

modifier l'action de l'instrument. Le mode opératoire que je préconise n'est pas généralement admis en Angleterre ni à l'étranger, je le sais fort bien. Mais c'est parce que je suis profondément convaincu de sa supériorité que je vous en parle aussi longuement aujourd'hui. Dans notre pays, comme dans les autres, on regarde l'urétrotome à lame glissant sur un conducteur (dont celui de Maisonneuve est le type) comme un instrument extrêmement simple : avec lui, dit-on, un homme, même inexpérimenté, est capable de pratiquer une urétrotomie en toute assurance¹. Est-ce donc une raison qui plaide en sa faveur? Les mêmes arguments ont été produits autrefois en l'honneur d'une méthode qui consistait à faire éclater les rétrécissements à l'aide de deux tiges s'écartant l'une de l'autre dans le canal, méthode qui a joui d'une vogue considérable à une certaine époque; aujourd'hui elle est totalement oubliée à juste titre, bien qu'elle soit cependant toujours aussi facile à pratiquer! Parce qu'un procédé est très répandu, ce n'est pas un motif uniquement suffisant pour qu'on l'accepte, s'il n'est pas complètement satisfaisant : et je ne vois pas la nécessité d'établir une règle imparfaite dans le seul but de la mettre à la portée des opérateurs inhabiles.

Vous voyez donc que les deux procédés dont je vous entretiens en ce moment sont très distincts l'un de l'autre : l'un est le travail mécanique et uniforme d'une machine, l'autre est l'œuvre manuelle d'un artiste intelligent. Or,

1. On sait que Maisonneuve, pour démontrer la simplicité extrême de son procédé, laissait le malade s'opérer lui-même : c'était certainement là plus que de la témérité. Néanmoins, ce chirurgien a rendu un immense service en simplifiant son instrument au point de le mettre à la portée de tout praticien, qui avec lui et sans en avoir l'habitude peut exécuter convenablement une urétrotomie interne et guérir son malade, but final de toute intervention chirurgicale. (R. J.)

la pratique de la chirurgie deviendrait une occupation vraiment fastidieuse, si on l'empêchait de rester un art, et même un art très distingué : dès qu'elle tombe au rang de simple prétexte à inventions instrumentales, elle ne mérite plus que les hommes lui consacrent tous leurs talents. Le fabricant d'instruments, avec ses connaissances et ses théories purement mécaniques, nous est souvent très utile, mais souvent aussi sa collaboration devient pour le chirurgien pleine de séductions dangereuses. Remercions-le de l'aide considérable dont nous lui sommes redevables, tout en l'acceptant avec quelque réserve; mais... méfions-nous toujours de lui! Les meilleurs résultats sont obtenus par la main la plus habile; et plus simple sera l'instrument employé, plus grande sera la valeur de cette main et de l'intelligence qui la guide et qui se révèle dans ses actes.

Depuis plus de vingt-cinq ans, je fais l'urétrotomie interne à l'aide d'une petite lame adaptée à une longue tige. Je commence toujours par placer cette lame au point le plus profond du rétrécissement et j'incise alors d'arrière en avant, sectionnant en longueur et en profondeur tout ce qui me paraît alors nécessaire. Comme dans l'opération de hernie étranglée ou dans la ténotomie dont je vous parlais tout à l'heure, je divise tous les tissus qui m'offrent une certaine résistance et jusqu'à ce que cette résistance ait disparu.

Mais, pour placer la petite lame en arrière du rétrécissement, il faut qu'elle puisse le franchir tout d'abord. Or, dans le cas que je supposais plus haut, la stricture la plus profonde n'admettait qu'une bougie n° 2 ou 3 (nos 6 et 8 de la filière française) : ce n'est pas là un calibre suffisant pour laisser passer l'urétrotome. Aussi une faible dilatation préalable est-elle indispensable, mais il est inutile

d'aller au delà du calibre n° 5 (n° 10 de la filière française). Dans ce but, je fixe à demeure une petite sonde en gomme n° 1 ou 2 (3 1/2 ou 6 de la filière française), qui ne détermine aucune irritation urétrale et que je maintiens en place pendant deux ou quatre jours au plus. Au bout de ce temps, sans remplacer la sonde par une autre plus volumineuse, ou en ne la changeant qu'une seule fois, la dilatation nécessaire est accomplie¹.

