

---

## NEUVIÈME LEÇON.

### Traitement des rétrécissements de l'urèthre.

---

#### MESSIEURS

Le traitement des rétrécissements de l'urèthre comprend deux indications principales : le rétablissement du calibre du canal , le maintien de ce rétablissement.

Les nombreux procédés qui ont été proposés pour remettre le canal dans son état normal peuvent être groupés en trois méthodes : la dilatation , la cautérisation , l'incision.

La dilatation progressive est décrite par Benevoli en 1724 : pendant longtemps elle fut pratiquée avec des bougies de plomb. Astruc le premier , dans son traité des maladies vénériennes , démontra que l'on ne peut obtenir une guérison absolument radicale ; il recommanda avec raison de pratiquer pendant longtemps la dilatation. Desault et Chopart paraissent être les premiers qui se soient servis des sondes flexibles. Mais la dilatation ne fut véritablement érigée en méthode qu'à la fin du dernier siècle par John Hunter : il a parfaitement saisi tout le parti que l'on peut tirer des bougies dilatantes , comme action mécanique , et comme action modificatrice due à l'irritation de contact. Dupuytren continua l'œuvre de Hunter , dont il s'appropri

en quelque sorte les idées. Cependant , Hunter semble avoir poussé trop loin les conséquences de sa manière de voir sur l'action de la bougie , en préconisant dans les rétrécissements très-étroits ou infranchissables la dilatation qu'il appelle ulcéralive , et qui consiste à exercer sur le rétrécissement une pression assez forte pour l'ulcérer et le détruire. Cette manière d'agir expose à de graves accidents ; le travail ulcéralif peut s'étendre jusqu'au corps caverneux et y déterminer une phlébite , ou bien l'urèthre peut se déchirer en avant du rétrécissement sous la pression de l'instrument , qui alors produit une fausse route.

S'il s'agit d'un rétrécissement d'un moyen degré et qui cède facilement , la dilatation ne sera qu'un jeu ; vous la pratiquerez avec des bougies olivaires flexibles de diamètres gradués ; vous passerez ainsi chaque deux ou trois jours plusieurs bougies , et vous perfectionnerez la dilatation par le passage successif des sondes d'étain de Béniqué ; le malade continuera pendant longtemps à se sonder , pour maintenir le calibre normal de l'urèthre.

Mais si le rétrécissement est très-étroit , ce procédé ne convient plus , il reste insuffisant ; dans ces cas , il faut commencer par avoir recours à la dilatation permanente ; celle-ci est destinée à produire au niveau du rétrécissement un travail d'irritation provoqué par le contact de la bougie qui joue le rôle de corps étranger ; le tissu fibreux revient à l'état embryonnaire par le fait de cette irritation , et la bougie qui se trouvait serrée dans le rétrécissement , s'y meut librement ; ce travail s'effectue assez rapidement pour que l'urine puisse se faire jour entre la bougie et les parois du canal. L'instrument ne doit pas aller jusque dans la

vessie ; ordinairement on l'arrête lorsqu'il a dépassé le rétrécissement de 1 ou 2 centimètres. Chaque fois qu'on le pourra , on remplacera avec avantage la bougie par une sonde fine. Vers le 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> jour , on constate la sortie d'un peu de mucopus , qui devient abondant vers le 7<sup>e</sup> ou 8<sup>e</sup> jour ; on fait ensuite de la dilatation progressive jusqu'à ce que l'urèthre admette une bougie de 7 à 8 millimètres. Quelques auteurs donnent encore à ce procédé le nom de dilatation inflammatoire , parce qu'il semble basé sur la modification que l'irritation détermine dans la constitution histologique du rétrécissement. On l'a encore appelé dilatation atrophique , parce qu'une grande partie des éléments organiques de la coarctation disparaissent après cette modification.

Je viens de vous décrire la théorie de la dilatation permanente ; vous verrez que dans l'application les choses ne se passent pas aussi simplement que cette théorie semble l'indiquer. Dans bien des cas la bougie à demeure ne sera pas supportée ; elle déterminera une inflammation violente de la muqueuse , à laquelle s'ajoutera la contraction des éléments musculaires du canal. Ne comptez guère dans ces cas sur les pommades calmantes ou résolutive que l'on a proposées pour graisser la bougie , ni sur l'emploi des opiacés et anti-spasmodiques à l'intérieur. Le seul moyen de rendre la bougie supportable , c'est de modifier l'irritabilité de la muqueuse , et la meilleure manière d'y arriver consiste dans des cautérisations superficielles au nitrate d'argent : après deux ou trois cautérisations pratiquées à 12 ou 15 jours de distance , vous pourrez reprendre la dilatation.

