

cessité d'une section complète, mais il se bornait à inciser un seul rétrécissement. D'ailleurs, par sa plaie périnéale, il ne pouvait que rarement en atteindre deux, et je crois même qu'il ne prenait pas la peine de rechercher s'il en existait plusieurs. Il pensait, en effet, qu'après une large incision de la stricture principale, les autres disparaissaient d'elles-mêmes. Il me semble difficile d'affirmer que les choses se passent ainsi. Chez un malade dont l'urètre est rétréci en deux ou trois points distincts, pour obtenir une amélioration réelle et durable, il ne suffit pas de diviser, même profondément, le rétrécissement le plus serré en laissant les autres intacts. C'est là certainement une grave erreur, car ceux-ci non seulement ne disparaissent pas après qu'on a levé l'obstacle le plus sérieux, mais souvent, au contraire, les points les moins atteints ne tardent pas à devenir de plus en plus étroits. Je ne puis donc trop insister sur la vérité d'un principe que je ne crains pas de formuler en ces termes : « *Si vous coupez quelque chose, coupez tout* », c'est-à-dire tous les points qui vous paraissent rétrécis, et dans chacun d'eux toute l'épaisseur des tissus morbides. Telle est la conviction inébranlable que m'a imposée une longue pratique de l'urétrotomie interne.

En 1854, lorsque je publiai mon livre sur les rétrécissements (voy. page 3)¹, après de nombreuses recherches que j'ai poursuivies, soit seul, soit en collaboration avec le professeur Syme, j'ai partagé ses idées sur la possibilité de franchir presque tous les rétrécissements; c'est un des renseignements les plus précieux que j'aie puisés auprès de ce savant, hardi et honnête chirurgien. Dans le cours de toute ma carrière, j'ai rencontré seulement trois cas où, après

1. Voy. *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, traduction française par Ed. Martin, pages 269-336.

des tentatives nombreuses, l'introduction d'un instrument dans la vessie a été reconnue impossible: j'ai alors pratiqué l'incision périnéale et j'ai fait l'urétrotomie externe sans conducteur. De 1852 à 1855, j'ai opéré neuf fois par l'urétrotomie externe, après avoir passé au préalable un cathéter cannelé; depuis cette dernière date, j'ai remplacé ce procédé par celui de l'urétrotomie interne, que j'ai définitivement adopté aujourd'hui. Tout d'abord, je ne l'employais que dans les très mauvais cas, puis petit à petit ma confiance en lui s'est accrue et graduellement les résultats sont devenus de plus en plus satisfaisants; aussi m'en suis-je servi bien plus souvent qu'au début. De temps en temps, mais très rarement, lorsque par exemple de vastes abcès ou des fistules se trouvent dans la région périnéale, j'ai recours à la division sur le cathéter cannelé.

Ceci posé, je puis maintenant vous présenter un résumé succinct de ce que mon expérience m'a permis de considérer comme le mode de traitement le plus sûr et le plus efficace d'un rétrécissement confirmé. Et je n'applique, bien entendu, cette dénomination de « rétrécissement » qu'à cette infiltration organique, déposée dans ou sous la muqueuse urétrale¹, et qui empêche la paroi du canal de se laisser distendre également en tous ses points sous la pression de la colonne urinaire chassée par la vessie.

1. Par ces mots « dans ou sous la muqueuse » sir H. Thompson indique suffisamment qu'il n'adopte plus exclusivement, comme il le faisait encore dans son *Traité pratique*, l'opinion d'Alphonse Guérin, localisant les lésions stricturales dans la couche sous-muqueuse et admettant l'intégrité habituelle de la muqueuse elle-même. On sait en effet, depuis le travail de Brissaud et Segond sur l'*Anatomie pathologique des rétrécissements urétraux* (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, n° 39, 1881), que la muqueuse proprement dite (épithélium et chorion) n'échappe pas au processus inflammatoire chronique. (R. J.)

