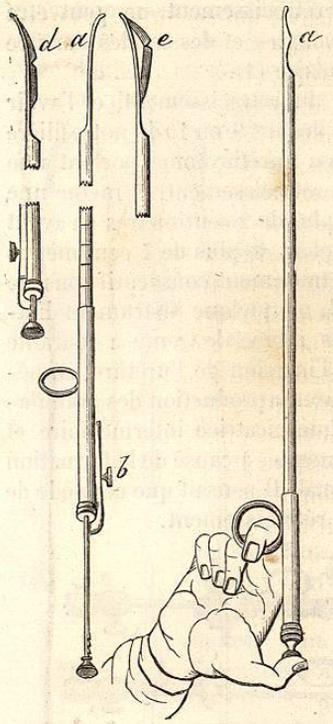

FIG. 63.—Uréthrotome de Trélat (*).

Cette méthode est tombée en désuétude, elle n'a jamais été employée d'une façon générale, à cause de la gravité de l'opération.

Le principe des incisions longues et étendues combinées à la dilatation de la plaie, est sans doute fort correct en ce qui concerne du moins la durée du résultat. Mais les dangers auxquels elle expose, sont regardés comme trop considérables, et avec raison, puisque l'on peut se servir d'autres moyens moins hasardeux.

Plus tard de nouveaux uréthrotomes, différant quelque peu les uns des autres, ont été inventés. Quelques-uns des plus importants sont ceux qui portent les noms de Maisonneuve (fig. 64), de Charrière (fig. 58) et de Trélat (fig. 63). Ce dernier est très-ingénieusement organisé pour pratiquer la section d'un rétrécissement d'avant en arrière et compléter ensuite l'opération en l'incisant plus complétement d'arrière en avant.

[Un des uréthrotomes le plus fréquemment employés par les chirurgiens fran-

(*) La longueur totale est de 36 centimètres. Il se compose essentiellement d'une tige qui fait mouvoir la lame, d'une partie qui sert de manche, et d'une gaîne graduée, large de 5 millimètres, épaisse de 3 millimètres et brusquement évidée sur l'un de ses côtés, à 17 centimètres de son origine. Cet évidement transforme la gaîne en un stylet cannelé *a*, épais de moins de 2 millimètres, et terminé par un bouton olivaire, ou, si l'on veut, par une bougie conductrice. Ce stylet, qui doit être entièrement engagé dans le rétrécissement, a une longueur de 5 centimètres. Au repos de l'instrument, la lame est complétement cachée dans la gaîne. Quand on pousse la tige, la lame, longue de 35 millimètres, haute de 2 millimètres, parcourt le stylet cannelé d'avant en arrière, et vient buter contre la terminaison de la cannelure. Le chirurgien est averti de cette situation par la chute d'un ressort *b* dans un petit cran de la tige. A ce moment, comme la lame est moins longue que le stylet cannelé, un petit espace d'un centimètre figure une excavation limitée en bas par le stylet, en arrière par la gaîne, en avant par le talon de la lame; c'est là que siége le tissu de la coarctation déjà incisée d'avant en arrière. La lame est brisée par une articulation vers la jonction de son tiers antérieur avec ses deux tiers postérieurs *d*. En continuant à pousser la tige, on détermine la coudure de l'articulation, et un second cran de la tige donne une lame de 4 millimètres de hauteur; un troisième cran indique 6 millimètres de saillie de la lame *e*. Dans ces dernières positions, *e*, l'extrémité postérieure de la lame qui est destinée à couper d'arrière en avant affecte une direction très-oblique, éminemment favorable à la régularité et à la facilité de la section. Dès que la section ou les sections sont opérées, il suffit de presser un bouton situé sur la portion qui sert de manche pour que la lame rentre immédiatement dans la gaîne. Trélat s'est arrêté à une hauteur maximum de 6 millimètres, parce que cette dimension lui a paru largement suffisante dans la majorité des cas; mais il est clair qu'en ajoutant un nouveau cran à la tige motrice, on pourrait aller à 8 et à 10 millimètres. L'instrument est droit; mais le stylet cannelé est assez flexible pour qu'on puisse le courber avec les doigts, comme on courbe un stylet de trousse. Cette courbure n'entrave en rien la marche de la lame. Pour faire agir cet uréthrotome, il faut engager le stylet cannelé dans le rétrécissement; on se passera, pour ce temps de l'opération, de la bougie conductrice, et l'on s'en rapportera aux sensations très-précises que donne une tige mousse, mais rigide; néanmoins, si l'on croit mieux réussir avec la bougie vissée au bout du stylet, rien n'est plus aisé que de s'en servir. Dès que le stylet a franchi le rétrécissement, le brusque ressaut de la gaîne vient buter sur l'extrémité antérieure de celui-ci, et l'on constate sur l'échelle graduée que la distance du bout de la gaîne au méat est bien celle qui a été précédemment reconnue pour le rétrécissement. Dès lors, et sans aucune crainte d'erreur, l'instrument est en place et est maintenu immobile. En poussant la tige motrice jusqu'au premier cran, le rétrécissement est incisé d'avant en arrière sur une hauteur de 2 millimètres. On peut borner là l'opération; si, au contraire, on veut augmenter l'incision, on pousse la tige au second ou au troisième cran; la lame acquiert 4 ou 6 millimètres de saillie, et en tirant à soi l'instrument, on incise d'arrière en avant comme avec tout uréthrotome fonctionnant de cette façon. Aussitôt l'incision achevée, ce qu'on sent parfaitement au défaut de résistance, on presse sur le bouton du manche, la lame rentre dans la gaîne, et l'on retire l'instrument désarmé. Cet uréthrotome paraît à Trélat présenter les avantages suivants : « Le volume du stylet cannelé est le même que celui des uréthrotomes les plus fins; il passera donc partout où ceux-ci passeront. L'extrémité de la gaîne permet de reconnaître sûrement le siége du rétrécis-

