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-*

tiquées sur la ligne médiane en divisant le scrotum. « L'urine continua, malgré cela, à s'écouler par l'ouverture pratiquée au périnée (1). »

A la fin du même siècle, une opération semblable fut pratiquée par un chirurgien hollandais, nommé Solingen, qui fendit la presque totalité de l'urèthre, simplement dans le but d'appliquer des caustiques sur des carnosités siégeant dans le canal. Le canal fut ensuite refermé, au moyen de sutures entortillées, et l'on dit que le résultat fut satisfaisant. On sait que Solingen pratiqua la même opération auparavant à Livourne (2).

La relation qui vient ensuite comme date, se trouve dans les annales de la chirurgie française. A la fin du XVIIe siècle, une opération, appelée *boutonnière*, était pratiquée parfois dans diverses formes d'obstacle uréthral, et pour différentes complications. Elle consistait en une opération pratiquée dans un point quelconque de l'urèthre, à partir de la surface extérieure, avec ou sans conducteur cannelé, pour conduire le bistouri, suivant que les circonstances le permettaient. Elle était habituellement pratiquée sur la ligne médiane, lorsqu'elle était antérieure au scrotum, et sur le milieu ou sur un côté du raphé, lorsqu'elle était au périnée. On l'employait dans diverses circonstances. François Colot, le lithotomiste, l'employa fréquemment, pour enlever des calculs engagés dans la partie postérieure de l'urèthre, pour laver la vessie, pour remédier à des rétentions d'urine, et dans certains cas de rétrécissements opiniâtres ou infranchissables, compliqués de nombreuses fistules. Il rapporte deux cas de ce genre qu'il opéra tous deux dans l'année 1690. Une canule fut placée ensuite dans la vessie, pour donner écoulement à l'urine par l'ouverture périnéale. L'urèthre fut dilaté, les fistules cautérisées; finalement tous deux guérirent (3).

François Tolet, le célèbre lithotomiste de *la Charité*, qui florissait un peu avant Colot, a été cité par les auteurs français comme ayant pratiqué l'opération de l'uréthrotomie externe. Il ne la fit jamais, néanmoins, dans le but de guérir un rétrécissement, mais seulement pour remédier à une rétention d'urine. Il dit que la boutonnière était pratiquée alors par « des hommes d'une grande habileté et très-connus », mais seulement dans le cas de rétention d'urine. Il introduisait une sonde cannelée dans l'urèthre le plus avant qu'on pouvait, sans rien forcer, puis poussait un « gorgeret » dans la direction de la vessie, et le remplaçait ensuite par une canule. D'autres fois il faisait la ponction de la vessie par le périnée en se servant d'un trocart de son invention (4).

Jean Palfin recommande la méthode de Colot pour pratiquer l'incision du périnée dans les cas de rétrécissements opiniâtres avec fistules; cette méthode permettant au chirurgien de faire passer l'urine irritante par la plaie, et d'introduire depuis le méat jusqu'à l'ouverture périnéale un séton

(1) R. Wiseman, *Chirurg. Treatises.* London, 1692, vol. II, p. 427-428.

(2) Stalpart van der Wiel, *Observ. rar. med.* Cent. post., pars prior. Lugd. Batav., 1727, p. 410

(3) F. Colot, *Traité de l'opération de la taille*, ouvrage posthume. Paris, 1727, p. 235, cas 241, 243.

(4) François Tolet, *Traité de la lithotomie.* Paris, 1708, 5e édition, chap. XXVI, p 300, 301 (la première édition a paru en 1681).

(que l'on devait changer chaque jour), dans le but de dilater tous les rétrécissements et de laver la vessie, si cela était nécessaire. Il dit que cette méthode était fréquemment employée par Colot, et qu'il la considérait comme « plus sûre » que les bougies caustiques, qui ne sont « souvent qu'un remède palliatif » (1). Col de Villars parle de cette méthode comme utile en cas de rétention d'urine, mais croit que l'on ne doit pas la conseiller dans d'autres circonstances (2).