Lorsqu'ils découvrent pour la première fois l'existence d'un rétrécissement de l'urètre de date récente, les chirurgiens les plus expérimentés en cette matière sont d'avis qu'il faut toujours et tout d'abord essayer de rendre au canal son calibre normal en se servant des bougies flexibles, plus ou moins effilées à leur extrémité. Rien n'est préférable, à cet effet, à la forme que vous connaissez tous et que l'on a appelée « olivaire ». Si l'on veut porter la dilatation à son maximum, on emploie plutôt les dilateurs d'argent ou argentés, lisses et de forme conique¹, qui remplissent mieux le but qu'on se propose et dont l'introduction n'irrite pas le canal. Les bougies flexibles ont subi des modifications innombrables en ce qui touche non seulement leur forme, mais aussi la matière dont elles sont fabriquées et même leur contenu; car chaque chirurgien veut les approprier à ses idées et à sa manière de s'en servir.

Les étroitures congénitales, aussi bien que les rétrécissements acquis du méat et de la fosse naviculaire, ne sont pas susceptibles d'être dilatés: d'ailleurs une simple incision suffit pour les diviser¹. Il en est à peu près de même des rétrécissements situés dans l'urètre à 8 ou 10 centimètres de son orifice externe, qui ne retirent aucun bénéfice durable de la dilatation.

Mais supposons un cas ordinaire: le canal a été dilaté et a recouvré son calibre normal. Il peut être souvent

1. Pour l'incision des étroitures congénitales et des rétrécissements acquis du méat et de la fosse naviculaire, sir Henry Thompson se sert ordinairement du petit urétrotome à lame cachée, dit à bascule, qui est représenté et décrit à la page 53 de son *Traité pratique des maladies des voies urinaires*. C'est également cet instrument simple, commode et inoffensif qu'emploie journellement le professeur Guyon, quand, au moment d'une lithotritie, le méat se refuse à admettre le lithotriteur, et ce fait se présente, comme on sait, très fréquemment. (R. J.)

maintenu dans cet état pendant plusieurs et même de nombreuses années, à condition que le chirurgien ou le malade y introduise de temps en temps et régulièrement une bougie. Néanmoins, tous les tissus perdant peu à peu de leur souplesse; ceux qui constituent le rétrécissement se laisseront moins facilement dilater, et l'on arrivera progressivement à ne plus pouvoir passer qu'une très petite bougie. Parfois, il est vrai, les signes sont tellement peu accentués au début qu'à ce moment on n'ose vraiment établir en règle générale la nécessité d'une opération; et l'on préfère traiter le malade pendant quelques années, sinon toujours, par la simple dilatation. Si au contraire, dès les premiers temps, ou à une époque quelconque, la stricture montre une tendance manifeste à se resserrer considérablement, il est prudent, à mon avis, de recourir sans retard à l'urétrotomie interne. Si l'on agissait toujours ainsi, nous n'aurions pas à constater si souvent des abcès urinaires, des fistules périnéales, des cystites chroniques, enfin des lésions consécutives de la vessie, des uretères et des reins. Ne conseillez jamais de reculer l'opération jusqu'à ce que ces complications existent ou soient imminentes: ce serait vouloir compromettre irrémédiablement la vie de notre client que d'attendre, pour pratiquer une opération simple en elle-même, une époque où l'état d'affaiblissement du malade suffit à rendre infiniment plus dangereuse l'intervention chirurgicale.

Aussi je n'hésite plus maintenant à conseiller l'urétrotomie interne en présence de tout rétrécissement simple ou multiple, proche ou éloigné du méat qui ne semble pas devoir céder rapidement à la dilatation. En pareille circonstance, il ne faut point tarder, dans quelque condition que se présente le rétrécissement. La section des tissus

rétrécis deviendra nécessaire tôt ou tard, si l'on veut éviter aux organes profonds des lésions irréparables ; or, pour rétablir la libre perméabilité de l'urètre, il est préférable de profiter du moment où le sujet est encore dans un état favorable ; donc, le plus tôt sera le mieux.