çais, est sans contredit celui de M. Maisonneuve, qui réunit les avantages de l'uréthrotomie d'avant en arrière et d'arrière en avant. Il se compose d'une bougie flexible, munie à son extrémité d'un pas de vis, d'un conducteur cannelé, qui s'adapte à cette bougie, et d'un mandrin portant à son extrémité une lame tranchante (fig. 64). La bougie conductrice rend les fausses routes impossibles. La courbure du cathéter permet à l'instrument de pénétrer facilement dans toutes les parties du canal, et la lame est disposée de façon à ne sectionner que les portions du canal rétrécies.—Voyez, pour plus de détails sur cet instrument et le mode opératoire, la thèse du docteur J. L. Reverdin : *Etude sur l'uréthrotomie interne*, dans laquelle on trouvera aussi très-nettement posée la question des indications et contre-indications de l'uréthrotomie interne.]

Les uréthrotomes de MM. Sédillot et Voillemier, que nous représentons ici (fig. 65 et 66), ne sont que des modifications de celui de M. Maisonneuve.

Il y a encore un autre moyen d'appliquer les incisions internes à la guérison des rétrécissements, que nous allons examiner actuellement. C'est ce que l'on a appelé l'excision ou résection d'un rétrécissement. Ce procédé a été proposé par le docteur James Arnott (1). Mais il ne semble pas qu'il l'ait employé à cette époque. Son idée consistait à passer d'abord à travers la portion rétrécie du canal un instrument dont il décrit l'action de la façon suivante : « Elle ressemble quelque peu à la section du crâne avec le trépan; toute la substance faisant partie du rétrécissement est enlevée d'un seul coup en poussant et faisant tourner un couteau circulaire que l'on dirige contre le rétrécissement. » Après lui M. Phillips, (2) proposa un instrument destiné à agir de la même

FIG. 64. — Uréthrotome de Maisonneuve (*).

(1) J. Arnott, *A Treatise on Stricture of the Urethra*. London, 1819, p. 155, 156.

(2) Phillips, *On Stricture*, p. 221, 223.

sement. La lame n'est en contact avec l'urèthre que sur les points où elle doit agir. Qu'elle coupe d'avant en arrière ou d'arrière en avant, elle est très-inclinée et ne peut refouler la muqueuse au lieu de la couper. Elle n'offre jamais de pointe saillante et libre, disposition favorable à la sécurité et à la solidité. Dès que l'instrument est en place, il n'y a plus à lui faire exécuter aucun mouvement de totalité pour transformer la section antérograde en section rétrograde. Enfin, une seule tige, agissant toujours dans le même sens, porte la lame dans ses différentes positions. » (Trélat, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 2e série, 1863, t. IV.)