Mon urétrotome est construit sur le modèle de celui qu'employait autrefois Civiale et que j'ai considérablement

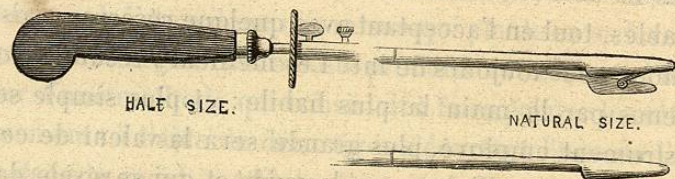


FIG. 26. — Urétrotome de sir Henry Thompson : le renflement terminal est conique et mesure à sa base 4 millimètres de diamètre ; il ne fait saillie que d'un seul côté de la tige et cette disposition permet au chirurgien d'apprécier le siège du rétrécissement beaucoup plus exactement qu'avec les instruments où la tige est située au centre du renflement terminal.

modifié : d'ailleurs la manière dont je m'en sers diffère totalement de la méthode de mon maître, que je vous ai fait connaître précédemment. (Voy. page 220). Le renflement terminal, qui est conique, possède un diamètre maximum de 4 millimètres et correspond par conséquent à une bougie n° 5 de la filière anglaise ou n° 10 de la filière française : quant à la tige, elle n'a que 2 1/2 à 3 millimètres de diamètre. (Voy. fig. 26.) Les explorateurs à boule, communément employés pour reconnaître le siège, l'étendue et le

1. C'est également de cette façon qu'on procède dans l'urétrotomie de Maisonneuve, lorsque le rétrécissement trop serré se refuse à admettre le conducteur métallique cannelé : on laisse à demeure pendant vingt-quatre heures la fine bougie conductrice, et le lendemain l'instrument passe. On connaît en effet les résultats rapides, mais malheureusement passagers, fournis par la dilatation permanente. (R. J.)

calibre des rétrécissements, ont des renflements terminaux de forme exactement semblable à celle de l'urétrotome. La longueur de leur tige, c'est-à-dire la distance qui sépare le manche du renflement, est aussi précisément la même que celle de la tige de l'urétrotome, et il existe des divisions métriques marquées sur la tige de chaque instrument. (Voy. fig. 27.)



FIG. 27. — Explorateur à renflement terminal ; il en existe de tous les calibres, et ils ont exactement la même forme que l'urétrotome ci-dessus.

Dès que le malade est anesthésié, la petite sonde laissée à demeure est retirée ; et l'urétrotome est immédiatement introduit jusqu'au rétrécissement le plus profondément situé, que le renflement terminal doit franchir et dépasser de 12 à 20 millimètres. Ce dernier est alors ramené vers la stricture, sa partie saillante tournée en bas et appuyant fortement sur la paroi inférieure du canal, jusqu'à ce qu'il butte contre un obstacle. A l'aide d'un bouton placé près du manche de l'instrument, on fait saillir la lame, et l'on continue hardiment le mouvement de retrait tant qu'on éprouve de la résistance. Quand celle-ci est complètement détruite, on rengaine la lame en pressant sur le bouton, et l'on attaque le second rétrécissement de la même façon que le premier. Puis l'urétrotome est retiré et l'on incise largement le méat avec un bistouri ou un petit urétrotome usité à cet effet. J'introduis aussitôt d'ordinaire une bougie métallique mousse ou un dilatateur ou même un explorateur à boule n° 15 ou 16 (n° 26 ou 27 de la filière française), et je m'assure que

cet instrument pénétre librement jusque dans la vessie. Si par hasard il était arrêté en un point quelconque, après avoir déterminé ce point très exactement, je le sectionnerais avec l'urétrotome réintroduit ; mais, cette réintroduction est rarement nécessaire. Je ne me déclare satisfait que si j'arrive à passer facilement, après l'opération, une sonde métallique n° 16 (n° 27 de la filière française) ; dans certains cas, un n° 17 ou même 18 (28 et 30, filière française), peut même être introduit. Une sonde en gomme élastique n° 12 ou 13 (21 ou 23 filière française) est laissée à demeure pendant quarante-huit heures, avec une prolongation d'un jour ou deux, quand les incisions ont été plus profondes ou quand l'hémorragie a été plus abondante que de coutume, cette dernière circonstance étant tout à fait exceptionnelle¹.

On m'a demandé parfois pourquoi je sectionnais un rétrécissement au travers duquel je pouvais introduire aisément une petite bougie et qui se laissait dilater rapidement au point d'admettre un urétrotome relativement volumineux et mesurant 4 millimètres de diamètre. Ma réponse ne réclame pas de longs développements. Le but principal de l'urétrotomie est de garantir le malade contre les chances d'une prompte récurrence de sa stricture

1. La sonde à demeure n'est destinée qu'à faciliter le libre écoulement de l'urine pendant les premières heures qui suivent l'opération, et non à produire une dilatation. Aussi, après une incision avec la lame n° 23 de Maisonneuve, le professeur Guyon n'introduit-il jamais qu'une sonde n° 15 ou n° 16. Et cette pratique a deux buts : 1° ne pas distendre et tirailler la plaie urétrale qu'on risquerait d'agrandir et de déchirer avec un instrument trop volumineux ; 2° de ne pas établir d'obstacle et de compression au cas où par hasard l'urine chassée par une vessie puissante glisserait entre la sonde et la paroi urétrale incisée. Le simple contact de l'urine qui passe facilement sur la plaie n'a aucun inconvénient sérieux, tandis que si le liquide éprouvait quelque résistance, il ne manquerait pas de s'infiltrer. (R. J.)