Il est encore une autre considération, dans le même ordre d'idées, qui doit inspirer le conseil que vous donnerez à votre malade, et le cas se rencontre souvent dans notre pays. Un jeune homme, porteur d'un rétrécissement bien caractérisé, est sur le point de partir pour un laps de temps parfois considérable à l'étranger ou dans nos colonies ; il court ainsi le risque de se trouver exposé à toutes les conséquences de sa situation, alors qu'il sera éloigné de l'assistance chirurgicale qu'il eût rencontrée dans la mère patrie. Chez un tel malade, l'urétrotomie doit être pratiquée sans délai ; durant son traitement, il se familiarisera avec l'usage de la bougie, qu'il s'habitue à se passer lui-même, faisant un apprentissage dont il n'aura qu'à s'applaudir plus tard.

Supposez maintenant qu'au lieu d'un rétrécissement de date récente vous en observiez pour la première fois un autre qui dure depuis un certain temps déjà, et que l'usage répété des instruments dilateurs détermine de la rétention d'urine passagère, de la dysurie, etc... ; dans ce cas, il n'y a même pas à discuter l'opportunité d'une opération. On ne doit craindre qu'une chose : c'est qu'il soit trop tard pour opérer, ce qui se rencontre d'ailleurs bien rarement. Si vous ne les enrayez pas de suite, les accidents sus-nommés arriveront infailliblement à miner peu à peu la constitution de votre malade ; tandis que dans ces cas où le passage d'une bougie expose à des dangers, l'urétrotomie produit au contraire des effets remarquables, auxquels je ne vois rien qui puisse être comparé.

Bien des fois, si souvent même qu'aujourd'hui je ne manque pas de le prédire quand la circonstance s'en présente, j'ai été témoin du fait suivant : Étant donné un malade, pris d'accès graves de fièvre urétrale chaque fois qu'on lui passe une bougie jusque dans la vessie, si vous pratiquez une section complète de chaque point rétréci de son canal, il n'éprouvera aucun accident non seulement dans le cours ou immédiatement à la suite de son opération, mais même pendant le traitement consécutif. Par contre, si la section est incomplète, on ne sera jamais assuré d'une issue aussi excellente et les complications reparaitront presque à coup sûr.

D'où ma conviction profonde qu'il est nécessaire d'assurer la division complète de tous les éléments rétrécis, en vue des résultats futurs aussi bien que du soulagement immédiat du malade. Ainsi se trouve confirmée la valeur de ma maxime : « Si vous coupez quelque chose, coupez tout. »

Ceci m'amène à aborder un autre sujet de la plus haute importance : Comment vous sera-t-il possible, avant d'entreprendre la division des tissus morbides constituant le rétrécissement, d'en préciser l'étendue et le siège ? Quelle sera la meilleure méthode à employer pour explorer toute la région et pour en apprécier exactement les points malades avant de procéder à aucune opération ? Ces renseignements vous sont en effet absolument indispensables, si vous voulez que l'intervention soit sûre et efficace. En d'autres termes, que faut-il faire pour diagnostiquer l'état physique de l'urètre ?

Dans la plupart des rétrécissements, une manœuvre extrêmement simple suffit pour démontrer clairement où et dans quelle étendue l'urètre est pathologiquement rétréci. Or, l'introduction d'un instrument quelconque dans

le canal, si délicatement qu'elle soit effectuée, sera toujours plus ou moins douloureuse et provoquera même parfois des accidents qui pourraient devenir assez sérieux. Aussi n'êtes-vous pas autorisés à employer des engins volumineux et compliqués pour diagnostiquer un rétrécissement simple et de date récente, comme vous le feriez pour un cas grave, et encore cette dernière proposition est-elle sujette à discussion.

