A cette époque, M. Liston n'avait jamais pratiqué aucune autre opération que le passage d'une sonde en cas de rétention d'urine. Plus tard, il fut forcé cependant de ponctionner la vessie dans un cas, et de pratiquer la section périnéale plusieurs fois dans des cas de rétrécissement où il ne put réussir à passer une sonde, et alors il adopta exactement la même opération que celle qui avait été décrite et recommandée par M. Guthrie, et dont il donne les indications dans son *Operative Surgery* (1).

D'après les nombreux faits pathologiques que présentent nos musées, il est évident que l'oblitération de l'urèthre existe; que c'est un fait qui se présente très-rarement, et enfin il est très-douteux que des rétrécissements non traumatiques puissent arriver à l'oblitération complète. En tout cas, nous n'avons aucun exemple pour prouver le fait.

Les affirmations de M. Syme reviennent à ceci, et ne signifient pas autre chose : c'est que, toutes les fois que l'urine passe par le méat, on peut, une fois ou l'autre, arriver à introduire une sonde dans la vessie. C'est ainsi qu'il s'exprime : « Quant à la question de l'imperméabilité, je maintiens simplement que, si l'urine passe, un instrument peut toujours, à force de soin et de persévérance, franchir le rétrécissement, et j'ajouterai que le cas est totalement différent de celui d'une distension de la vessie par

bistouri. Il engage l'opérateur « à introduire dans la vessie, par les fistules qui doivent être préalablement dilatées, si cela est nécessaire, un conducteur semblable à celui dont on se sert dans l'opération de la taille, mais avec la cannelure sur sa concavité, et non sur son côté convexe, puis à insinuer au travers de l'urèthre, aussi avant que possible, le conducteur employé pour diviser les rétrécissements par l'incision externe. Pendant que le premier, confié à un aide, est soulevé par les doigts de l'opérateur, au périnée ou dans le rectum, il pousse le conducteur dans la direction qu'il prendrait si le canal était libre, de façon à le faire passer au travers des portions rétrécies, entrer dans la cannelure du cathéter, et pénétrer dans la vessie. Le cas est alors semblable à celui d'un rétrécissement nécessitant la section ; après que l'on a pu passer un conducteur, il n'y a plus de difficulté à placer un bistouri dans la cannelure et à pratiquer la section, de façon à diviser complétement sur le trajet exact de l'urèthre tous les tissus indurés et à permettre ainsi d'introduire une sonde volumineuse que l'on laisse deux ou trois jours pour prévenir tout danger d'infiltration. » Il ajoute deux cas à l'appui de sa méthode. (*Medico-Chirurgical Transactions*. London, vol. XI, p. 113.)

(1) M. Cadge, dernier chirurgien assistant de *University College Hospital*, qui a aidé M. Liston dans un grand nombre d'opérations pendant de longues années avant sa mort, écrivit au *Medical Times*, 9 novembre 1850, en ces termes : « Il est certain que dans les dernières années de sa vie, Liston échoua plusieurs fois à introduire une sonde dans des cas de rétrécissements sans complication, et fut obligé d'avoir recours à l'opération décrite dans sa *Practical Surgery*, 4e édition, p. 484..... J'ai les notes de quatre cas dans lesquels, après des essais infructueux pour introduire un instrument, il plaça les malades comme pour pratiquer la taille, et ouvrit l'urèthre par une incision pratiquée au périnée. Dans ces quatre cas, j'étais présent et j'aidais à l'opération; mais ce ne furent point les seuls qu'il traita ainsi. » M. Cadge mentionne ensuite un cas (survenu dans la pratique du docteur Brodie Sewell) dans lequel M. Liston ponctionna la vessie par le rectum pour une rétention d'urine suite de rétrécissement, « trouvant qu'il était impossible d'introduire une sonde à plus de 4 centimètres dans l'urèthre ». J'ai l'autorité de M. Cadge pour bien établir que les quatre opérations en question furent pratiquées pour la cure du rétrécissement, en dehors de toute rétention d'urine, et que, dans ce dernier cas, il ne pratiqua jamais cette opération ni aucune autre, sauf dans l'occasion unique que nous venons de mentionner où il ponctionna la vessie par le rectum. Dans ce cas, dans lequel il fut appelé en consultation (avec M. Solly), on eut l'idée de pratiquer la section périnéale; mais M. Liston s'y opposa, parce que, ne pouvant pas passer un instrument jusqu'au périnée, il n'y avait aucun moyen de savoir s'il existait d'autres rétrécissements dans le canal.

