

abandonnée depuis les attaques passionnées de Desault et de ses élèves. Pour le chirurgien d'Édimbourg, il n'y a point de rétrécissement infranchissable : si l'urine peut passer goutte à goutte, déclare-t-il, on peut toujours introduire un instrument. Donc, l'opération de Syme est l'uréthrotomie externe sur conducteur : nous la faisons encore avec le cathéter cannelé qu'il a créé, et suivant les règles qu'il a tracées. — L'opération de Sédillot est l'uréthrotomie externe sans conducteur : dès 1848, Civiale affirmait la valeur d'une pareille intervention; en 1851, le professeur de Strasbourg, rénovant le procédé jadis employé par Collot, étendit le bénéfice de l'incision périnéale aux cas où il est impossible de se guider sur un instrument.

§ 1. Ses indications. — I. Rétrécissements traumatiques. — Il est certains rétrécissements traumatiques en brides, en viroles, sans callosité appréciable, sans induration péri-urétrale, pour lesquels l'uréthrotomie interne peut suffire et suffit sous la réserve d'une dilatation ultérieure régulière : il arrive alors que la paroi supérieure a échappé au traumatisme et se prête à l'emprunt qu'on lui fait. Dans d'autres cas, l'uréthrotomie interne ne sert que de prélude : elle permet le passage d'un conducteur et rendra plus facile la section externe. Mais, en dehors de ces cas, l'uréthrotomie externe est la seule méthode capable de donner un résultat complet et stable. Elle est l'opération de nécessité si l'on ne peut franchir la stricture. Combinée à la résection, elle est l'intervention de choix quand on sent par la palpation un noyau scléreux circonscrit ou une virole siégeant sur l'urètre périnéal. Elle est la seule intervention possible quand le canal est enserré par des masses fibreuses étendues, quand le périnée est creusé d'abcès et de fistules, quand l'urine est infectée, quand l'état général est grave et le malade menacé de lésions vésico-rénales ascendantes ou quand le rétrécissement traumatique, résultant d'une fracture du bassin, siège sur l'urètre profond.

II. Rétrécissements inflammatoires. — Un rétrécissement inflammatoire est devenu, sinon anatomiquement imperméable, ce que quelques Anglais contestent, du moins cliniquement infranchissable, ce que nous avons tous rencontré. Depuis une, deux semaines et plus, vous essayez en vain l'introduction de bougies filiformes tortillées, coudées ou hélicines. Le malade pisse mal, vide imparfaitement sa vessie, fait un accès fébrile après les tentatives de sondage; parfois même une rétention incomplète ou des accidents rénaux menacent : faites au plus tôt l'uréthrotomie externe, sans conducteur, l'opération de Sédillot.

Ce rétréci a le périnée fistuleux, non point de fistules récentes que nous avons vues parfois guérir après l'uréthrotomie interne, mais de trajets vieux, durcis et noueux : uréthrotomisez de dehors en dedans. Voici encore un rétrécissement qui a récidivé après une uréthrotomie interne : préférez, comme seconde opération, une section externe; car l'uréthrotomie porterait désormais sur un tissu cicatriciel qui ne s'écartera pas suffisamment pour surajouter une nouvelle pièce; préférez-la surtout si votre malade, négligent ou pauvre, est incapable ultérieurement d'un cathétérisme régulier : l'uréthrotomie externe donne en effet de plus grandes garanties de guérison stable.

§ 2. Sa technique. — I. Opération de Syme. — Le malade est dans la position de la taille, périnée rasé et antiseptisé. Si le cathéter de Syme, ou un modèle plus menu, comme la glissière de l'uréthrotome de Maisonneuve, ont pu passer, la chose est facile : arrivez sur l'urètre par une incision médiane, à travers les

parties molles; évitez, si possible, la section du bulbe en le dégageant ou le contournant; mais ne craignez point de le diviser, d'autant que souvent il n'existe plus comme tissu érectile et s'est transformé en tissu fibreux invasculaire, pris dans la gangue scléreuse périnéale. Cherchez le cathéter ou sa cannelure avec l'ongle de l'index gauche et sectionnez le rétrécissement au bistouri, tranchant en bas : glissez la sonde à demeure, comme nous l'avons décrit à propos des ruptures traumatiques de l'urètre.