Si le rétrécissement à diagnostiquer n'est pas de date ancienne, vous n'aurez besoin de recourir qu'à une bougie moyenne; et j'entends par moyenne une bougie qui passe dans un urètre normal sans le distendre outre mesure et qui écarte seulement ses parois, appliquées l'une contre l'autre, de la même façon que la colonne urinaire dans une miction naturelle. Chez beaucoup d'individus, le jet d'urine correspond au volume d'un instrument des nos 10, 11 ou 12 de la filière anglaise ou des nos 18 à 21 de la filière française, dont on se sert plus ordinairement¹. Si un instrument de ce calibre ne passe pas, vous descendrez d'un ou de plusieurs numéros jusqu'à ce que vous en ayez trouvé un qui pénètre sans difficulté. Après quoi la dilatation peut être pratiquée, souvent avec un succès complet et rapide : dans ce cas, aucune autre manœuvre n'est nécessaire.

Mais si, dans certaines circonstances exceptionnelles, vous voulez pousser plus loin vos recherches, une série de bougies rigides, à tige mince et à olive terminale graduée suivant la filière des sondes, vous fournira très facilement les renseignements les plus précis. Voilà trente ans que je

1. Néanmoins, il est bien difficile d'apprécier, même approximativement, à l'œil le calibre d'un jet d'urine; en outre, il serait fort téméraire de vouloir se baser sur le volume de la colonne urinaire pour choisir la bougie qui passera: rien n'est plus trompeur. (R. J.)

me sers de cette série d'instruments: si parfois il m'est arrivé d'en employer d'autres, c'était simplement pour les essayer, mais je ne les ai pas adoptés. Quelques-unes de ces bougies à extrémité olivaire, que je vous présente en ce moment, ont même été fabriquées pour mon usage personnel au commencement de cette période de trente années. Je ne connais pas d'autre modèle qui les égale en simplicité, en efficacité et en facilité d'introduction, et, chose plus importante, qui soit moins offensif pour l'urètre. Toutes ces conditions sont remplies grâce à leur surface métallique bien polie et grâce aussi à la conicité ou à la forme de gland de leur extrémité. Ils sont préférables aux instruments flexibles du même genre, dont le maniement est moins facile et qui sont loin de donner des indications aussi exactes¹. Ces instruments métalliques à olive ont été employés par une ou deux générations au moins avant la nôtre, et ils sont infiniment supérieurs, à mon avis, à tous ces appareils très ingénieusement construits, mais toujours fort compliqués, que vendent nos amis les fabricants d'instruments de chirurgie².

C'est seulement quand le chirurgien se propose d'inciser les parties rétrécies de l'urètre qu'il a recours à ces instruments et aux indications vraiment précises qu'ils fournissent. Celles-ci sont d'ailleurs essentielles pour procéder convenablement à l'urétrotomie.

Prenons un malade auquel vous avez décidé de pratiquer l'urétrotomie interne. Vous examinerez d'abord le

1. En France, on se sert journellement et presque exclusivement, dans ce but, d'explorateurs en gomme à tige mince et flexible et à boule olivaire: ils donnent des sensations absolument nettes et précises et violentent le canal beaucoup moins que les instruments droits et rigides. (R. J.)

2. Voy. Gaujot et Spillmann, *Arsenal de la chirurgie contemporaine*, tome II.

méat externe, qu'il n'est pas rare de trouver un peu étroit; cependant, supposons qu'une olive n° 11 ou 12 (n° 20 ou 21 de la filière française) le franchisse facilement, mais s'arrête à quelques centimètres de cet orifice. Après avoir essayé trois ou quatre numéros plus petits, un n° 9 (n° 18 de la filière française) passe pour s'arrêter de nouveau à 12 ou 13 centimètres du méat¹; enfin, vous descendez encore de quelques numéros, et une olive 2 ou 3 (n° 6 ou 8 de la filière française) parvient à pénétrer jusque dans la vessie. Avant de retirer l'instrument, vous ne manquerez jamais de suivre avec le doigt le trajet de l'urètre dans le périnée, au-dessous et en avant du scrotum, et de rechercher ainsi les épaisissements qui peuvent se présenter autour du canal. Souvent vous arriverez de cette façon à découvrir, au siège de chaque rétrécissement, de véritables nodules plus ou moins circulaires et enserrant l'urètre comme une virole². En ramenant ensuite l'olive au méat, vous constatez à nouveau la situation exacte de chaque point rétréci; car, en repassant sur chacun d'eux,