rétention d'urine nécessitant un soulagement *immédiat*. Je n'ai jamais prétendu qu'en pareil cas l'introduction de la sonde fût toujours possible (1). » Je crois qu'il existe peu de chirurgiens expérimentés dans l'usage de la sonde qui se refuseront à admettre la vérité de cet axiome, et s'ils ont des occasions nombreuses de le vérifier, ils réussiront, dans presque tous les cas, à franchir le rétrécissement par les moyens ordinaires. Plusieurs tentatives sont parfois nécessaires ; quant à moi, j'ai toujours fini par réussir à faire pénétrer par les moyens ordinaires une sonde fine dans la vessie. Il en résulte que je n'ai jamais eu l'occasion de pratiquer la section périnéale pour un rétrécissement infranchissable. Néanmoins, examinant le sujet d'une façon plus générale, et me rappelant que des hommes d'une habileté reconnue et d'une expérience consommée ont parfois échoué après de nombreuses tentatives, je n'ose point affirmer qu'il n'existe pas de rares exceptions à cette règle. M. Syme, dans la seconde édition de son ouvrage, nous dit, en effet, que plus tard il a échoué, après des essais répétés dans trois occasions. Dans ce cas, il pratiqua l'ouverture du canal immédiatement en avant du rétrécissement, conduisit la petite sonde cannelée au travers du rétrécissement, puis incisa la portion rétrécie sur cette sonde de la façon habituelle (2).

En résumant cette question, nous en tirons cependant une leçon fort utile sur la perméabilité des rétrécissements. Personne ne niera que la pratique ne donne une certaine dextérité dans l'usage de la sonde, qui rend le succès presque certain, même dans les cas les plus graves. Il est prudent, et certainement fort utile en pratique, de s'assurer exactement des propriétés de l'instrument que l'on emploie, d'avoir confiance en lui, et de rechercher toutes les facilités que peut nous donner l'expérience pour pratiquer cette opération, qui, suivant les paroles fréquemment citées de M. Liston, est « une des plus difficiles de toutes les opérations chirurgicales ». Certainement il est rare qu'un opérateur adroit et persévérant ne finisse pas par réussir à introduire un instrument dans la vessie. Le cas se présente plus rarement qu'on ne le pense en général. Pour ma part, je dois avouer que j'ai appris une chose, c'est que la confiance dans la puissance de son instrument et la persévérance dans son emploi constituent le secret du succès, lorsqu'on l'emploie à franchir un rétrécissement dont l'étroitesse ou la situation rendent le passage très-difficile (3).

Les circonstances, comme nous l'avons déjà dit, influent beaucoup sur ces conditions. Un rétrécissement que personne ne peut franchir aujour-

(1) Syme, *Edinburgh Monthly Journal*, juin 1851, art. VI.

(2) Syme, *op. cit.*, 2e édition, 1855, p. 36 et 95.

(3) L'opinion que tous les rétrécissements peuvent être franchis avec le temps et des efforts répétés s'accrédite de plus en plus, grâce aux efforts de M. Syme, et a déjà été féconde en heureux résultats. En France la même opinion a fait des progrès. Nélaton lui a donné son appui et annoncé, comme un succès, le passage d'un petit instrument dans la vessie, par M. Phillips, au travers d'un rétrécissement infranchissable jusqu'alors, après une tentative de deux heures. — Voyez sa clinique, *Moniteur des hôpitaux*, 1857, p. 569. — Voyez aussi un article de Guillon, *Gazette médicale de Paris*, 8 mai 1858, et *Gazette des hôpitaux*, 27 mars 1858. — *Mémoires* de Phillips (*Bulletin de thérapeutique*, avril et mai 1858). — *Mémoire* de Mercier dans l'*Union médicale*, juillet 1858.

d'hui peut être franchi après une semaine de repos et de régime. Lorsque l'ouverture est aussi petite que celles que nous observons sur quelques pièces de notre musée, sa perméabilité peut être modifiée par les plus légères influences, et l'effet d'un léger purgatif, ou d'une modification dans l'état des urines, peut nous permettre de réussir un jour, après avoir échoué la veille. Le contraire peut également se présenter.

M. Syme, se fondant sur l'assertion qu'il n'existe aucun rétrécissement infranchissable, et se servant de ce terme dans le sens que nous venons de rappeler, propose de renverser la proposition établie quelques pages auparavant, comme un axiome, et au lieu de dire que *toutes les fois qu'un rétrécissement peut être franchi, l'uréthrotomie externe est contre-indiquée*, il établit que *la perméabilité est une condition indispensable pour pratiquer l'uréthrotomie externe.*

Il est certain qu'il a fait cette modification ayant en vue le danger, l'incertitude et la difficulté qui accompagnent les incisions pratiquées au périnée dans le but de rechercher l'urèthre sans l'aide d'un conducteur.

Il est évident que tout le monde est d'accord sur le fait, qu'il est infiniment plus facile pour l'opérateur et plus sûr pour le malade de sectionner le rétrécissement sur un conducteur cannelé, que de le disséquer avec soin, mais sans l'aide du conducteur. Néanmoins cela peut être nécessaire dans quelques cas où l'on ne peut pas réussir à passer un instrument, et il faut admettre que, plaçant de côté les oblitérations de l'urèthre, il existe parfois des cas compliqués de fausses routes ou dans lesquels les rétrécissements sont très-longs, très-étroits et peut-être contournés, dans lesquels on est obligé d'avoir recours à une opération sans conducteur. Le fait se présente surtout dans les occasions où il est nécessaire de porter un remède immédiat, comme dans les rétentions d'urine graves, dans lesquelles on n'a pas le temps de modifier l'état général, comme lorsqu'il n'existe pas de danger immédiat. Du reste, nous aurons à examiner si en pareilles circonstances il faut préférer cette opération ou quelque autre, dans un chapitre consacré à cette complication.