(*) A, extrémité du conducteur sur laquelle on visse l'instrument; B, couteau de l'uréthrotome; E, *e*, diverses positions de la lame.

façon (1). M. Leroy (d'Étiolles) fit revivre cette pratique, et s'en servit dans diverses circonstances depuis 1838. En août 1855, il lut un mémoire à l'Académie de médecine, préconisant ce traitement dans quelques cas (1). Voici le principe sur lequel il s'appuyait pour démontrer l'avantage de cette méthode. Il disait que « les rétrécissements fibreux et contractiles, résistant obstinément à la dilatation méthodique, devaient être considérés comme semblables aux cicatrices vicieuses que l'on remarque à la surface du corps, et devaient être traités comme tels; il était par conséquent *nécessaire de les enlever entièrement* (2). »

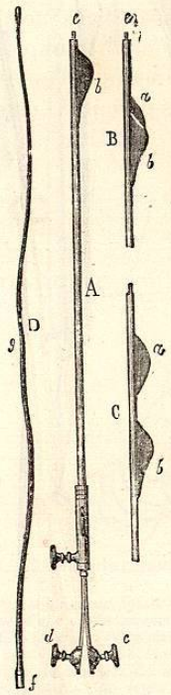

FIG. 65. — Uréthrotome de Sédillot (*).

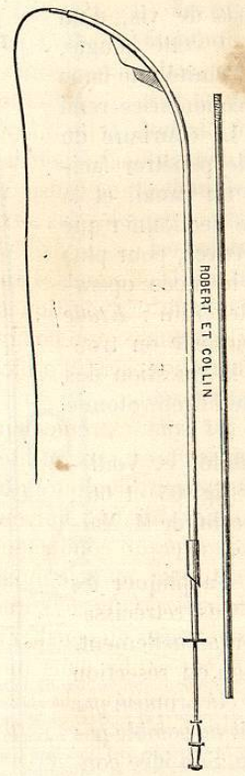

FIG. 66. — Uréthrotome de Voillemier.

Il existe deux objections très-sérieuses à cette pratique. La première, c'est que le dépôt organisé se remarque bien au delà des limites du diamètre du canal, embrasse une portion considérable du corps spongieux, et ne peut, par conséquent, être enlevé par aucun appareil semblable au trépan. La seconde, c'est que la plaie nécessaire pour enlever une portion de la muqueuse doit inévitablement être suivie d'une véritable cicatrice, qui, d'après la théorie mentionnée ci-dessus, peut produire une des formes les plus graves de rétrécissement, c'est-à-dire un rétrécissement traumatique, au lieu de celui qui a été enlevé.

RÉTRÉCISSEMENT DU MÉAT EXTERNE. — Il est fréquent de rencontrer des rétrécissements siégeant au niveau ou très-près de l'orifice de l'urèthre. Ils peuvent être congénitaux, ou résulter d'inflammation ou de cicatrices de chancres, ou d'autres lésions en ce point. Ils peuvent constituer le seul

(1) Leroy (d'Étiolles), *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XX, séance du 14 août 1855 (*Union médicale*, 21 août 1855).

(2) Plus récemment, M. Leroy a décrit le procédé, ainsi que celui de la section du rétrécissement par l'écrasement linéaire (*Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, 1858, t. I, n° 2, p. 77).

(*) *a*, *a*, lame tranchante; *b*, *b*, gaîne protégeant cette lame; *d*, tige que l'on pousse pour faire sortir la lame *a*, *a*, de la gaîne *b*, *b*: elle apparaît dans le tiers B ou la totalité C de sa longueur; *f*, cheville destinée à fixer la bougie conductrice D à l'extrémité *c* du cathéter A.

obstacle que l'on rencontre dans toute l'étendue du canal, et donner lieu cependant à des symptômes pénibles et sérieux, et même à un résultat fatal. J'ai déjà fait mention d'un cas de ce genre. J'ai procuré un soulagement complet à des symptômes douloureux datant de longtemps et dont on ne soupçonnait pas la cause, en sectionnant le méat, qui laissait passer cependant une sonde du n° 6 [n° 14 de la filière française]. J'ai rencontré trois exemples bien marqués dans lesquels cette opération fort simple fut suivie d'une disparition complète de la difficulté pour uriner, que l'on avait regardée longtemps comme provenant d'une cause très-obscure. Lorsque le rétrécissement est plus étroit que dans les cas auxquels nous faisons allusion, la cause est assez visible; mais il ne faut point oublier les cas exceptionnels. Dans de pareils cas, les bords de l'orifice sont très-élastiques, de telle sorte que, quoique l'on puisse passer une bougie des n°s 6 ou 7 [n°s 14 à 16 de la filière française], l'orifice est bien plus étroit.