1. Quelques chirurgiens ont conservé l'habitude de préciser le siège des rétrécissements à l'aide du nombre de centimètres comptés à partir du méat. Cette pratique peut donner lieu à des confusions regrettables, malgré son exactitude apparente, en raison des différences qui existent dans la longueur du canal, surtout dans celle de la portion pénienne. Aussi, est-il rationnel de diviser avec le professeur F. Guyon, en régions naviculaire, pénienne, scrotale et périnéo-bulbaire l'urètre antérieur, c'est-à-dire celui qui s'étend du méat au collet du bulbe. Parmi ces régions, trois et demie sont accessibles extérieurement au toucher, car le doigt peut toujours percevoir à travers les parois urétrales le contact de la boule exploratrice et préciser anatomiquement le point où elle est arrêtée; pour la région bulbaire, il suffit d'introduire le doigt dans l'anus pour arriver au même résultat. (R. J.)

2. Ces viroles cicatricielles se rencontrent surtout dans les cas de rétrécissement traumatique: on les constate aussi parfois, mais beaucoup plus rarement, dans les rétrécissements d'origine blennorragique. (R. J.)

dans son trajet rétrograde, la boule olivaire éprouve un petit ressaut tout à fait caractéristique.

Dans l'exploration urétrale que je viens de prendre pour exemple, il est évident qu'il existe, outre le méat, au moins deux points rétrécis réclamant une incision. C'est d'ailleurs tout ce que vous avez besoin d'élucider avant que le malade soit anesthésié pour l'opération; si, au moment d'exécuter cette dernière, vous tenez à vous rendre compte de certains détails plus minutieux, il vous est loisible de répéter l'exploration dès que le patient est plongé dans le sommeil chloroformique¹.

Avant d'aller plus loin, je crois nécessaire de soumettre à votre appréciation certaines questions qui ne doivent pas être laissées de côté et dont l'importance ne vous échappera pas. D'après quel principe devrez-vous pratiquer cette incision intra-urétrale, située dans une région que ne peut atteindre l'œil de l'opérateur, et quel est le meilleur instrument à employer à cet effet? La division des tissus devra-t-elle être complète, tout en étant susceptible d'être modifiée au gré du chirurgien; ou bien sera-t-elle déterminée par un instrument, dont l'action purement mécanique ne sectionnera pas nécessairement tous les tissus morbides et se contentera de les inciser suffisamment pour permettre l'introduction d'une sonde de moyen volume dans le canal, dès que l'urétrotome aura été retiré?

On peut, à la vérité, introduire par l'urètre jusque dans la vessie, un mince conducteur muni d'une rainure, dans laquelle on glisse une lame plus ou moins protégée: celle-

1. On voit d'après ces lignes que sir Henry Thompson emploie l'anesthésie pour pratiquer l'urétrotomie interne, ce qui est tout à fait exceptionnel en France, grâce à la rapidité et à la facilité avec lesquelles s'exécute l'opération à l'aide de l'instrument de Maisonneuve. (R. J.)

ci incise alors les tissus que rencontrent sa pointe ou son tranchant, et l'opération est aussi facile que rapide. Ce mécanisme est celui qu'on retrouve dans de nombreux urétrotomes, par exemple dans ceux de Ricord, de Leroy d'Étiolles, de Charrière, de Trélat et dans ceux de date plus récente, auxquels Maisonneuve, Sédillot, Voillemier, etc..., ont donné leurs noms¹. Si étroite que soit la lumière du rétrécissement, le mince conducteur cannelé arrive presque toujours à la franchir, et aucune autre préparation préliminaire du canal n'est nécessaire pour l'action de la lame; d'ailleurs, une simple pression de la main suffit pour compléter l'introduction et pour opérer la section.