Il nous reste maintenant à examiner la question de l'uréthrotomie externe comme moyen de guérison de certains rétrécissements opiniâtres qui n'ont pu être modifiés par aucun autre traitement.

« Il y a deux variétés de rétrécissements, dit M. Syme, qui ne peuvent point être améliorées par la simple dilatation. Dans un cas, le rétrécissement est tellement irritable, que l'introduction d'un instrument augmente plutôt qu'elle ne diminue l'intensité des symptômes, et expose le malade à de nombreux dangers provenant des modifications de l'état général et local.

» Dans un second cas, la tendance à la rétraction est si forte, qu'elle contre-balance bientôt les effets de la dilatation, et la rend ainsi inutile (1). »

MANIÈRE DE PRATIQUER L'URÉTHROTOMIE EXTERNE SUR UN CONDUCTEUR CANNELÉ. — Supposons que l'opération soit décidée, on doit d'abord se faire une idée nette de la situation exacte et de l'étendue du rétrécissement. On doit pouvoir, en supposant que le rétrécissement soit périnéal, placer un doigt

(1) *Edinburgh Monthly Journal*, July 1852, p. 33.

sur le point du périnée qui correspond au point rétréci de l'urèthre, et acquérir une notion exacte de son siége et de son étendue. Les conditions nécessaires pour le succès de l'opération consistent dans la division complète de toute la portion de l'urèthre qui est rétrécie, y compris une petite portion d'urèthre sain, en avant et en arrière du rétrécissement. Ces conditions demandent du soin, de la patience, et un peu de dextérité de la part de l'opérateur, qui peut facilement les réaliser.

D'abord il faut déterminer la distance qui sépare le rétrécissement du méat. En introduisant un cathéter gradué ou une sonde volumineuse des n°s 9 ou 10 [n°s 18 à 21 de la filière française] aussi loin que possible, on peut déterminer aisément sa limite antérieure. On passera ensuite une sonde à boule, d'un volume approprié, de la manière décrite à la page 145, et l'on apprendra jusqu'où s'étend la lésion en arrière, en notant le point où la sonde redevient libre en arrière du rétrécissement, et sa distance du méat au moment où on la retire. Pendant qu'elle est encore en place, on essayera de reconnaître la situation exacte de l'extrémité renflée de l'instrument, en appliquant l'index de la main inoccupée sur le périnée, et en remuant un peu l'instrument, afin de bien déterminer le point exact du périnée correspondant au rétrécissement. Tout ceci peut se faire sans difficulté. Après avoir ainsi bien déterminé le siége exact des rétrécissements que l'on doit inciser, quelques jours auparavant, et non pas immédiatement avant l'opération, car il est préférable d'avoir alors le canal dans un état de repos aussi complet que possible et de le soumettre au moins de manipulations possible, on pratique l'incision de la façon suivante.

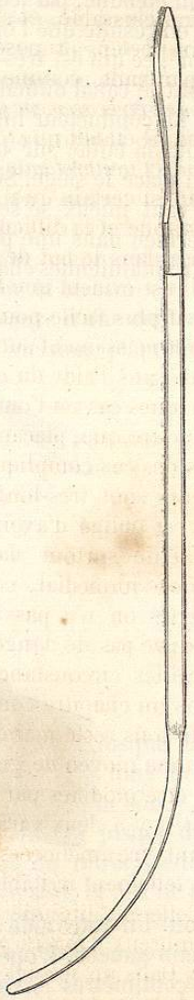

FIG. 68. — Cathéter cannelé de Syme.

DIVERS TEMPS DE L'OPÉRATION. — La meilleure forme de conducteur (que nous représentons dans la figure 68) est celle qui a été indiquée par Syme dans le but de maintenir solidement l'épaule de l'instrument contre la partie antérieure du rétrécissement. Il est représenté de la moitié de son volume normal dans la figure 68, et le lecteur comprendra que sa tige égale à peu près le volume d'une sonde du n° 8 ou 9 [n°s 16 à 19 de la filière française]. Il diminue ensuite subitement, juste au point où commence la courbure, pour atteindre le volume nécessaire pour franchir le rétrécissement, c'est-à-dire environ le n° 1 ou 2 [n°s 7 à 9 de la filière française.] Cette dernière portion seulement est cannelée. Il

est évident, par conséquent, que, tandis que la partie rétrécie de l'instrument a franchi le rétrécissement, la portion la plus large s'arrête tout à coup à sa limite antérieure. En pratiquant l'incision, on la sent facilement avec l'indicateur à travers les tissus, et elle devient ainsi un guide bien net du rétrécissement, pourvu que l'on maintienne le cathéter fixe dans sa position. Pour moi, je me suis servi d'un conducteur cannelé dans toute son étendue, par lequel l'urine s'écoule au dehors lorsqu'il arrive à la vessie. Il en résulte que l'opérateur peut être sûr que la pointe est dans la bonne voie, ce qui est très-rassurant lorsqu'il existe des fausses routes qui rendent le canal difficile à franchir.