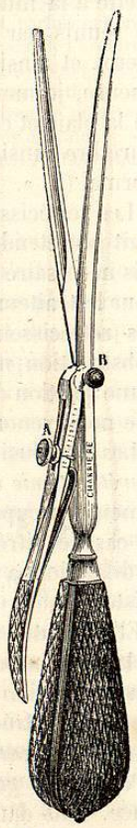

FIG. 67. — Bistouri caché, pour les rétrécissements siégeant au niveau ou près du méat.

Tous ces rétrécissements du méat sont extrêmement opiniâtres, et généralement la dilatation est sans utilité, en même temps qu'elle est excessivement douloureuse. Les incisions, pour amener un succès durable, doivent être larges. On peut les pratiquer avec un conducteur et avec un bistouri droit à lame étroite; mais le mode le plus efficace, c'est un petit *bistouri caché* (fig. 67), que l'on passe au travers des portions rétrécies du canal. En pressant sur la poignée, la lame fait saillie dans une étendue déterminée d'avance, et l'on pratique la section en retirant l'instrument. Il faut bien prendre garde à ce que le tranchant soit tourné directement en bas, c'est-à-dire du côté du frein. Une pièce de linge sec roulée à l'instar d'une bougie des n°s 12 ou 14 [n°s 23 à 25 de la filière française], introduite dans une étendue de 2 centimètres et demi environ et laissée à demeure, arrête le sang, et peut être changée, après quelques heures, contre un tampon semblable de linge huilé. Après un jour ou deux, le malade peut introduire lui-même une courte bougie conique de 7 centimètres et demi de long, et pourvue d'un pavillon suffisamment large pour l'empêcher de glisser dans l'urèthre. Si l'incision n'est pas assez large, les lèvres de la plaie peuvent se réunir, et le rétrécissement se reproduire. La dilatation consécutive doit aussi être continuée pendant quelques semaines.

Feu M. Colles (de Dublin) a adopté pour le traitement de ces cas une méthode qui mérite d'être signalée. Elle a été aussi employée par M. Williams, de la même ville, qui mentionne les résultats favorables obtenus dans trois cas où il l'a employée. M. Williams a été assez bon

pour me faire savoir que, dans un cas, il a revu dernièrement son malade, et a trouvé l'orifice uréthral parfaitement libre de tout rétrécissement (1). M. Colles décrit ainsi le procédé. Après avoir indiqué que le rétrécissement qui suit les ulcérations chancreuses du méat est, de toutes les variétés, une des plus rebelles, il s'exprime ainsi : « Ayant détaché la peau (du prépuce) de l'extrémité de l'urèthre à laquelle elle adhère intimement, je divise l'urèthre en dessous, dans une étendue de plus de 12 millimètres. Je soulève la muqueuse sur chaque lèvre de l'incision, puis j'enlève une portion du corps spongieux qui forme l'obstacle dans une étendue qui permette à la muqueuse soulevée de recouvrir le pont de substance enlevé. Je réunis par un point de suture cette membrane sur le corps spongieux, et ainsi, ayant recouvert chaque lèvre de l'incision par une muqueuse, je me suis prémuni contre la possibilité d'une réunion des lèvres de la plaie et contre un nouveau rétrécissement de l'orifice. L'ouverture de l'urèthre ainsi pratiquée est évidemment plus large que celle de l'état normal (2) ».

Les rétrécissements congénitaux varient beaucoup dans leur degré, souvent peu étendus, et n'exigeant aucun traitement, quoiqu'il soit quelquefois nécessaire de les diviser pour passer un lithotriteur, ou un instrument pour le traitement des rétrécissements. Il est aussi très-fréquent de trouver des rétrécissements congénitaux à 12 ou 15 centimètres du méat ; mais l'obstruction n'est alors qu'une simple membrane s'étendant au travers d'une portion du canal. On peut la traiter par l'incision avec l'instrument que nous venons de décrire.

Les conclusions suivantes formeront un résumé du présent chapitre. L'*uréthrotomie interne* est indiquée dans presque tous les cas de rétrécissements occupant le méat externe de l'urèthre ; dans un grand nombre de cas de rétrécissements situés au milieu de la portion spongieuse, où la dilatation a été inefficace, c'est le meilleur mode de traitement qui existe.