Mais je pose en fait que ce mode de traitement des rétrécissements urétraux est loin d'être absolument satisfaisant, si l'on a pour but la division complète des tissus².

1. Voy. *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, traduction française. J. B. Baillière et fils, 1881, pages 57 et 479 et suiv.

2. Avec l'urétrotome de Maisonneuve, dont la cannelure et la lame sont placées dans la concavité, on n'incise pas la paroi inférieure de l'urètre où se trouvent cependant les parties les plus épaissies et les plus sclérosées du rétrécissement. Car, comme l'a dit Reybard, il s'agit d'augmenter le calibre de l'urètre en y ajoutant une rallonge, une pièce losangique de tissu souple, et cette forme est donnée à l'incision par la rétraction du tissu élastique, comme pour les artères. Or, ce fait ne pourrait certainement se produire avec la même facilité au niveau du nodule sclérosé de la paroi inférieure, tandis que sur la paroi supérieure, au niveau du segment élastique, la production du tissu souple est certaine et rapide. Sur un tuberculeux du service de M. Guyon, auquel un mois avant sa mort on avait pratiqué l'urétrotomie interne, j'ai pu constater à l'autopsie l'organisation parfaite de cette pièce losangique extensible (1877).

Ce qu'on recherche dans l'urétrotomie interne avec l'instrument de Maisonneuve, ce n'est pas une incision qu'on espérerait en vain devoir modifier directement et instantanément les tissus rétrécis. On veut rétablir immédiatement une voie très large qui mette le malade à l'abri de complications graves et menaçantes et qui permette d'amener ensuite le canal à un calibre suffisant qu'on lui conservera par la dilatation. (R. J.)

Celle-ci, en effet, est rarement obtenue avec ce procédé : en général un certain nombre de fibres échappent à la lame, et souvent le résultat est défectueux. Il n'atteint pas, en tous cas, la somme de perfection et d'efficacité d'une incision faite avec une lame que l'opérateur dirige à son gré et manie suivant la résistance rencontrée sur le moment et d'après l'étendue des points rétrécis démontrée par l'exploration préliminaire.

Lorsqu'un chirurgien doit pratiquer dans une région du corps autre que l'urètre une incision dont les limites sont exactement déterminées, il se sert d'une lame étroite, de forme appropriée à la nature de l'intervention et que sa main peut toujours diriger. Or, pour ma part, je ne vois pas pourquoi l'on voudrait soustraire l'urètre seul à cette règle commune. Si vous opérez, par exemple, une hernie étranglée, votre bistouri et votre doigt agissent en parfaite harmonie : ce dernier a touché et reconnu les obstacles à lever, et, d'après ce qu'il a senti, vous savez quelles sont les parties à débrider et comment, à chaque moment de l'opération, vous devez conduire vos incisions. Dans la ténotomie, l'exemple est aussi et même plus frappant encore : là également il est nécessaire de sectionner intelligemment chaque fibre tendineuse dont la rétraction s'oppose au retour du membre dans son attitude normale. Dans ces deux cas, le bistouri ne coupe que d'après le toucher et sans le secours de la vue : pourquoi donc ne pas appliquer le même principe à l'urétrotomie?

Avec les autres procédés, purement mécaniques, la certitude, l'innocuité et le succès sont certainement diminués de moitié; en introduisant au contraire dans le rétrécissement et en retirant ensuite de dedans en dehors une petite lame fixée à une tige longue et mince, vous agissez à votre gré, et à chaque instant vous avez la faculté de