénienne de l'urèthre; cette opération réussit admirablement (1). Je crois que c'est un traitement simple, très-sûr et efficace de beaucoup de rétrécissements opiniâtres qui résistent à la dilatation ordinaire.

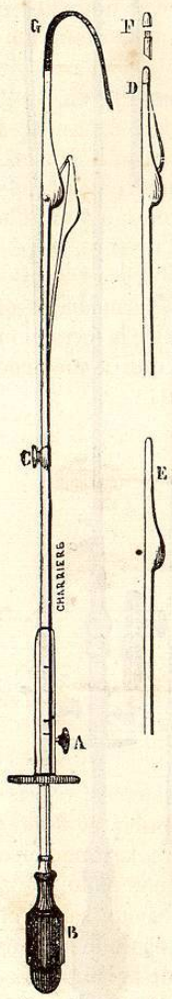

FIG. 60. — Uréthrotome mixte de Charrière (*).

Les principes qu'il faut nécessairement adopter dans la construction de l'uréthrotome pour sectionner le rétrécissement d'arrière en avant, quels que soient les légers détails que chaque opérateur peut modifier suivant sa convenance, sont d'abord la faculté de régler avec précision l'étendue dont la lame peut sortir de sa gaîne, ainsi que sa parfaite fixité et sa solidité dans la position requise, et secondement la possibilité d'examiner la situation et l'étendue du rétrécissement au moyen de l'instrument avec lequel l'incision doit être faite. Ces qualités doivent se combiner naturellement avec un calibre aussi petit qu'une solidité suffisante et le mécanisme voulu permettent de le pratiquer.

L'uréthrotome de Civiale a subi une très-légère modification imaginée par son condisciple, le docteur Caudmont, qui le rend préférable, au dire de quelques opérateurs.

Charrière a imaginé aussi une modification fort ingénieuse, qui permet de l'employer d'arrière en avant, aussi bien que d'avant en arrière (fig. 60).

L'instrument et la méthode de M. Reybard ont attiré l'attention dans ces derniers temps; ils ont obtenu le prix d'Argenteuil en 1851, et sont, outre cela, le fruit de beaucoup de travail et d'études sur ce sujet.

(1) Voyez aussi Civiale, *De l'uréthrotomie*. Paris, 1845.

(*) A, vis destinée à assurer les positions respectives du mandrin et de la canule; B, manche du mandrin que porte la lame; E, instrument fermé; D, position prise par la lame lorsqu'on presse sur le manche B du mandrin; G, tige amincie qui sert de conducteur et à laquelle on peut visser une bougie conductrice; K, uréthrotome curviligne.

M. Reybard exprime l'opinion qu'aucun rétrécissement ne peut être guéri par la dilatation, et que l'emploi des bougies et des sondes dans ce but doit être regardé comme tout à fait secondaire (1).

Après avoir passé une bougie au travers du rétrécissement, et l'avoir dilaté jusqu'à ce qu'il admette un instrument des nos 9 ou 10 de notre filière [nos 19 à 21 de la filière française], il passe l'uréthrotome portant une longue lame, de façon à diviser la totalité du rétrécissement, et même une partie du canal de l'urèthre dans l'étendue de plus de 2 centimètres en avant et en arrière de lui; faisant en général une plaie de plus de 7 centimètres de long et d'une profondeur considérable. Le traitement consécutif consiste à passer une bougie remplissant tout le canal, ou quelque instrument dilatateur spécial, deux fois par jour pendant pas moins de trente à quarante jours consécutifs, pour séparer les bords de l'incision de l'urèthre, empêcher leur réunion par première intention, assurer la production des granulations qui doivent constituer ensuite une longue cicatrice intermédiaire et refaire ainsi un canal élargi d'une façon permanente, à cause de la formation de toutes pièces d'une partie des parois du canal. Il pensait que ce mode de traitement procurait la guérison définitive du rétrécissement.

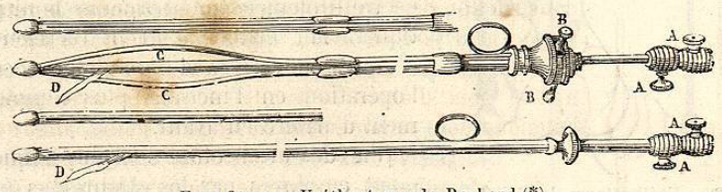

FIG. 61. — Uréthrotome de Reybard (*).

FIG. 62. — Uréthrotome à deux lames de Reybard (**).

Cet uréthrotome a aussi un appareil dilatateur, uni à ses côtés, consistant en deux minces barres plates d'acier, qui peuvent refouler et dilater l'urèthre par un mécanisme très-ingénieux, afin de tendre la muqueuse avant de commencer l'incision, pour en assurer la section complète, dans les cas où le rétrécissement n'est pas suffisamment étroit pour saisir et maintenir l'instrument en place. Le volume de l'instrument égale le no 9 de notre filière [no 19 filière française], mais l'action dilatante de la lame surajoutée peut augmenter de beaucoup ce volume (fig. 61 et 62).

(1) Reybard, *Traité pratique des rétrécissements du canal de l'urèthre*, ouvrage couronné par l'Académie de médecine, qui lui décerna en 1852 le grand prix d'Argenteuil. Paris, 1853, p. 205.

(*) A, H, boutons au moyen desquels on fait saillir et mouvoir la lame; D, lame de 3 centimètres de longueur; C, C, branches dilatatrices que l'on écarte en faisant tourner l'écrou B B.

(**) *a*, corps de la canule fendue sur les côtés dans une partie de sa longueur; *b*, renflement de la canule destiné à s'arrêter contre le rétrécissement; *c*, extrémité pleine et courbe de la canule; *d*, fentes de la canule; *e*, *e*, petites lames sorties de chaque côté par la fente de la canule; *f*, talon de la canule; *g h*, double mandrin. En écartant ou en rapprochant les viroles *g* et *h*, on fait sortir les lames de la gaîne ou on les y fait rentrer.