et d'empêcher la tendance à se resserrer que présentent certains rétrécissements, surtout lorsqu'ils existent depuis plusieurs années. La lumière d'une stricture peut être extrêmement étroite, mais ce fait seul ne suffit pas pour motiver l'opération sanglante. Un rétrécissement, si serré qu'on le suppose, est presque toujours susceptible d'arriver au calibre que l'on désire, grâce à la dilatation progressive avec les bougies flexibles en gomme. *C'est sa tendance à se rétrécir rapidement après la dilatation*, qui vous déterminera à conseiller à votre malade l'urétrotomie. En d'autres termes, ce n'est pas l'étrécissement, c'est la rétractilité d'une stricture qui constitue l'indication formelle de l'incision interne.

Il nous reste enfin une dernière question à examiner. Quels sont les résultats de l'urétrotomie interne au point de vue de la réapparition du rétrécissement ? L'opération exonère-t-elle à jamais le malade de la possibilité d'une récurrence, récurrence qui se produit si souvent après la simple dilatation ?

A une telle question, la réponse ne peut pas être tout à fait absolue, et il convient de faire certaines réserves.

Néanmoins, tout d'abord je vous rappellerai ce que je vous ai déjà dit tout à l'heure, à savoir qu'un procédé d'urétrotomie avec lequel on n'obtient pas une division *totale* des tissus morbides n'assure pas à l'opéré une guérison absolument complète. Quel que soit l'instrument employé, si parfait qu'il paraisse, quel que soit le mode opératoire, du moment que vous ne pratiquerez qu'une section incomplète, le malade verra son urètre se rétrécir de nouveau au bout d'un temps plus ou moins long.

Mais qu'arrive-t-il dans les cas où le chirurgien a

effectué une incision aussi complète qu'il peut en juger?

Je dois avouer que ma propre expérience ne m'autorise pas à affirmer que l'opéré est définitivement et à jamais garanti contre la chance d'une récidive. La plupart du temps cependant il est permis de regarder cette époque de réapparition comme extrêmement lointaine. L'urétrotomie interne place le canal dans une condition telle que son calibre peut être facilement maintenu à l'aide d'une dilatation, pratiquée à des intervalles éloignés, mais régulièrement espacés¹; or, vous savez qu'avant l'opération cette même dilatation non seulement eût été inefficace, mais aurait déterminé des phénomènes de douleur et d'irritation. Le malade, grâce à l'urétrotomie, a recouvré la santé pour de nombreuses années; et, chose capitale, sa vessie, ses uretères et ses reins sont à l'abri de modifications qui seraient survenues lentement peut-être, mais sûrement, et qui auraient pu devenir mortelles.

J'ajouterai que j'ai rencontré des cas, rares il est vrai, dans lesquels, après l'urétrotomie, le rétrécissement n'a jamais reparu. Certes, je suis loin de croire que de tels faits constituent la règle générale et d'approuver ceux qui le prétendent: ceux-là se trompent, sans doute parce qu'ils n'ont pas suivi leurs opérés assez longtemps et qu'ils ont publié leurs résultats prématurément. Je n'hésite pas à affirmer ce que j'avance en ce moment, pour vous indiquer, à côté de ses immenses avantages, les points faibles de l'urétrotomie, et pour vous montrer, comme on dit, le revers de la médaille.

1. Dans son service de l'hôpital Necker, le professeur F. Guyon ne manque jamais, chaque fois que l'occasion s'en présente, de faire observer avec quelle remarquable facilité se laisse dilater un canal ayant subi l'urétrotomie interne, même plusieurs années auparavant, alors que le malade est rétréci à nouveau, ayant négligé de maintenir son calibre urétral par le passage régulier des bougies. (R. J.)

Supposons donc qu'au bout de quelques années le rétrécissement se resserre de nouveau; le malade, qui, pendant un laps de temps considérable après l'opération, se passait sans difficulté de temps en temps une bougie assez volumineuse, est arrivé graduellement à ne plus pouvoir employer qu'un instrument d'un calibre inférieur de moitié à celui du début, et même moindre encore.