Le fameux J. L. Petit semble avoir pratiqué la boutonnière, en cas de rétention d'urine, dans de nombreuses circonstances, et dans quelques cas, lorsque cela lui a été possible, il a sectionné le rétrécissement du même coup. Il rapporte aussi un cas dans lequel il a appliqué cette méthode à la guérison d'un rétrécissement au travers duquel, ni lui, ni aucun autre chirurgien ne put faire passer un instrument, sans qu'il existât ni rétention d'urine ni fistule. Dans ce cas, il pratiqua une incision de 5 centimètres de longueur, au périnée, « comme pour la taille », sur un cathéter cannelé passé jusqu'au niveau du rétrécissement; la pointe de l'instrument étant ainsi mise à nu, il poussa un trocart jusque dans la vessie, en suivant avec soin le trajet supposé de l'urèthre. L'urine s'étant écoulée, il retira le cathéter cannelé, « et la canule du trocart servit à guider le bistouri pour sectionner le point rétréci ». Il plaça ensuite une sonde, et la fixa à demeure; la blessure se cicatrisa sur elle en un mois, et le malade fut « parfaitement guéri ». Il raconte que, peu après, il répéta l'opération à peu près dans les mêmes circonstances, avec succès, et il ajoute : « Tous ceux sur lesquels j'ai pratiqué la boutonnière, pour une rétention d'urine, ont récupéré la liberté de leur canal, lorsque je comprenais l'obstacle lui-même dans l'incision (3). » Il propose même de pratiquer la boutonnière lorsque l'urèthre laisse passer une bougie, et par conséquent sur un cathéter cannelé introduit dans la vessie; mais seulement dans des circonstances particulières qu'il indique ainsi : Ayant établi comme règle, qu'« il faut éviter de faire l'incision appelée boutonnière quand l'introduction de la sonde est possible », il suppose un cas d'inflammation aiguë de la vessie, avec un rétrécissement de l'urèthre, à travers lequel on a pu faire passer un instrument pour évacuer le liquide, mais qui ne saurait supporter la présence continuelle de la sonde. Dans ce cas, il conseille de pratiquer la boutonnière sur la sonde, avant de la retirer, de peur que sa réintroduction ne soit impossible. « Auquel cas, dit-il, on est obligé de pratiquer l'opération sans conducteur, ce qui est une circonstance très-sérieuse, puisqu'il n'y a plus rien pour servir de guide (4). »

Ledran employait l'incision périnéale dans les cas de rétention et parfois dans les cas de rétrécissement infranchissable avec fistule périnéale; il se servait généralement du gorgeret. Il raconte un cas dans lequel, en 1730,

(1) J. Palfin, *Anatomie du corps humain.* Paris, 1726, 1re partie, chap. XX, p. 174.

(2) Col de Villars, *Cours de chirurgie.* Paris, 1741, t. IV, p. 221.

(3) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie.* Paris, 1743, t. I, 2e partie, p. 338, 340.

(4) J. L. Petit, *Traité des maladies chirurgicales : Des maladies où le cours des urines est affecté*, vol. III, chap. XI, p. 79. Paris, 1774; nouv. édit., Paris, 1837, p. 780.

il fit une longue et profonde incision au périnée, lequel était déformé et criblé de fistules. Ne réussissant pas à distinguer l'urèthre, il choisit, le jour suivant, une fistule près de l'incision, y introduisit, y laissa même une bougie qu'il poussa aussi loin qu'il le put du côté de l'urèthre; mais échouant encore, il continua chaque jour à enfoncer cette bougie jusqu'à ce qu'elle entrât enfin dans l'urèthre, ce qui eut lieu le cinquième jour. Il fit couler alors le long de cette bougie une petite sonde cannelée, fendit avec un bistouri tout le trajet, jusqu'au col de la vessie; l'urine coula librement par la canule, et finalement on substitua à la sonde cannelée une canule creuse. Le cours de l'urine étant ainsi détourné, le rétrécissement put se dilater et les fistules se cicatrisèrent. Il guérit son malade et « lui recommanda l'usage des bougies, ou d'une sonde de plomb, faute de quoi l'urèthre pourrait se rétrécir peu à peu, la cicatrice se rouvrir et la maladie recommencer » (1).

Astruc décrit cette opération comme ayant été pratiquée de son temps, mais il la regarde comme dangereuse et sans utilité. Quand on a déterminé le siége du rétrécissement, et que l'on a fait une marque au périnée pour indiquer sa situation, « on introduit une sonde cannelée aussi loin que possible dans le canal, et l'on fait de chaque côté du périnée, parallèlement au raphé, une incision qui commence au niveau de la pointe de l'instrument. Puis, les organes étant bien en vue, on applique des caustiques ou des détersifs sur les caroncules ou l'ulcération que l'on suppose exister, et, quand tout semble être sain, on laisse la plaie se fermer (2). » Daran parle du même procédé et le rejette (3).