Le conducteur introduit, le malade est placé dans la même position que pour la taille, sur une table convenablement élevée, au bord de laquelle on place le siége. Si le malade est très-agité sous l'empire du chloroforme, il vaut mieux se servir des liens, puisqu'il est nécessaire de maintenir le périnée dans une position fixe; mais s'il ne l'est pas, les jambes doivent être maintenues chacune par un aide au même niveau et dans la même posi-

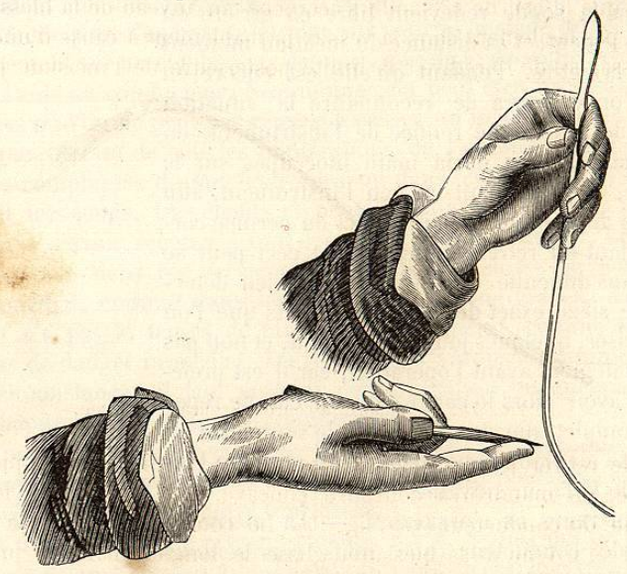

FIG. 69. — Position du bistouri.

tion. Un autre aide maintient droit le conducteur et relève le scrotum de la main gauche. L'opérateur, assis, fait une incision sur la ligne médiane, de 5 centimètres environ de longueur d'avant en arrière, en suivant bien exactement la direction de la ligne médiane pour traverser les tissus interposés entre la peau et le conducteur, dont il sent la rainure avec l'index gauche à mesure qu'il en approche. Il peut distinguer l'extrémité épaissie de la sonde, et se guider par ce moyen pour trouver le siége du rétrécissement. Alors, prenant un bistouri étroit et à lame effilée dans sa main droite, et le conducteur dans la main gauche, en le maintenant solidement

contre le rétrécissement, il engage la pointe du couteau dans la cannelure du conducteur, à 2,50 centim. environ au-dessous du renflement du conducteur. Il incise alors de bas en haut jusqu'à l'extrémité supérieure de la cannelure. Cette position du bistouri est bien représentée dans la figure 69. La lame est couchée le long de l'index de la main droite, avec le tranchant regardant en haut, et l'extrémité du doigt, guide la pointe. L'opérateur, conservant le doigt dans cette position, incise la portion rétrécie de la manière que nous venons de décrire. Comme la partie antérieure du rétrécissement peut n'avoir pas été entièrement sectionnée, même lorsque le couteau a atteint l'extrémité supérieure de la portion cannelée du conducteur (car les tissus peuvent avoir été en partie repoussés plutôt que sectionnés, même par une lame très-tranchante), il est avantageux de retirer le conducteur de 6 millimètres environ et de prolonger l'incision d'autant. Si le rétrécissement a été complétement sectionné, le corps du conducteur peut franchir les parties incisées, avec la plus grande facilité; s'il en est ainsi, on le retire et l'on passe une sonde à sa place. Cependant, comme il arrive parfois que le bec de la sonde s'accroche au niveau de la blessure, et ne pénètre pas facilement dans la vessie, probablement à cause d'une contraction passagère de l'urèthre à la limite postérieure de l'incision, je préfère,

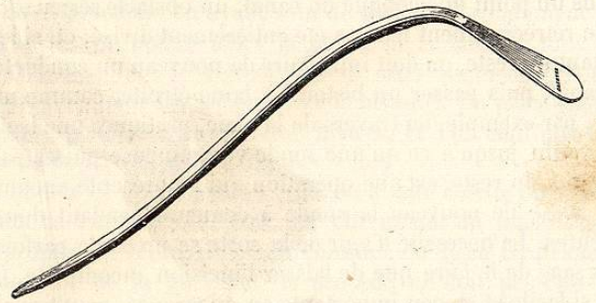

FIG. 70. — Mandrin à courbure concave de Syme.

avant de retirer le conducteur, introduire, à travers la plaie, jusque dans la vessie, un mandrin à courbure concave, que je glisse le long de la convexité du conducteur (voy. fig. 70). Le conducteur retiré, la sonde, en arrivant au niveau de la blessure, glisse le long du mandrin jusque dans la vessie. Mais il est très-important que toute l'étendue du rétrécissement soit bien divisée. Par conséquent, si la sonde dont on se sert, et qui ne doit pas être d'un volume inférieur au n° 10 [n° 21 de la filière française], est retenue dans quelque point du canal, ou est serrée après avoir passé, on doit en conclure qu'il reste encore à sectionner quelques fibres qui, sans cela, occasionneraient sans aucun doute des inconvénients dans la suite et une récidive (1). Ces brides doivent être divisées, soit sur la sonde, si l'opé-

(1) Pour surmonter la difficulté que nous venons de mentionner, dans l'introduction de la sonde, M. Marshall a employé un petit conducteur cannelé sur lequel glisse la portion la plus volumineuse qui forme le corps de l'instrument. Les incisions pratiquées, on retire seulement cette portion, et l'on passe une sonde de gomme sur le conducteur, que l'on

rateur est assez sûr de leur situation pour le faire, soit plus sûrement en introduisant un volumineux cathéter renflé pour vérifier immédiatement leur situation exacte. On peut éviter ainsi de grandes difficultés et des désappointements dans la suite, en s'assurant immédiatement que la section est complète.