Si le rétrécissement est très-étroit , vous aurez recours à tous les artifices du cathétérisme , artifices que je vous ai fait connaître en parlant de cette opération dans les cas pathologiques. Si vous échouez , et si la rétention d'urine nécessite une intervention rapide , vous abandonnerez la dilatation , et vous passerez à une autre méthode de traitement. Vous agirez de même dans les cas où la dilatation marche trop lentement , et dans ceux où la récurrence suit de très-près ; cela arrive surtout dans les rétrécissements cicatriciels.

Le professeur Le Fort a proposé , sous le nom de dilatation immédiate progressive , un procédé qui nous paraît appelé à donner de bons et rapides résultats dans la plupart des cas. Notre savant maître part de ce principe vrai , qu'il n'y a pas de rétrécissement infranchissable , dès l'instant que l'urine passe par le canal , quelque rétréci qu'il soit ; que dès lors , avec de l'adresse et de la patience , on peut toujours y engager une fine bougie à uréthrotomie interne. On laisse à demeure cette fine bougie pendant vingt-quatre heures , puis on visse sur elle une sonde conique en maillechort que l'on pousse dans l'urèthre comme on le ferait d'un uréthrotome. Si cette sonde passe sans occasionner de douleur , on la retire en maintenant la bougie conductrice dans le canal , et on la remplace par une sonde métallique conique du même genre , mais plus volumineuse. Si la douleur apparaît ou si la résistance du rétrécissement est trop grande , on laisse la bougie conductrice en place , et on recommence l'opération après un ou deux jours. Lorsqu'on a introduit la sonde conique N<sup>o</sup> 3 qui , dans sa partie la plus large , correspond au N<sup>o</sup> 22 de la filière

Charrière, on introduit une sonde flexible N° 16 ou 18, on la laisse à demeure pendant trois ou quatre jours, et on porte ensuite la dilatation à son degré le plus reculé. « Depuis sept ans que j'emploie cette méthode, dit le professeur Le Fort, je n'ai jamais vu survenir d'accidents : non pas, cela va sans dire, d'accidents mortels ou même sérieux, mais même d'accidents légers pouvant me causer quelque préoccupation; c'est tout au plus si, dans quelques cas exceptionnels, j'ai pu observer cet accès de fièvre qu'amène parfois le cathétérisme le plus simple, et dont un peu de sulfate de quinine fait justice. » (1) Dans le but d'éviter les incurvations de la bougie conductrice qui pourraient entraîner le cathéter rigide à faire des fausses routes, M. Le Fort a fait fabriquer des bougies flexibles qui portent à l'intérieur une fine baleine, laquelle empêche la bougie de se replier sur elle-même. Cette modification des bougies conductrices est appelée à rendre les plus grands services dans la pratique de la dilatation et celle de l'uréthotomie interne.

Je ne vous parlerai du cathétérisme forcé que pour vous rappeler qu'il doit être proscrit de la thérapeutique des rétrécissements. Il en est de même de la dilatation forcée par le procédé de Mayor; en refoulant le rétrécissement, on risque de déchirer le canal et de faire une fausse route. Quelques chirurgiens emploient la dilatation rapide avec des instruments qui distendent violemment le rétrécissement: tels sont les instruments de Perrève, de Holt, de Voillemier; ce que je viens de vous dire de la dilatation immédiate pro-

(1) Le Fort — 8<sup>e</sup> Édition de la médecine opératoire de Malgaigne, t. 2, p. 566.

gressive me permettra d'être bref sur le chapitre de la dilatation mécanique rapide. Dans celle-ci, on ne borne plus la dilatation à une simple expansion des tissus; le rétrécissement surdistendu éclate et se déchire. Les instruments de Perrève et de Holt sont composés de deux lames entre lesquelles on enfonce un mandrin qui les écarte violemment; l'instrument de Voillemier porte le nom de divulseur; son action est mieux répartie sur tous les points de la circonférence de l'urèthre, car il conserve la forme cylindrique dans son écartement le plus grand. Le mandrin cylindrique est plein dans toute sa longueur, et présente de chaque côté une gouttière plate destinée à recevoir les lames du conducteur qui la remplissent exactement; l'instrument s'introduit à l'aide d'une bougie conductrice. Après la divulsion, on place dans le canal une sonde à demeure de 5 à 6 millimètres pendant 24 heures; puis on continue la dilatation par les moyens ordinaires. Il est très-difficile de mesurer exactement l'action des dilatateurs mécaniques; cette action dépend de l'état de l'urèthre, et Bérard eut avec le dilatateur de Perrève une déchirure de l'urèthre de 9 centimètres de longueur. L'uréthotomie interne a remplacé la rupture du rétrécissement, l'opération est à la vérité plus délicate, mais elle donne de meilleurs résultats.