C'est à cette époque que nous trouvons la méthode décrite par Wiseman et Astruc, méthode encore en vogue en Angleterre. Sharp, de Bartholomew's Hospital, nous dit qu'à cause des mauvais résultats qui avaient suivi l'emploi des caustiques à cette époque, on avait recherché, à leur place, un autre procédé qui, au point de vue de la gravité, était presque, sinon tout à fait, aussi sujet à la critique. Ce procédé consistait à pratiquer une section *au périnée*, si possible sur un conducteur, et à introduire au moyen d'un gorgeret une canule d'argent couverte d'un fin morceau de toile, que l'on devait laisser deux ou trois jours à demeure, puis retirer. — Après cela, on devait détruire les obstacles au moyen de résolutifs et d'escharotiques. En même temps on passait un séton, depuis la plaie dans l'urèthre jusqu'à l'extrémité pénienne. Ce séton devait être enduit, chaque jour, de poudres escharotiques ou de résolutifs puissants, pour détruire les rétrécissements de cette portion du canal. Lorsque cela était fait, on introduisait une sonde dans la vessie, et on la maintenait à demeure, afin que l'urine, s'écoulant par cette voie, permît à la plaie de se cicatriser plus facilement. La blessure cicatrisée, on pouvait retirer la sonde (4). »

(1) H. F. Ledran, *Traité des opérations de chirurgie*. Paris, 1742, p. 368-371; Bruxelles, 1745, p. 240.
(2) J. Astruc, *De morbis venereis*. Paris, 1738, lib. III, cap. XIV, p. 243.
(3) *Observ. chirurg*. Paris, 1748, p. 101 et ailleurs.
(4) *A Critical Enquiry*. London, 1751, p. 151.

Chopart employa la boutonnière dans un cas compliqué de fistules, en 1786. Ayant ouvert l'urèthre, il ne put réussir à faire pénétrer un instrument au travers du rétrécissement; les ouvertures fistuleuses qui avaient existé antérieurement se cicatrisèrent, mais la plaie de l'opération resta ouverte, et c'est par elle que toute l'urine s'écoula dans la suite (1). Sabatier dit qu'il suivait la méthode de Ledran et se servait du gorgeret (2). Desault décrit les divers procédés connus sous le nom de *boutonnière*, et les divers buts dans lesquels ils étaient employés; il taxe cette opération d'inutile ou dangereuse, lorsqu'elle est appliquée à la guérison des rétrécissements (3).

Mais, avant le cas de Chopart, John Hunter avait pratiqué l'incision périnéale dans un cas où il existait une fausse route qui empêchait l'emploi de la dilatation avec succès. Il ouvrait l'urèthre derrière le rétrécissement, poussait une canule jusqu'au point rétréci, introduisait une autre canule par l'orifice naturel de l'urèthre, et la dirigeait également vers le rétrécissement, jusqu'à ce que les deux canules se trouvassent opposées l'une à l'autre, n'ayant entre elles que le rétrécissement. Il passait alors dans la canule supérieure un stylet avec lequel il perforait le rétrécissement, et qui pénétrait ainsi dans la canule inférieure. Cela fait, on retirait le stylet et l'on introduisait une bougie par la même canule et de la même manière, en ayant bien soin qu'elle passât dans la canule inférieure. Alors on retirait la canule inférieure, et l'extrémité inférieure de la bougie apparaissait dans la plaie. On saisissait cette extrémité, et l'on retirait la canule supérieure sur la bougie, en laissant cette dernière dans l'urèthre. Ensuite on dirigeait l'extrémité inférieure de cette bougie dans la portion de l'urèthre qui conduit à la vessie, et on la poussait jusque dans la cavité de ce viscère, l'y laissant séjourner. La grosseur des bougies était augmentée graduellement jusqu'à ce que la plaie fût cicatrisée (4). Lorsqu'il existait une infiltration d'urine, il passait aussi un conducteur dans l'urèthre, et ouvrait le canal sur ce conducteur (5).