II. Opération de Sédillot. — Si vous opérez sans conducteur, poussez au moins le cathéter jusqu'au contact de l'obstacle, et, sur sa pointe que l'aide fait saillir au périnée, incisez toutes les couches et la paroi urétrale. Vous voilà à l'entrée de la stricture qu'il va falloir traverser. Il est très important de bien découvrir le bout antérieur, de rester exactement sur la ligne médiane, et de bien voir. Faites-vous un champ opératoire large, et ne craignez point d'allonger l'incision des parties molles; à l'instar de Sédillot, Civiale et Guyon, traversez chaque lèvre de la boutonnière urétrale d'une anse de fil, qu'un aide tend et écarte à droite et à gauche. Introduisez par le méat une petite bougie fine, reprise par l'incision périnéale, et dont les deux bouts sont en avant saisis par une pince à forcipressure : vous avez ainsi une anse de traction qui tend en haut et en avant la commissure antérieure de la plaie, pendant que les deux anses latérales entre-bâillent fortement les lèvres. La région où se trouve l'entrée du rétrécissement est donc bien exposée. Souvent on s'égare parce que l'urètre n'a point été complètement ouvert en avant du rétrécissement et qu'une partie seulement du corps spongieux a été incisée. Le point de départ faisant défaut, l'opération va au hasard.

Il sera parfois possible d'enfiler la lumière antérieure de la coarctation avec une bougie de baleine ou un stylet flexible, d'autant que l'incision périnéale a déchargé les parties molles et diminué la tension des tissus péri-urétraux : vous y réussirez surtout quand les indurations périnéales péri-fistulaires n'auront point « désorienté » le canal. Cette réussite vous permettra d'inciser les parties rétrécies sur conducteur. Après un engagement de quelques millimètres, la sonde vient buter contre un obstacle ou se perdre dans un cul-de-sac : incisez la partie pénétrée, cherchez à nouveau la lumière du rétrécissement, enfiler-le comme vous l'avez fait pour le premier obstacle, et cheminez ainsi à petites étapes et par sections successives, sans vous perdre dans les diverticules lacunaires ou dans les embouchures fistuleuses; si vous vous égarez, revenez sur vos pas, explorez les tissus indurés divisés, et remontez au point de départ. Sachez alterner un coup de bistouri et une exploration de stylet.

Lorsque l'urètre a été rompu par le traumatisme, ou ulcéré par le pus en amont du rétrécissement, lorsque ses bouts sont distants et excentrés, vous n'aboutirez point par ces « enfilades » successives : gardez rigoureusement la ligne médiane, votre guide; et, d'avant en arrière, incisez aussi loin et aussi profondément que s'étendent les tissus malades et indurés de la cicatrice urétrale. Prenez, comme jalon de l'extrémité postérieure de l'incision, l'arcade fibreuse du ligament sous-pubien, facile à palper : là s'ouvre la portion membraneuse. Sous le bistouri crient les tissus indurés de la cicatrice péri-urétrale : vous les sentez du doigt, vous en voyez la tranche; ainsi que dit Guyon, « vous êtes donc en réalité conduits » : écartez-les, au fur et à mesure de l'incision, avec des crochets érigés ou avec les écarteurs dentés de Volkmann.

Le rétrécissement une fois incisé, vous voilà à la rencontre du bout posté-

rieur. Ce temps est d'une exécution assez facile quand on trouve dans le périnée un nodus cicatriciel bien limité, véritable chéloïde du canal, comme on l'observe dans maints rétrécissements traumatiques; il devient plus malaisé dans les coarctations blennorragiques compliquées de sclérose plus diffuse du périnée. Dans le cas de fistules, on arrivera généralement à une sorte de petit cloaque, carrefour des trajets fistuleux, qui confine à l'urèthre, en amont du rétrécissement: on pourra pénétrer dans la vessie, avec un stylet, sans avoir traversé le point rétréci.