La destruction par la cautérisation est une seconde méthode de traitement des rétrécissements de l'urèthre. De date très-ancienne, puisque nous voyons Loiseau l'employer sur Henri IV et terminer la cure par la dilatation, elle avait été réglée par A. Parée, qui créa la cautérisation latérale. Depuis la fin du siècle dernier, le nitrate d'argent est le seul caustique employé; Hunter s'en sert pour provoquer un ramollissement inflammatoire qui favorise la dilatation

du rétrécissement; Everard Home veut en faire une méthode exclusive de traitement; il pousse l'exagération à l'absurde en pratiquant sur un seul malade 1258 cautérisations. Ducamp en 1822 perfectionne la cautérisation latérale; Lallemand emploie des mandrins armés de caustique, celui de Ségalas est recouvert de deux canules emboîtées. Réduite à elle-même, la cautérisation ne donne que des résultats incomplets: dans quelques cas, elle peut préparer et faciliter la dilatation, mais à ce point de vue, elle est bien inférieure à la dilatation permanente. Elle ne peut suffire à détruire un rétrécissement, à moins de provoquer des lésions très-étendues de la muqueuse; d'ailleurs la réparation se fait par un tissu cicatriciel qui amène une récurrence plus grave que le premier rétrécissement. Son seul avantage est, lorsqu'elle est légère, de modifier la muqueuse enflammée, et les contractions spasmodiques du canal. Elle doit donc être rejetée comme méthode générale de traitement.

MM. Amussat, Tripier et Mallez ont proposé la cautérisation chimique par l'électricité pour détruire le rétrécissement: on peut faire à l'électrolyse les mêmes reproches qu'à la cautérisation potentielle; comme cette dernière, elle produit un tissu cicatriciel qui pourrait engendrer un rétrécissement plus rebelle que le premier. Nous devons dire cependant, que lorsqu'on fait agir sur le rétrécissement le pôle négatif, on obtient une cicatrice qui ressemble à celle de l'action des alcalis caustiques, c'est-à-dire molle et peu rétractile.

La troisième méthode de traitement des rétrécissements est l'incision; il y a deux manières de la pratiquer: dans

l'intérieur du canal, en allant de dedans en dehors, c'est l'uréthrotomie interne; à l'extérieur du canal, en allant de dehors en dedans, c'est l'uréthrotomie externe. L'importance de ces deux opérations et leurs indications particulières nécessitent leur description séparée. Nous nous occupons d'abord de l'uréthrotomie interne.

Les chirurgiens du XVI<sup>e</sup> et du XVII<sup>e</sup> siècle combinaient l'usage des abrasions avec celui des caustiques, lorsqu'ils se servaient de sondes coupantes. A la fin du dernier siècle, Physick imagina une sonde dont le mandrin est terminé par une lame pointue qui coupe à la manière d'une lancette. Viennent ensuite les scarificateurs d'Amussat, de Leroy d'Etiolles, de Ricord, de Reybard; l'origine des travaux de ce dernier remonte à 1833, et ils furent couronnés par l'Académie en 1852. Depuis, l'on inventa beaucoup d'instruments, dont les principaux sont les uréthrotomes de Maisonneuve et de Voillemier. M. Maisonneuve en 1855 ajouta à l'uréthrotome la bougie conductrice qui rend les fausses routes impossibles; la lame coupante est angulaire, à sommet émoussé; elle termine un mandrin qui glisse dans la cavité d'un conducteur cylindrique. Voillemier modifia avantageusement cet instrument en employant une lame de même force qui coupe dans toute sa longueur, et qui se trouve cachée par une coiffe. Ces deux instruments sectionnent d'arrière en avant et d'avant en arrière; ils peuvent être disposés de manière à inciser la paroi inférieure ou la paroi supérieure du canal, au niveau du rétrécissement, suivant que la lame glisse sur la convexité ou la concavité du conducteur. Les incisions profondes doivent être pratiquées de préférence aux scarifications multiples;

toutes guérissent par la formation d'un tissu cicatriciel, et il y a plus de chance de le voir moins abondant dans une seule incision que dans des incisions multiples : le résultat de la rétraction est donc moindre dans le premier cas que dans le second.