Mais J. Hunter pratiqua, en 1783, à Saint-George's Hospital, l'opération connue ces dernières années sous le nom de *section périnéale*, pour la *guérison des rétrécissements et des fistules périnéales*, et non pour remédier à une rétention ou à une infiltration d'urine. Quand il n'avait pas réussi à franchir le rétrécissement avec les bougies les plus fines, et qu'il avait employé sans succès les caustiques, il procédait de la façon suivante : « Il introduisait tout d'abord un cathéter aussi loin qu'il le pouvait, comme conducteur; il ouvrait toutes les fistules sur le cathéter, ce qui mettait à nu près de 2,5 centim. de longueur de cet instrument; il retirait alors le

(1) Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, revu par Pascal. Paris, 1830, vol. II, p. 364.
(2) Sabatier, *De la médecine opératoire*, 2e édit. Paris, 1810, t. I, p. 348; nouv. édit. par Sanson et Bégin. Paris, 1832, t. II, p. 441.
(3) Desault, *Traité des maladies des voies urinaires*, édité par Bichat. Paris, 1799, p. 325-329. — *Œuvres chirurgicales*. Paris, 1830, t. III, p. 330-333.
(4) J. Hunter, *Œuvres complètes*, t. II : *Traité de la syphilis*, trad. Richelot, 3e partie, chap. v, p. 334, 335.
(5) J. Hunter, *Traité de la syphilis*, trad. Richelot, p. 343, 344.

cathéter en partie pour bien voir la portion du canal qui était découverte. Après avoir épongé le sang, il recherchait l'orifice du rétrécissement, et, lorsqu'il l'avait trouvé, il le dilatait. Il poussait ensuite le cathéter jusque dans la vessie, quoique avec quelque difficulté. » Cet instrument restait à demeure; les fistules finissaient par se cicatriser, et, plus tard, un jet assez considérable d'urine pouvait s'écouler par le canal (1). Lassus pratiqua une opération à peu près semblable en 1786, à l'hôpital Saint-Côme, à Paris, sur un sujet présentant de nombreuses fistules au périnée, à la suite d'un coup. Il introduisit une sonde jusqu'au rétrécissement, incisa toutes les fistules, depuis la pointe de l'instrument jusqu'à la vessie, et passa une sonde de gomme, depuis le méat jusque dans la vessie, où il la laissa quelque temps à demeure; le malade fut guéri. Ce cas ne fut publié qu'en 1825, d'après des notes manuscrites que possédait M. Dolivera (2).

L'application du procédé décrit par Hunter semble avoir été limitée, pendant de nombreuses années, aux cas dans lesquels il existait plusieurs fistules périnéales jointes à un rétrécissement opiniâtre. C'est ainsi que Sir Charles Bell, un quart de siècle environ plus tard, ne le recommande que dans ces cas-là seulement.

L'opinion que cette méthode était surtout applicable dans les cas de rétention d'urine gagna du terrain, parce que l'on pouvait, en une opération, atteindre deux buts importants, c'est-à-dire l'évacuation de la vessie et la cure radicale du rétrécissement par sa section. C'est en se fondant sur ces principes, comme nous l'avons vu, que J. L. Petit avait agi dans quelques cas. Cependant, après l'ouverture de l'urèthre, on ne se servit plus du gorgeret et du trocart, mais on fit des recherches attentives au moyen d'une bougie fine, pour retrouver l'orifice du rétrécissement, afin que la portion rétrécie du canal pût elle-même être divisée, et que l'on pût passer une sonde volumineuse, depuis le méat externe jusque dans la vessie. L'opération était parfois ennuyeuse et difficile, surtout lorsqu'on avait l'habitude de rechercher l'urèthre au milieu d'incisions commencées sur les côtés du raphé, comme dans l'opération de la taille latéralisée, et non sur la ligne médiane du périnée.

La pratique de cette opération, dans les cas de rétention, semble avoir été généralisée en Angleterre au commencement de ce siècle. Le premier récit publié a paru en 1815, dans un petit ouvrage de M. Grainger (de Birmingham), qui en recommande l'emploi, et rapporte plusieurs cas dans lesquels il l'avait pratiquée soit sur la ligne médiane du périnée, soit sur les côtés du raphé (3). John Bell l'indiqua brièvement pour les cas de rétention d'urine, mais il ne l'a jamais pratiquée lui-même (1806) (4). Sir Charles Bell recommanda aussi cette opération, soit dans une publication, soit antérieurement, dans ses leçons orales (1). En 1811, le docteur Thomas Chevalier lut, à la *Medical and Chirurgical Society*, un mémoire dans lequel il rappelle un cas de rétrécissement opiniâtre du canal, où il pratiqua une incision jusque dans l'urèthre, derrière le rétrécissement, non point pendant une attaque de rétention d'urine, mais dans un double but qu'il indique : d'abord pour empêcher l'urine de s'écouler sur les parties malades, en lui donnant un nouveau cours, parce qu'il avait observé qu'il en résultait un grand avantage dans les cas de ponction de la vessie, par exemple; secondement, pour débarrasser le canal de la pression occasionnée au périnée par les tissus indurés.