Si l'hémorrhagie est abondante, comme cela s'est vu dans quelques circonstances exceptionnelles, on peut s'en rendre maître en tamponnant la plaie. La sonde étant fixée de la façon habituelle, on y attache un bout de tube de gomme élastique et l'on place l'autre extrémité dans un vase. Le malade est couché sur le dos, les jambes relevées par un oreiller placé sous chaque jarret. Avant de l'enlever de la table d'opération, je lui place habituellement dans le rectum un suppositoire d'opium; s'il souffre beaucoup après l'opération, on lui administrera une dose considérable d'opium.

Au bout de quarante-huit heures, on vide la vessie et l'on retire la sonde.

Quant à ce qui a trait à l'époque où l'on doit commencer la dilatation, je pense qu'un intervalle de quatre à cinq jours après que l'on a enlevé la sonde est suffisant pour la première fois. On doit alors passer facilement l'instrument qui avait été placé à demeure. Quatre jours après, je repasse de nouveau une sonde, et je m'attends aux mêmes résultats. S'il se montre alors, dans un point quelconque du canal, un obstacle sérieux, on peut être sûr que le rétrécissement n'a pas été entièrement divisé, et, si le malade est bien portant du reste, on doit introduire de nouveau un conducteur cannelé dans le canal, puis passer un bistouri à lame étroite, comme un ténotome ordinaire, par exemple, au travers de la plaie, pratiquer une légère incision au point voulu jusqu'à ce qu'une sonde volumineuse puisse passer facilement; ce qui, du reste, est une opération qui ne présente aucune difficulté. Puis on laisse de nouveau la sonde à demeure pendant douze à vingt-quatre heures. La nécessité d'agir de la sorte se présente parfois, et il est bien plus sage de le faire que de laisser l'incision incomplète. Cette légère incision, si facile et si peu importante en apparence, peut transformer une mauvaise opération en opération suivie d'excellents résultats.

Que cette opération ait été nécessaire ou non, il sera fort utile dans la suite de passer un instrument volumineux, tel qu'une bougie des n°s 11 ou 12 [n°s 21 à 23 de la filière française], chaque semaine, pendant quelques semaines. Le malade peut apprendre en peu de temps à le faire lui-même et le fera ensuite une fois tous les quinze jours, puis tous les mois, en continuant très-longtemps, s'il existe la moindre tendance à la rétraction; dans le cas contraire, il suffira de s'assurer de temps à autre du calibre du canal.

Ainsi, dans plusieurs cas de ma pratique et de celle de M. Syme, je n'ai revu le malade qu'une fois tous les deux ou trois mois, ou même tous les six mois, pour m'assurer s'il était menacé, oui ou non, de récidive.

M. Syme a parfois employé une légère modification dans l'uréthrotomie

retire ensuite (décrit dans la *Lancet*, 7 mars 1857). Je crois cependant que la difficulté pour introduire la sonde ne se présente que rarement, pour ne pas dire jamais, excepté *lorsque le rétrécissement n'a pas été divisé complétement*. Ce fait doit être regardé comme un avertissement salutaire indiquant qu'il reste encore une portion du rétrécissement à inciser.

externe, pour les rétrécissements de la partie de l'urèthre antérieure au scrotum. Il s'en est servi en 1844 pour la première fois. Par cette méthode, il conduit un bistouri à lame étroite, ressemblant quelque peu à un ténotome, directement de la surface extérieure jusqu'à l'urèthre, afin de ne pas faire une incision visible à l'extérieur plus grande que cela n'est nécessaire pour laisser pénétrer la lame, ou du moins aussi petite que possible, la section profonde étant cependant aussi large que le nécessite la division complète du rétrécissement. Cette méthode a été appelée par quelques auteurs la méthode « sous-cutanée ». D'abord, M. Syme s'en servait dans les rétrécissements de la portion périnéale, aussi bien que dans ceux de la portion antiscrotale de l'urèthre. Cependant la crainte de voir survenir de l'infiltration d'urine, à la suite de ces incisions profondes au périnée, l'engagea à abandonner cette méthode dans ce cas, et à en restreindre l'emploi aux rétrécissements de la partie antérieure du canal, dans lesquels elle a donné des résultats satisfaisants. Feu M. Avery s'en est aussi servi dans deux cas de rétrécissement de la partie antérieure de l'urèthre, et il m'a dit que les résultats avaient été très-satisfaisants. On passe un petit conducteur au travers du rétrécissement, et on le fait tenir par un aide, puis on porte un bistouri à lame étroite à la partie antérieure du rétrécissement jusque dans le conducteur, en ayant soin de maintenir solidement la verge de la main gauche; on pousse alors la pointe de la lame le long du conducteur, et l'on sectionne le rétrécissement sans augmenter l'ouverture extérieure pratiquée pour laisser pénétrer le bistouri. On place ensuite une sonde à demeure pendant quarante-huit heures, et l'on continue le traitement comme nous l'avons déjà indiqué.