Il est indispensable de mettre une sonde à demeure immédiatement après l'opération, et de la laisser pendant 48 heures; il vaut mieux ne pas la boucher avec un fosset, pour éviter que l'urine passe entre la sonde et les parois du canal, et arrive ainsi au contact de la plaie.

Avant d'enlever la sonde, on vide complètement la vessie, et on engage le malade à attendre un besoin pressant avant d'uriner pour la première fois sans sonde. Le quatrième jour après l'opération, on passe une bougie à grosse olive, on recommence quelques jours après, puis vers le 10<sup>e</sup> jour on complète la dilatation.

Suivant le précepte du professeur Gosselin, il faut, avant l'opération, faire boire abondamment le malade, pour modifier l'état des urines; on peut continuer l'usage fréquent des boissons pendant tout le temps que la sonde est à demeure dans la vessie. L'hémorrhagie qui résulte de l'incision est en général peu abondante, de 5 à 10 grammes; quelque fois une érection la ramène en petite quantité: l'introduction de la sonde à demeure suffit pour l'arrêter; dans le cas d'hémorrhagie considérable et rebelle à l'emploi des sondes, des applications glacées et la compression du périnée peuvent devenir nécessaires.

L'infiltration d'urine est rare après l'uréthrotomie interne, surtout si on a le soin d'employer une sonde à

demeure volumineuse et de ne pas boucher son orifice extérieur.

Voillemier a décrit comme accidents consécutifs rares de l'uréthrotomie interne, sous le nom de poches uréthrales, des excavations de la plaie de l'incision. Elles résultent d'une inflammation intense, du sphacèle de la plaie, et de la destruction complète d'une portion de l'urèthre. Elles peuvent se combler spontanément par du tissu inodulaire dont la rétraction consécutive peut produire un nouveau rétrécissement; souvent la poche persiste, surtout si la miction ne se fait pas facilement: dans ce cas, on constate l'existence d'un écoulement uréthral abondant et tenace. Dans d'autres cas enfin, une fistule peut s'établir.

L'indication est de dilater la portion antérieure du canal pour faciliter l'écoulement de l'urine.

On a observé des accidents promptement mortels à la suite de l'uréthrotomie interne; leur explication est difficile: pour de nombreux chirurgiens, ils résulteraient de la pénétration de l'urine dans les veines rendues béantes par la section. Mais souvent il existait chez ces malades une altération profonde des reins, complication la plus grave des rétrécissements de l'urèthre et des affections de la prostate et de la vessie, et qui peut occasionner la mort en un court espace de temps, par une intoxication urineuse suraiguë. Quoiqu'il en soit, il faut à tout prix éviter le contact de l'urine avec les lèvres de la plaie: et si, lorsqu'on a introduit le conducteur cannelé, l'urine coule, malgré un cathétérisme préalable, ou si celui-ci n'a pas été praticable, il vaut mieux remettre à un autre jour la section du rétrécissement. (GOSSELIN.)

L'uréthrotomie interne est une opération palliative qui, dans un grand nombre de cas, vient en aide à la dilatation. Ses indications principales sont : l'impossibilité de la dilatation par étroitesse et sensibilité extrême du rétrécissement, la récurrence prompte du rétrécissement traité par la dilatation simple, la dureté considérable des rétrécissements cicatriciels. Les rétrécissements qui siègent dans les 8 centimètres antérieurs de l'urètre et qui résistent à la dilatation doivent être incisés. L'incision est plus dangereuse, lorsqu'elle porte sur un rétrécissement qui siège à 13 centimètres. Une statistique complète et qui donne des renseignements positifs sur la gravité de l'opération reste à établir ; les statistiques partielles offrent le désaccord le plus patent : c'est ainsi que Voillemier indique le chiffre de 1 mort sur 30, et croit même ce chiffre inférieur à la réalité, si l'on ne compte que les cas de rétrécissements graves, d'autre part, sir Henry Thompson ne relève qu'un seul cas de mort sur deux cents uréthrotomies qu'il a pratiquées ; et encore, s'agissait-il dans ce cas d'une opération faite comme ressource ultime.