(1) Hunter, *ibid.*, chap. VI.

(2) *Archives générales de médecine*, vol. IX, p. 411 et 414. Paris, 1825. Il y est dit que Vanier (de Cherbourg) pratiqua la même opération pour des fistules; mais ceci eut lieu en 1819, et n'a par conséquent aucune valeur historique (quoique l'on en ait pris possession récemment à Paris, ce qui est la seule raison qui me le fait rappeler ici).

(3) E. Grainger, *Medical and Surgical Remarks*, chap. I. London, 1815.

(4) John Bell, *Principles of Surgery*, vol. II, p. 285. London, 1806.

Il faut observer que toutes ces opérations, excepté les deux mentionnées par J. L. Petit, étaient employées pour guérir quelque complication sérieuse du rétrécissement, et non le rétrécissement lui-même, ou, si elles étaient dirigées contre le rétrécissement, c'était pour mettre les organes en vue, et appliquer directement quelque caustique. Dans les autres cas, il y avait toujours de la rétention d'urine, de l'infiltration urineuse, de fausses routes ou des fistules. Dans aucun cas, la seule indication de guérir un rétrécissement opiniâtre n'avait conduit à pratiquer la section. Petit seul avait pratiqué la section dans ce but; mais, ayant mis à nu le bec de la sonde, il forçait le passage au hasard, au moyen d'un trocart, procédé différant totalement d'une dissection soignée du rétrécissement.

La première mention (autant du moins que j'en aie connaissance) de l'application de cette dernière opération, pour remédier à un rétrécissement infranchissable, sans les complications que nous avons mentionnées, se trouve dans un mémoire de M. G. M. Arnott, alors chirurgien de Middlesex Hospital, lu à la *Medical and Chirurgical Society*, en juin 1822 (*Transactions*, vol. XII, p. 351) (2). L'auteur mentionne un cas dans lequel, ne réussissant pas, après des efforts répétés, à passer un instrument au travers du rétrécissement, par le méat externe, il opéra, et obtint les résultats les plus satisfaisants; il conseille l'adoption d'une méthode semblable en pareil cas. — Dans ce cas, après avoir pratiqué la section sur le bec de la sonde, conduit jusqu'au niveau du rétrécissement, M. Arnott réussit à passer un très-petit conducteur cannelé au travers, et à diviser sur lui le rétrécissement. Il conduisit alors une sonde d'argent dans la vessie, et la fixa à demeure, en la retirant seulement à intervalles éloignés. La plaie se cicatrisa sur la sonde. Le malade fut complétement guéri; car, pendant six ou

(1) Charles Bell, *Surgical Observations*, 1re partie, p. 56. London, 1816. — Plus d'un auteur français a attribué à Eckström l'honneur d'avoir pratiqué le premier cette opération. Or, son premier cas (pour un cas de rétention d'urine et non pour la guérison d'un rétrécissement) a été publié dans les *Froriep's Notizen*, vol. XVIII, p. 155, Weimar, 1827, M. J. Chelius en donne un résumé dans son *Handbuch der Chirurgie*, chapitre RÉTENTION D'URINE, mais il oublie que l'opération avait été décrite en Angleterre douze ans auparavant. Le traducteur anglais des livres de Chelius, M. South, dit dans une note qu'Eckström avait séjourné à Londres quelques mois vers 1821-1822, et qu'il doit l'avoir vu pratiquer plusieurs fois exactement de la manière dont il l'a décrite. — Chelius, *System of Surgery*, translated by South. London, 1835, vol II, p. 428.

(2) Les indications de cette opération sont examinées, en vue de la pratique future, par Sir Charles Bell, dans son *Treatise on the Urethra*, etc. London, 1822, 3e édit., p. 184.

sept ans, pendant lesquels M. Arnott put l'observer, l'affection ne récidiva nullement. Depuis ces dernières années, ce procédé est connu sous le nom de l'opération de la *section périnéale*, et c'est sous cette dénomination que j'en parlerai dorénavant.