Je dois examiner ici une objection que l'on a faite à cette opération, c'est que, la section de l'urèthre amenant par elle-même un rétrécissement, à à cause des propriétés rétractiles bien connues du tissu cicatriciel qui se forme au moment de la guérison, le procédé ne doit pas être suivi de guérison.

Si l'on entend par là que la section de l'urèthre *ajoute* une nouvelle source de rétrécissement à celle qui existait déjà (et l'objection perd sa valeur, si elle ne signifie pas cela), il devrait en résulter que le patient serait toujours *dans un état plus grave* après qu'avant l'opération; ce qui est manifestement contraire aux faits. Ce que l'on peut objecter de plus grave, c'est que, dans quelques cas, l'état du malade n'est pas sensiblement amélioré.

Supposons, un instant seulement, pour réfuter l'argument, que le résultat de l'incision soit la rétraction. Si cette incision a diminué la tendance rétractile du vieux rétrécissement auquel elle a été appliquée, la balance est encore en faveur du malade, qui a subi l'opération; car il lui reste une somme de rétraction moins considérable qu'auparavant, ce qui est un fait hors de doute. Il en résulte que mentionner le premier résultat et oublier le second, c'est supprimer une des données les plus importantes du problème; par conséquent l'objection s'évanouit.

Mais il reste encore à prouver que le résultat de l'incision soit la rétraction. Nulle part des incisions nettes ne produisent de rétraction. Des bles-

sures, avec *perte de substance*, qui se couvrent de bourgeons charnus, produisent seules des cicatrices rétractiles. Est-il nécessaire de bien établir que la cicatrice seule est rétractile? Par conséquent, si l'incision ne détermine aucune perte de substance, les portions voisines restent avec le même volume et la même situation qu'auparavant, et il n'existe aucun espace libre à remplir. Tels sont les principes généraux; appliquons-les à l'urèthre. Est-ce que l'urèthre se rétrécit après l'incision pratiquée pour la taille? Certainement non. Il est inutile d'en dire davantage; mais, si l'on désirait d'autres preuves, les recherches nombreuses de M. Reybard sur ce sujet ont prouvé (si la preuve est nécessaire) que les incisions longitudinales de l'urèthre ne sont jamais suivies de constriction, tandis que les plaies contuses avec perte de substance, ou les plaies transversales guéries sans adhésion complète, sont évidemment des causes fréquentes de rétrécissement de l'urèthre.

Relativement aux dangers qu'elle fait courir, cette opération est sans doute plus grave qu'aucune des autres méthodes employées pour le traitement des rétrécissements. Le danger provenant de l'opération en elle-même est peu considérable; mais les malades sur lesquels on la pratique sont souvent des sujets peu propres à supporter aucune opération chirurgicale, à cause de l'existence chez eux d'affections chroniques de la vessie ou des reins. Je ne connais pas de danger chirurgical auquel le malade soit exposé, excepté l'hémorrhagie, qui est très-rare. Souvent on est obligé de pratiquer une large incision dans le corps spongieux, et cette incision peut causer l'accident que nous venons de mentionner. Cependant, avec des moyens convenables, le sang n'est pas difficile à arrêter; après avoir introduit une sonde dans la vessie, on peut tamponner avec soin, et sans grande difficulté, toute plaie siégeant au périnée.

Les cas pour lesquels cette opération doit surtout être réservée, sont ceux dans lesquels il existe de nombreuses, volumineuses et anciennes fistules périnéales, en même temps que des rétrécissements anciens ou opiniâtres. Lorsque tout autre traitement a échoué, que les fistules refusent de se fermer, quoique le malade ait pendant plusieurs semaines évacué toute son urine par la sonde, alors aucun autre traitement n'offre autant de chances de succès. C'est pour de tels cas que je la réserve maintenant, et comme ils sont extrêmement rares, l'occasion d'y recourir se présente peu fréquemment. Depuis la dernière édition de cet ouvrage, je l'ai seulement pratiquée quatre fois, la dernière en 1868. Avec neuf cas, publiés antérieurement, toute mon expérience personnelle se monte à treize cas d'uréthrotomie externe sur un conducteur cannelé d'un petit volume. Je n'ai jamais eu l'occasion de pratiquer, comme je l'ai dit plus haut, l'ancienne opération sans conducteur. Je n'ai pas eu un cas de mort; les résultats ont été, somme toute, satisfaisants, et me détermineront à employer ce procédé comme dernière ressource dans les formes les plus graves de cette affection. Mon opinion sur sa valeur reste la même, quoiqu'il existe d'autres moyens, et particulièrement celui que j'ai déjà examiné sous le titre de *Rupture, divulsion*, plus facile à pratiquer et

moins dangereux, que l'on doit préférer dans la grande majorité des cas qui ne peuvent pas être améliorés par la dilatation.