L'uréthrotomie externe consiste dans l'ouverture de l'urètre de dehors en dedans pour diviser un rétrécissement. On établit ainsi une boutonnière, par une opération qui présente beaucoup d'analogie avec celle qu'on employait anciennement pour remédier à la rétention d'urine lorsque le cathétérisme est impossible. C'est Jean-Louis Petit qui, le premier, appliqua l'opération de la boutonnière à la cure des rétrécissements de l'urètre. Mais cette opération tomba dans l'oubli, sous les attaques persistantes de Desault, Boyer et Roux. Quelques chirurgiens anglais, et

en particulier Guthrie, en 1836, puis Syme, d'Edimbourg, en 1844, contribuèrent à la remettre en honneur. Syme en fait une méthode générale de traitement ; il n'existe pas, dit-il, de rétrécissement infranchissable, tant que l'urine s'écoule au dehors par l'urètre, en aussi petite quantité que ce soit ; dès lors, l'uréthrotomie externe ne doit jamais être pratiquée sans conducteur ; elle est indispensable pour les rétrécissements rebelles, et le meilleur moyen d'obtenir la guérison des rétrécissements simples. Mais la majorité des chirurgiens pensent d'une toute autre façon ; au lieu de dire, comme Syme, que la perméabilité est une condition indispensable pour pratiquer l'uréthrotomie externe, ils renversent la proposition, et ils disent que la perméabilité d'un rétrécissement contraindique l'uréthrotomie externe. Il existe cependant quelques cas rares où cette opération est indiquée : c'est quand il y a des fistules périnéales anciennes indurées en arrière des rétrécissements rebelles, alors que tout autre traitement a échoué, notamment les sondes à demeure. Et encore, on peut se demander si ces cas ne sont pas plutôt justiciables de la divulsion, que l'on devra tenter avant de décider l'opération de l'uréthrotomie externe. (THOMPSON).

Dans les cas de rupture traumatique de l'urètre, cette opération peut trouver quelques indications que nous étudierons plus tard.

L'uréthrotomie externe se pratique sur conducteur ou sans conducteur. Dans le premier cas, on se sert d'un cathéter courbe cannelé, mince en avant pour passer à travers le rétrécissement, épais en arrière pour butter contre

lui : par une incision périnéale médiane, de 3 à 4 centimètres de longueur, on arrive sur le cathéter, on ouvre le rétrécissement, et on place à demeure une sonde métallique pendant 48 à 60 heures; au bout de ce temps on la remplace par une sonde élastique. Dans le second cas, on a quelquefois des difficultés très-grandes pour découvrir le canal : on pousse un cathéter jusqu'au rétrécissement; un aide le maintient solidement fixé; on pratique alors l'incision de la boutonnière, on atteint la pointe du cathéter, on sectionne le canal, puis on va à la recherche du bout inférieur que l'on incise sur un stylet cannelé, ou mieux encore avec le couteau de Weber, lequel est terminé par une petite olive analogue à celle d'un stylet boutonné.

Syme a proposé en 1844 la section sous cutanée du rétrécissement. Il passe un petit conducteur cannelé au travers du rétrécissement; puis, avec un bistouri à lame étroite analogue à un ténotome, il pénètre d'emblée jusqu'au conducteur; en relevant le manche de l'instrument, on en pousse la pointe le long de la cannelure du conducteur; on incise de cette façon le rétrécissement sans augmenter l'ouverture cutanée.

L'uréthrotomie externe pratiquée en avant des bourses est facile et peu dangereuse; au périnée, elle est d'exécution difficile, et peut offrir de grands dangers par l'hémorragie qui nécessite quelquefois le tamponnement dans une région riche en plexus veineux, et par les complications ordinaires des plaies, telles que la gangrène, l'érysipèle, l'infection purulente; ces accidents sont rares à la vérité, mais leur possibilité démontre que cette opération ne doit être pratiquée qu'en cas de nécessité absolue.

---

## DIXIÈME LEÇON.

### Lésions traumatiques de l'Urèthre.

---

MESSIEURS,

Les lésions traumatiques de l'urèthre reconnaissent des causes variées; elles peuvent être produites de dedans au dehors, ou de dehors en dedans. Dans la première catégorie se rangent les fausses routes, les déchirures par un corps étranger ou par un instrument, les incisions de l'uréthrotomie interne : dans la seconde, les violences extérieures comme les plaies simples, les plaies contuses, les contusions. Je vous ai parlé des fausses routes en décrivant le cathétérisme dans les cas pathologiques; nous étudierons bientôt les corps étrangers et les désordres qu'ils occasionnent; vous savez comment l'incision de l'uréthrotomie peut devenir une cause d'accidents : il me reste donc à vous parler des lésions de l'urèthre produites par les violences extérieures.

Si l'on en juge par les statistiques des rétrécissements de l'urèthre, les lésions traumatiques de cet organe seraient assez fréquentes : nous trouvons en effet dans la statistique de Sir Henry Thompson, qui porte sur 220 cas, 28 rétrécissements, suites de lésion du périnée; dans celle de ses traducteurs, laquelle comprend 226 observations des rétré-