Feu M. Guthrie, dans un ouvrage publié en 1836, contenant une partie de ses leçons professées en 1830 au Royal College of Surgeons, recommanda d'ouvrir l'urèthre derrière le rétrécissement dans les cas de rétention d'urine. Si le rétrécissement était d'une épaisseur, d'une dureté ou d'une étendue telles que la guérison par la dilatation fût fort difficile ou très-longue, il conseille aussi de sectionner les parties rétrécies, en commençant à l'ouverture ainsi pratiquée et en continuant l'*incision d'arrière en avant* (1). Il insiste aussi beaucoup sur la nécessité de pratiquer les incisions sur la ligne médiane, et non pas sur les côtés du raphé. Guthrie recommande aussi le même procédé comme la meilleure méthode d'inciser un rétrécissement infranchissable, si l'on considère qu'il est nécessaire d'avoir recours à la section périnéale pour sa guérison et non pas pendant la rétention d'urine. La description de l'opération, rapportée avec soin et beaucoup de détails, se trouve dans le chapitre X (*De la rétention d'urine*), auquel je renvoie le lecteur.

De la section périnéale. — Je crois que la méthode que nous venons de mentionner, de pratiquer une incision sur l'extrémité d'une sonde maintenue solidement contre la face antérieure d'un rétrécissement, puis de passer un conducteur cannelé à travers le rétrécissement pour le sectionner, donnerait dans les mains d'un grand nombre de chirurgiens les meilleurs résultats pratiques dans les cas où l'on est obligé, après des essais infructueux pour faire passer un instrument, d'avoir recours à l'incision. Le meilleur moyen de pratiquer cette opération est la suivante. On place le malade, exposé à une bonne lumière, sur une table et non pas sur un lit, afin que le bassin ne puisse pas s'enfoncer, et soit maintenu dans une position fixe comme dans la taille. Les intestins auront été préalablement vidés par un lavement. Le périnée rasé, on place une sonde aussi loin que le permet le rétrécissement, un aide la maintient solidement dans cette position et relève en même temps les bourses. On pratique alors une incision à travers la peau et le tissu cellulaire, directement sur la ligne médiane du périnée, le long du raphé, depuis le bec de la sonde jusqu'à une petite distance de la marge de l'anus, si le rétrécissement siége près ou au niveau du bulbe; puis on met la sonde à nu par une incision profonde et plus courte. Un aide placé de chaque côté écarte avec soin les lèvres de l'ouverture, autant que possible, au moyen de crochets, afin de donner à l'opérateur une vue aussi complète que possible de l'ouverture rétrécie; ce but doit encore être atteint en épongeant avec soin les organes sectionnés, ou mieux, comme M. Avery le premier l'a suggéré et mis en pratique, on passe une anse de fil au travers de chaque lèvre de l'incision de l'urèthre, y compris la muqueuse près du rétrécissement, afin de dilater l'ouverture et

(1) G. J. Guthrie, F. R. S., *Anatomy and Diseases of the Urinary and Sexual Organs*. London, 1836.

de pouvoir se passer de crochets ou de doigts qui interceptent la vue. Ces anses servent aussi à guider les yeux sur le point exact où commence le rétrécissement, pendant la dissection qu'il est nécessaire de pratiquer ensuite (1). Ceci fait, l'opérateur, qui doit être muni de deux ou trois conducteurs cannelés d'argent, d'un petit volume, essaye d'en passer un au travers du rétrécissement. S'il y réussit, il pratique ensuite la division avec facilité et sûreté. S'il ne peut faire avancer le conducteur que de 4 à 6 millimètres, il incise le canal avec précaution dans cette étendue, puis essaye de nouveau de suivre le trajet du canal et d'en diviser une autre partie sur le conducteur. Mais s'il ne peut introduire aucun des conducteurs, ni en partie, ni en totalité, il ne lui reste plus d'autre alternative que de disséquer, au travers du rétrécissement, sur la ligne médiane, en s'efforçant de suivre autant que possible le trajet de l'urèthre. Dans les deux cas, aussitôt que la continuité du passage est rétablie, le cathéter le premier employé est conduit jusque dans la vessie et fixé à demeure de la manière ordinaire.