REMARQUES TERMINALES SUR LE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS. — Arrivé à cet endroit de l'ouvrage, qui parle du traitement des rétrécissements tel que je l'ai compris, et avant de passer à l'étude des fistules, de la rétention d'urine, etc., je dois présenter une observation qui trouve bien ici sa place : c'est que l'on ne doit pas se servir uniquement d'un seul mode de traitement à l'exclusion des autres. Dans aucune question de thérapeutique chirurgicale, l'idée préconçue n'a eu autant d'influence, et pourtant c'est peut-être celle où elle est le moins excusable. Tout chirurgien qui possède du tact, de la patience, du jugement et naturellement une certaine expérience, peut traiter avec succès un bon nombre des cas qui se présenteront par sa méthode favorite. Mais que ces succès ne le conduisent pas à croire et à persuader aux autres que sa méthode est la seule bonne. La guérison dépend bien moins de la méthode choisie, ou des instruments employés, que du jugement et de l'habileté du chirurgien qui les met en œuvre. Il en résulte que les partisans de toutes les méthodes rivales peuvent réclamer, et le font à juste titre, des succès remarquables, chacun pour leur méthode particulière. Il en est qui, avec moins de droit peut-être, semblent plus enclins à mettre en lumière les insuccès des autres. La lecture de faits choisis ne prouve rien au sujet de la supériorité d'une méthode sur une autre, et le système, qui dans les mains d'un chirurgien donne de bons résultats, peut échouer dans celles d'un autre, qui obtient les mêmes résultats d'une autre manière. Il y a une chose certaine, c'est qu'aucune méthode ne peut convenir à toutes les variétés de rétrécissements que l'on peut rencontrer dans le cours d'une pratique étendue. On ne peut avoir à sa disposition trop de moyens différents, et il serait insensé de refuser au chirurgien le droit de choisir avec jugement le remède le plus approprié pour chaque cas. Telle est, du moins je le crois, la conclusion à laquelle sont arrivés la plupart de ceux qui ont étudié sérieusement ce sujet, qui possèdent sur lui une expérience étendue, et dont les jugements ne sont pas faussés par une prédilection pour une méthode particulière qu'ils ont découverte et vulgarisée, avec laquelle ils se sont identifiés, et qu'ils sont si fiers de produire dans toutes les occasions.

CHAPITRE X

DE LA RÉTENTION D'URINE SUITE DE RÉTRÉCISSEMENT

La rétention d'urine peut être incomplète ou complète. — Vessie pleine et écoulement du surplus d'urine par regorgement; condition fréquente et que l'on méconnaît facilement. — Rétention complète. — Traitement antiphlogistique chez un sujet jeune et vigoureux. — Cathétérisme, bains, opium, saignées. — Rétention suite de rétrécissement organique chez des sujets plus âgés. — Traitement. — Bains, opium. — Temps que l'on doit consacrer à ces moyens. — Teinture de fer. — Chloroforme. — Sur la question de pratiquer une ouverture anormale dans la vessie. — Différence dans la pratique relative-

ment à ce sujet. — Des indications de l'opération. — Effets fâcheux de la distension exagérée. — Cette distension peut exister sans donner lieu à de la matité sus-pubienne. — Divers modes de pratiquer une ouverture artificielle dans la vessie. — I. Méthode de forcer le rétrécissement. — II. Incisions dans l'urèthre, à partir du périnée. — *a*. La section périnéale. — *b*. La boutonnière. — Méthode de M. Guthrie pour pratiquer cette opération. — Celle de Charles Bell. — Celle de M. Liston. — III. Ponction de la vessie. — Par le périnée. — Par le rectum. — Expérience de M. Cock sur cette opération. — Objections qu'on lui a faites. — Lésions du péritoine, des vésicules séminales, etc.—Analyse de quarante cas rapportés par M. Cock.—Manière de pratiquer cette opération. — Canule laissée à demeure après la ponction. — Guérison de la ponction. — Contre-indications de cette opération. — Ponction au-dessus du pubis. — A travers la symphyse pubienne. — Considérations sur les divers moyens d'apporter du soulagement. Aucun d'eux n'est fréquemment nécessaire. — Infiltration d'urine suite de rupture de l'urèthre. — Traitement local; général. — Résultats consécutifs et leur traitement. — Rupture de la vessie; symptômes et traitement.

La RÉTENTION D'URINE suite de rétrécissement peut être *complète*, lorsqu'il ne s'écoule pas une goutte d'urine, quoique la vessie soit pleine; ou bien elle peut être *incomplète*, lorsque la vessie est entièrement ou presque entièrement remplie, et que le surplus s'écoule au dehors; en d'autres termes, elle est engorgée et son contenu s'écoule par regorgement.