Le cathétérisme du bout postérieur constitue le dernier temps. Vous êtes en arrière du rétrécissement, à l'entrée de la région membraneuse: glissez un stylet souple, légèrement courbé, dirigé au besoin par un doigt introduit dans le rectum; il persiste parfois en avant de la membraneuse quelques brides que vous sectionnez sur le stylet ou sur la sonde. Poussez vers la vessie le dilateur-gouttière de Tripier fermé: écartez ses branches et dans leur intervalle glissez une sonde à bout coupé, numéros 20 ou 22; amenez-la au méat suivant la technique décrite à propos des ruptures traumatiques. Si l'urèthre antérieur est rétréci, coupez ses brides sur la paroi inférieure, en introduisant du périnée vers le méat une longue et mince lame boutonnée.

Si la déchirure du canal a été nette, s'il n'y a pas eu d'infiltration ou de suppuration profondes, vous trouverez le bout postérieur sur la ligne médiane et sous le ligament sus-pubien: mais, quand cette arcade fibreuse elle-même a été rompue, ce repère n'existe plus: le bout se retire en arrière. Guidez-vous alors sur l'aspect des tissus; explorez les dépressions ou les points qui, par leur aspect rosé ou leur consistance, tranchent sur la blancheur et la sclérose du rétrécissement: mais que de fois on prend un trajet fistuleux bourgeonnant pour la muqueuse uréthrale! Cherchez en arrière, dans les cas de rupture complète: le bout postérieur, comme Mollière l'a signalé, s'est redressé sous la pression, ainsi qu'un tube manométrique de Bourdon, et tend à se placer parallèlement au rectum. Autre ressource: faites uriner le malade, pressez son hypogastre ou réveillez-le: et guettez l'issue de l'urine.

III. *Cathétérisme rétrograde.* — En 1857, Demarquay, ne pouvant trouver le bout postérieur, alla à sa recherche par une incision courbe au-devant de l'anus et conseilla, en pareil cas, la dissection prérectale jusqu'au sommet de la prostate. En 1858, Le Dentu recommanda le même procédé: malheureusement, au milieu d'un périnée épaissi ou fistuleux, la découverte du bec prostatique est malaisée, et Tillaux y a échoué. Aussi, dans le cas de bout introuvable, nous préférons ouvrir la vessie à l'hypogastre et faire le cathétérisme rétrograde⁽¹⁾.

Pour les rétrécissements qui s'accompagnent de graves désordres dans le périnée, et pour ceux, très profonds et de lésions complexes, qui siègent dans l'étage supérieur, mieux vaudrait même, au lieu de perdre du temps et de risquer des souillures, en n'admettant le cathétérisme rétrograde que comme ressource ultime, opter de propos délibéré pour l'opération que Verguin tenta dès 1757, et commencer d'emblée l'intervention par l'hypogastre. Grâce à la

(1) Cathétérisme rétrograde: Consulter: DUPLAY, *Arch. gén. de méd.*, 1885, p. 58. — MONOD, Rapport lu à la séance du 7 avril 1896 de la Société de chirurgie. — Thèse de Paris, 1888. — DELEFOSSE, *Annales des mal. des organes génito-urinaires*, septembre 1889. — TËDENAT, Thèse de Vieu, Montpellier, 1891. — ESTOR, *Du cathétérisme rétrograde de l'urèthre*. Montpellier, 1895. — LEGUEU, *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, 1895, p. 504.

suture vésicale, l'incision, qui peut d'ailleurs être de petites dimensions, est aisée à clore, si l'état des urines et de la vessie l'autorise. Si, au contraire, il y a de la cystite ou de l'infection urinaire, on a tout avantage à drainer pendant un certain temps la vessie par l'hypogastre: grâce à cette dérivation du cours de l'urine, les callosités se réduisent, les fistules se ferment: Pousson n'a-t-il pas récemment recommandé la cystostomie sus-pubienne dans le traitement de certaines fistules urinaires?