Maintenant, si nous examinons les cas où il convient d'appliquer cette opération, quoi que l'on puisse dire en sa faveur dans les cas de rétention, ce que nous examinerons du reste plus tard, il faut avouer qu'on doit avoir affaire à un cas grave pour se voir forcé de recourir à une pareille opération comme moyen de guérison. Tous les chirurgiens la considèrent pour le moins comme un remède dangereux. Tout le monde est d'accord sur l'incertitude qui peut accompagner une tentative pour diviser, par une simple dissection à partir de la surface du périnée, une portion de l'urèthre rétrécie, dont le calibre est énormément diminué, surtout si les tissus sont considérablement épaissis; peu de chirurgiens certifieront que l'on puisse être certain d'une division suffisante du canal, ou même que l'on puisse à coup sûr diviser le canal, à moins que l'on n'ait préalablement réussi à passer un conducteur cannelé. Sir B. Brodie s'exprime ainsi : « Même dans les circonstances les plus favorables, on n'a que des doutes pour savoir si le rétrécissement a été véritablement sectionné, c'est-à-dire pour savoir si l'incision a passé au centre du canal rétréci, ou à travers la substance solide qui se trouve de chaque côté du canal. Je suppose qu'aucun chirurgien ne recommandera cette opération, si ce n'est en dernier ressort, alors qu'il est impossible par d'autres moyens de franchir le rétrécissement (2). » Toute chance de faire passer un instrument au travers du rétrécissement, au moyen du traitement général et du repos unis aux manœuvres les plus soigneuses fréquemment répétées, doit être épuisée avant que l'on consente à employer ce moyen, dont la nécessité et l'utilité ne doivent être admises qu'à la dernière extrémité.

(1) Benj. Brodie, *op. cit.*, p. 67.

(2) Récemment M. Sédillot, membre de l'Académie des sciences, autrefois professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, a insisté sur l'avantage qu'il y avait à se servir de cette méthode, et la décrit comme une amélioration de son procédé, dans un mémoire lu à l'Académie des sciences de Paris, publié dans l'*Union médicale* du 6 novembre 1852, et reproduit dans *Contributions à la chirurgie* (Paris, 1868, t. II, p. 236).

En revoyant l'histoire des opérations pratiquées sur le périnée que j'ai rappelée avec quelques détails, à cause des erreurs que certains auteurs ont commises et dont on trouve un exemple (à la note de la page 236), il semble qu'elles soient depuis longtemps reconnues comme nécessaires pour la guérison de certains cas de rétrécissements infranchissables par d'autres méthodes, et pendant les trente dernières années on a traité un grand nombre de cas semblables de cette façon. Mais c'est aussi un fait trop connu pour être appuyé par des citations, que, dans beaucoup de cas où l'on a pratiqué cette opération, la terminaison a été fatale. Une liste des cas semblables ne fournirait aucune donnée d'une certaine utilité pour confirmer la valeur de cette opération. Car elle a été presque toujours pratiquée comme dernière ressource, dans certains vieux rétrécissements de la pire espèce, souvent compliqués d'affections rénales qui rendent les malades tout particulièrement impropres à subir aucune opération. Avec une pareille liste de cas, il est impossible de décider quelle proportion de morts souvent doit être considérée comme favorable ou contraire à l'opération; car il faut tenir compte, dans beaucoup de cas individuels, de l'influence relative de la maladie et de l'opération pour amener le résultat fatal.

Pendant ces vingt dernières années, cette opération a été peu fréquemment employée, surtout parce que l'on a établi, d'une façon plus générale, que très-peu de rétrécissements sont tout à fait infranchissables, si même il en existe. Ceci est dû aux assertions répétées de M. Syme (d'Édimbourg), qui déclare que, tant que l'urine s'écoule au dehors par l'urèthre, en aussi petite quantité que ce soit, on peut introduire, à force de patience et de persévérance, un cathéter à travers le rétrécissement jusque dans la vessie. Cette doctrine, combattue d'abord avec beaucoup d'énergie, est maintenant acceptée par un grand nombre de chirurgiens. Du moins, si cette règle n'est pas absolument vraie, les exceptions sont très-peu nombreuses. C'était aussi une règle autrefois que, lorsque l'on pouvait passer un instrument de n'importe quel volume à travers un rétrécissement, jusque dans la vessie, la division de ce rétrécissement par la surface du périnée était tout à fait contre-indiquée.