Ce dernier cas est souvent appelé, par erreur, incontinence; il serait plus correct et bien plus désirable d'employer ce terme seulement pour désigner l'état dans lequel la vessie est réellement incapable de contenir de l'urine. Une pareille incontinence est un fait rare chez l'homme adulte, excepté à la suite de lésions cérébrales. C'est un fait qu'il est de toute importance que chacun connaisse. Il est un axiome dont la valeur pratique ne peut pas être exagérée : *Un écoulement involontaire d'urine indique de la rétention et non pas de l'incontinence.* Combien de fois il est arrivé qu'un écoulement d'urine par regorgement a caché l'état dans lequel se trouvait le malade à un praticien inexpérimenté; celui-ci croyait avoir affaire à une vessie vide, et il s'agissait d'une rétention d'urine qui pouvait devenir fatale!

Diverses causes peuvent donner lieu à la rétention; parmi elles l'hypertrophie de la prostate est une des plus fréquentes. Nous n'avons à examiner ici que la rétention d'urine qui dépend d'un rétrécissement de l'urèthre.

Pour traiter un cas dans lequel l'urine s'écoule involontairement, le premier point est de rechercher si la vessie est vide ou distendue. Dans ce dernier cas, elle forme fréquemment une tumeur, qui donne une matité absolue à la percussion, jusqu'au niveau de l'ombilic, et communique à la main une sensation semblable à celle d'un utérus gravide, derrière les parois abdominales. Le patient est étonné d'apprendre que son urine est retenue d'une façon anormale, car il est porté à croire à un état contraire. Le traitement consiste à vider la vessie par la sonde, qui doit être naturellement faite de façon à pouvoir franchir le rétrécissement, et cela fréquemment et à intervalles réguliers, afin de prévenir la distension, et de maintenir la vessie dans un état de contraction normale.

On ne peut être trop prévenu de la nécessité de faire très-attention à l'existence de la rétention d'urine, dans tous les cas d'obstruction des voies urinaires. La négligence du chirurgien sur ce point a quelquefois coûté la vie au malade. On en trouve malheureusement de trop fréquents exemples.

La rétention peut être partielle, sans qu'il existe d'écoulement d'urine involontaire. Une partie du contenu de la vessie se vide, il reste dans son intérieur quelques onces d'urine qui se putréfient et déterminent des lésions sur la muqueuse en contact avec cette urine. Cet état de choses est très-important à découvrir et peut fréquemment se remarquer dans certains cas où on ne l'aurait pas soupçonné, si l'on a soin d'introduire la sonde dans la vessie peu de temps après que le malade a uriné.

RÉTENTION COMPLÈTE. — Lorsqu'il existe un rétrécissement de l'urèthre, quelque léger qu'il soit, on peut toujours redouter une rétention complète d'urine, si le malade s'expose aux influences de certaines causes excitantes. Nous avons déjà examiné quelles sont ces causes. La condition locale qui en résulte, c'est l'obstruction du canal, généralement au point rétréci, soit par engorgement inflammatoire, soit par contraction involontaire, ou, comme cela se rencontre fréquemment, par une combinaison de ces deux causes. Enfin, la rétention d'urine peut être causée par la présence d'un corps étranger, entraîné au niveau du rétrécissement par le jet d'urine, que ce soit un petit calcul, une portion de membrane, ou quelque chose de semblable, obstruant le passage, qui sans cela est ouvert. Cette dernière cause de rétention est probablement la moins fréquente.

TRAITEMENT. — Pour guérir un malade souffrant d'une rétention d'urine absolue, dans neuf cas sur dix la sonde est le premier et souvent le seul moyen à employer. Une ou deux questions au plus, ou même un coup d'œil jeté sur le malade, suffisent, dans la majorité des cas, pour déterminer le premier point dont on doive s'assurer : c'est de savoir si l'on a affaire simplement à un cas de rétrécissement passager dépendant d'une inflammation aiguë suite de chaudepisse, ou si la rétention succède à un rétrécissement organique de quelque importance. Les points que l'on doit examiner ensuite sont la durée de l'attaque, l'état de la vessie par la percussion, en se rappelant toujours que, tandis qu'un sujet jeune et bien portant peut présenter une matité complète presque jusqu'au niveau de l'ombilic, par suite de distension de la vessie, certains sujets atteints de rétrécissements très-anciens peuvent présenter un état de distension de la vessie bien plus grave que les premiers, quoiqu'il n'existe pas de matité appréciable au-dessus du pubis, à cause de l'état habituel de rétraction de l'organe. Deux ou trois minutes d'examen procureront toutes les particularités qu'il est nécessaire de connaître. En tout cas, ce que l'on doit faire aussi promptement que cela est possible, en tenant compte de la sûreté du malade, c'est d'évacuer de l'urine.

Nous devons nous demander maintenant de quelle façon se pratique cette évacuation, et si le traitement varie essentiellement dans les deux cas que nous venons d'indiquer rapidement.

Sans aucun doute, il existe quelques différences, mais elles ne sont pas grandes. Prenez le premier cas, celui d'un rétrécissement inflammatoire et passager. Un cas semblable peut se présenter après l'arrêt subit d'un écoulement blennorrhagique, à la suite d'excès de boisson ou d'excès vénériens avant la guérison de l'écoulement. Les sujets sont généralement jeunes. En