L'indication d'une *seconde urétrotomie* se pose-t-elle dans ce cas? Comme elle n'est pas dangereuse et qu'il en a déjà fait l'expérience, le malade hésite rarement à se soumettre de nouveau à l'opération, que son état réclame. De même que, chez les calculeux, une deuxième, une troisième et même une quatrième lithotritie, séparées parfois par des intervalles très longs, deviennent nécessaires pour broyer des pierres qui se reforment continuellement; de même aussi l'urétrotomie peut être pratiquée une deuxième et une troisième fois, s'il le faut. Ainsi que je vous l'ai dit dans la leçon précédente, les choses se passaient différemment pour les calculeux, avant l'invention de la lithotritie, lorsque la taille était le seul moyen de les débarrasser de leur pierre. Pour les rétrécis également, quand, après avoir été soumis pendant de longues années à la dilatation, ils arrivaient à ne plus pouvoir éviter que par l'opération sanglante un péril tout à fait imminent, l'incision périnéale avec tous ses dangers était autrement grave pour eux que l'est aujourd'hui une urétrotomie interne convenablement exécutée. Par l'application de cette méthode, qui fournit des résultats si prompts et si excellents, l'affection est en tous cas limitée au canal et ses complications vésicales, urétérales et rénales, conséquences inévitables d'une dilatation prolongée et inutile, sont définitivement écartées. Si le passage des bougies, qui est toujours plus ou moins nécessaire après l'urétrotomie, devient

difficile à un moment donné, ou n'apporte plus qu'une amélioration insignifiante, alors, pour un grand nombre de malades, il y a indication à répéter l'incision urétrale.

Actuellement, j'ai pratiqué cette opération sur trois ou quatre cents rétrécis environ. Au début, ma confiance dans le procédé et mon expérience n'étaient pas si complètes qu'aujourd'hui : aussi, je n'incisais pas les tissus morbides si largement et si profondément que je l'ai fait depuis lors. En conséquence, j'ai été obligé de ré-urétrotomiser quelques-uns de mes premiers opérés, et je n'ai jamais eu à regretter cette manière d'agir, car toujours ils ont retiré un grand bénéfice de cette seconde opération. Sur un très petit nombre, trois seulement je crois, j'ai fait une troisième urétrotomie. Un de ces derniers malades, qui est un médecin très connu, était porteur d'un rétrécissement dont il souffrait cruellement depuis de longues années ; ce rétrécissement, très rebelle à la dilatation, se reproduisait sans cesse. Je pratiquai deux urétrotomies à notre confrère sans grand résultat ; mais, depuis la troisième, qui remonte aujourd'hui à plus de douze ans, il se porte parfaitement bien et n'a plus éprouvé aucun symptôme.

Les dangers de l'opération sont vraiment minimes. Sur 340 opérés (c'est le chiffre exact, à 4 ou 5 près), six seulement ont succombé, ce qui ne donne même pas une mortalité de deux pour cent¹. Sur ces six morts, trois sont dues à la pyohémie, une à une embolie, et deux à l'infil-

1. Dans la thèse de Reverdin (1871), sur les 52 urétrotomies internes, pratiquées par M. Guyon, une seule mort est signalée, et encore n'est-elle peut-être pas imputable à l'opération. Depuis lors, c'est-à-dire depuis treize ans, la statistique du chirurgien de l'hôpital Necker, qui porte actuellement sur plusieurs centaines d'urétrotomies internes, n'a certainement pas dépassé ces proportions de mortalité, les mêmes que celles indiquées par sir Henry Thompson. (R. J.)

tration d'urine et à l'épuisement. Une de ces dernières est survenue chez un malade que j'ai urétrotomisé à l'hôpital au début de ma carrière, il y a une trentaine d'années ; il eût certainement succombé à toute autre opération.

Parmi les accidents qui n'ont pas eu une issue fatale, je dois citer l'infiltration d'urine, qui s'est produite dans quatre ou cinq cas, probablement parce que la sonde à demeure avait été retirée trop tôt après l'opération. L'infiltration ne fut pas considérable et détermina des abcès localisés, sans sphacèle étendu. La dernière que j'ai observée était chez un diabétique que j'ai vu il y a quelques mois avec le D^r Pavy. Ce malade guérit complètement et assez vite, et le résultat de l'opération sur l'urètre fut parfait. Je n'avais pas eu d'accident de ce genre depuis de nombreuses années.

En résumé, ce qui ressort de l'expérience que j'ai pu acquérir touchant l'urétrotomie interne, c'est la conviction profonde que cette opération, convenablement pratiquée, constitue le mode de traitement des rétrécissements le meilleur et le plus sûr, quand l'usage habituel des bougies devient difficile et ne parvient pas à maintenir au canal un calibre suffisant et à diminuer les complications vésicales, causées par la stricture. C'est le moyen que vous devrez préférer, non seulement pour lever l'obstacle urétral et ses symptômes douloureux, mais aussi pour éviter des complications toujours très graves du côté de la vessie, des uretères et des reins.

FIN