En 1844, M. Syme publia (1) la relation d'un cas de rétrécissement dans lequel il avait employé la dilatation temporaire et permanente autant que possible, et après cela l'uréthrotomie interne, sans améliorer aucunement l'état du malade. Car la tendance à la rétraction était si forte chez lui, que, dans les vingt-quatre heures qui suivaient chaque opération, où l'on passait facilement des bougies volumineuses, le rétrécissement devenait aussi étroit et aussi difficile à franchir que jamais avec un instrument peu volumineux. Son malade, lui déclarant que « la vie était intolérable avec un pareil sujet de tourment », demanda que l'on adoptât un autre moyen de traitement, « quels qu'en pussent être les conséquences et les dangers ». M. Syme passa alors un conducteur cannelé dans la vessie, et divisa le rétrécissement sur ce conducteur à partir du périnée. Le patient jouit pendant de

(1) *Edinburgh Journal of Medical Science*, octobre 1844.

longues années d'une bonne santé et de l'absence de tout symptôme douloureux.

Après avoir répété cette opération plusieurs fois dans des cas à peu près semblables, M. Syme propose de l'adopter d'une façon générale, déclarant que l'*uréthrotomie externe*, sur un conducteur cannelé, est un remède radical contre les formes les plus opiniâtres de rétrécissement, et que dans certains autres cas d'un caractère moins grave, cette opération amène une guérison plus expéditive, plus sûre et plus durable que la dilatation simple (1).

Ceci implique évidemment la non-existence des « rétrécissements imperméables ». Mais ce terme lui-même est sujet à de graves objections. Si l'urine traverse le canal, l'imperméabilité n'existe pas. Si l'on veut parler de « l'imperméabilité » aux instruments, le terme doit s'appliquer seulement à l'opérateur qui a échoué, et qui sera peut-être suivi d'un autre praticien plus exercé qui aura plus de succès. Car le terme de « rétrécissement » n'implique pas l'idée d'oblitération, mais seulement de diminution de calibre. C'est un fait bien connu que l'urèthre est quelquefois totalement oblitéré, et il n'est pas nécessaire de citer Chopart ou Cruveilhier, qui en rapportent chacun un cas, pour le prouver, comme l'ont fait quelques auteurs, puisqu'il existe dans nos musées plusieurs exemples d'oblitération complète. Le lecteur est renvoyé à plusieurs préparations mentionnées et décrites à la fin du chapitre II.

Feu M. Liston a aussi émis la même opinion; mais elle obtint alors un moindre retentissement qu'elle n'en a obtenu depuis. Dans une leçon clinique (1835), il se servit des termes suivants : « Cette méthode a été proposée dans ce que l'on a appelé les *rétrécissements infranchissables;* mais je n'ai jamais rencontré de cas pareils; car, « tant que *le liquide peut encore s'écouler*, vous pouvez, à force de patience et de persévérance, faire tôt ou tard pénétrer une sonde dans la vessie », etc. Il mentionne ensuite, dans un autre chapitre, les cas d'oblitération complète, à la suite de lésions traumatiques de l'urèthre, et dit qu'il les traite en passant un instrument dans le canal aussi loin que possible, en faisant une incision dans la ligne du raphé, sur l'extrémité de l'instrument, et en conduisant ensuite l'instrument dans la vessie (2).

(1) James Syme, *Stricture of the Urethra*. Edinburgh, 1849, p. 58. — Il est désirable de se servir du terme de *division externe* ou *uréthrotomie externe*, pour désigner l'opération de M. Syme, puisque lui-même se sert de cette expression, et de désigner seulement, sous le nom de *section perinéale*, le procédé décrit aux pages 269 et 270, qui a trait aux cas de rétrécissements infranchissables. C'est à l'emploi d'un seul terme pour désigner deux procédés différents, ou même opposés, qu'est due surtout la confusion d'idées qu'on remarque si fréquemment, et cela d'autant plus que l'opération de M. Syme est souvent employée en avant du scrotum; or je présume que, dans ce cas, même les avocats de l'ancienne appellation seront forcés de la modifier.

(2) Robert Liston, *Lancet*, 20 février 1836. *Report of a Clinical Lecture*. — L'urèthre étant oblitéré, comme cela arrive quelquefois, après les blessures au périnée, ou après la gangrène suite d'infiltration, l'urine s'écoule par une ouverture dans cette région. Dans de pareils cas, totalement distincts des rétrécissements, M. Syme a proposé le procédé suivant, qu'il préfère à la coutume habituelle de sectionner sur l'extrémité d'une sonde, parce qu'il croit que le nouveau canal ainsi formé sera dans une ligne plus directe et réunira plus naturellement les deux portions du canal que l'on ne peut le faire par la dissection avec le