Elle est utile aussi dans quelques cas de rétrécissements situés au niveau de la portion bulbeuse, qui ne peuvent pas se guérir par la dilatation ; une simple incision peu profonde étant dépourvue de tout danger, et rendant ensuite le rétrécissement très-susceptible de dilatation. Enfin elle est utile dans les cas rares où l'urèthre est rétréci et induré dans plusieurs points, ou dans une grande étendue de son cours, la dilatation étant alors inefficace. Mais dans ces deux dernières classes, le traitement par divulsion est peut-être aussi utile dans un bon nombre de cas et plus facile à exécuter.

(1) *Dublin Medical Press*, 28 avril 1841, vol. V, p. 255, 260. — La méthode adoptée par Ricord (de Paris), Weber (de Bonn), diffère un peu dans les détails, mais est la même en principe (*Bulletin de thérapeutique*, 1855, vol. XLIX, p. 333).

(2) Abr. Colles, *Practical Observations on the Venereal Disease*, etc. London, 1837, p. 94, 95.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS PAR LES INCISIONS EXTÉRIEURES

Uréthrotomie externe. — Historique. — Wiseman. — Solingen. — Pratique des anciens chirurgiens français. — La boutonnière. — Mode opératoire de Colot et Tolet. — Palfin. — Col de Villars. — Opérations de J. L. Petit et de Ledran. — Astruc. — Sharp. — — Chopart et Desault. — Opérations pratiquées par John Hunter. — Grainger. — Les Bell. J. M. Arnott. — Guthrie. — De la section périnéale. — Opération de M. Syme. — Son but et son histoire. — Rétrécissements imperméables. — L'urèthre est parfois entièrement oblitéré. — La dilatation échouant, on peut quelquefois avoir recours à l'uréthrotomie externe. — Raison de son action. — Résultats de l'expérience relativement à cette opération. — L'infection purulente est une des causes de mort. — Fièvre uréthrale. — Hémorrhagie. — Infiltration urineuse. — Valeur de l'opération comme moyen de guérison. — Causes de rechutes énumérées par M. Syme. — Expérience des autres opérateurs. — Circonstances dans lesquelles convient l'opération. — Contre-indications. — Remarques pratiques sur la manière de pratiquer l'opération. — Conclusions.

Certains cas de rétrécissements confirmés sont si difficiles à traiter et si opiniâtres, et la dilatation seule leur convient si peu, qu'il n'est pas étonnant que l'on ait imaginé, pour y porter remède, des opérations plus graves et plus périlleuses que celles que nous avons déjà décrites. A des époques différentes, depuis longtemps et jusqu'à nos jours, on a pratiqué des incisions à partir de la surface du périnée jusqu'à l'urèthre inclusivement, dans le but de diviser complétement tous les tissus malades, et d'assurer ensuite une réunion graduelle des lèvres de la blessure. Tous ces procédés sont réunis sous le nom d'*uréthrotomie externe*.

HISTORIQUE. — La première mention d'un pareil traitement se trouve, dit-on, dans les écrits de Rhazès (xe siècle) et d'Avicenne (xie siècle). Tous les deux décrivent la ponction de la vessie par le périnée, pour remédier à une rétention d'urine, mais rien de plus. Or cette opération diffère autant de la section pratiquée dans le but de guérir un rétrécissement que de l'opération de la taille. Je ne crois pas que l'on ait fait mention d'une opération consistant dans l'incision à partir de la surface du périnée, pratiquée *dans le but de guérir un rétrécissement, et non pour remédier à une rétention d'urine*, avant une époque plus éloignée de nous que deux cents ans environ. Richard Wiseman, dans son livre VIIIe, sur *the ill consequences of Gonorrhea* (*Des conséquences fâcheuses de la blennorrhagie*), raconte qu'en 1652, étant assistant du « célèbre chirurgien Edward Molins », celui-ci fit, dans un cas de rétention d'urine, une opération consistant dans une « incision de l'urèthre » pratiquée près du col de la vessie. Il dit que le « bistouri ne divisa pas facilement cet organe, qui était dur comme du cartilage ». L'urine s'écoula par la plaie, mais celle-ci dégénéra en fistule. Pendant ce temps les chirurgiens essayèrent en vain, au moyen de « bougies et d'explorateurs », de trouver un passage à travers l'urèthre. Quelque temps après, à la demande du malade, qui était fatigué de la présence de sa fistule, *il fendit, à partir du dehors, toute la longueur de l'urèthre ou à peu près, au moyen d'incisions pra-*