Le plus souvent, la vessie est peu distendue, cachée derrière le pubis, et il est impossible de la distendre par l'injection: cela peut offrir quelques difficultés pour son incision. Une ouverture de 2 à 5 centimètres est suffisante: deux fils suspenseurs en écartent les lèvres. L'opérateur glisse son index gauche, dont la face palmaire suit la symphyse, jusqu'au col où il s'arrête. La main droite introduit alors un cathéter à grande courbure dont le bec va chercher la pulpe de l'index gauche: ce doigt s'écarte, la pointe de la sonde est poussée d'arrière en avant dans l'urèthre postérieur. Pour introduire et faire avancer dans le périnée un cathéter de courbure normale, il faut coucher l'instrument sur l'ombilic; nous y avons toujours réussi avec les béniqués, dans les cinq cas de cathétérisme rétrograde que nous avons pratiqués à notre service de Montpellier; Guyon et Farabeuf ont fait établir par Collin un cathéter de courbure appropriée, anatomiquement déterminée, cannelé sur sa face inférieure, et portant à son extrémité un chas qui permet d'y relier une sonde. Estor a proposé un cathéter d'un modèle spécial. Nous nous sommes toujours contenté, lorsque le bec de l'instrument a été découvert au niveau de la plaie périnéale, d'attacher au béniqué une sonde à bout coupé; mais il est certain que le procédé est imparfait, les sondes ainsi reliées n'étant point dans le même axe et risquant d'accrocher la muqueuse ou de se disjoindre; en employant un béniqué de petit volume, on peut l'invaginer à frottement dans le bout de sonde, ce qui nous a réussi une fois.

IV. *Traitement de la plaie périnéale.* — Quand le périnée est souple et sain, suturez en plusieurs étages les tissus péri-urèthraux, les parties molles, la peau. La suture, toutefois, n'ajoutera probablement pas grand'chose à la rapidité et à la sûreté de la cicatrice, qui, dans ces cas simples, se parfait en quinze ou vingt jours: elle est alors facultative. Elle est contre-indiquée quand une infiltration a ravagé le tissu cellulaire de la région, quand la plaie est infectée, quand le périnée est blindé de tissu scléreux en nappe inextirpable, incapable de réunion: pansez à plat avec la gaze iodoformée, et laissez la cicatrisation lente reconstituer sur la sonde le nouveau canal. Ne vous préoccupez point trop de ces indurations massives; le cours des urines une fois dérivé, vous verrez souvent s'améliorer et s'assouplir ces périnées noueux et fistuleux.

V. *Résultats de l'uréthrotomie externe.* — L'uréthrotomie externe est capable de donner un canal calibré d'une façon stable: nous le savions déjà; Dubrueil nous citait naguère trois malades uréthrotomisés depuis sept, huit et dix ans, et qui, en dépit de la cessation de tout sondage, continuent à pisser à gros jet: Grégory⁽¹⁾, apôtre excessif de la section externe, l'avait affirmé sans le démontrer précisément; les études remarquables de Phélip⁽²⁾ viennent d'en fournir la preuve décisive. Il a retrouvé dix-huit rétrécis, uréthrotomisés par Ollier

(1) GRÉGORY, *De la méthode sanglante dans les rétrécissements de l'urèthre*. Paris, 1879.

(2) PHÉLIP, Thèse de Lyon, avril 1886, *Province médicale*, 1887, p. 261, et *Revue de chirurgie*, janvier et juillet 1890.

depuis plus de cinq ans ; ses tableaux nous montrent que les opérés qui entretiennent par le sondage régulier le calibre de l'urèthre ne sont pas menacés de récurrence, que ceux qui n'ont recours au cathétérisme que durant peu de temps en sont aussi à peu près complètement à l'abri, et enfin que les opérés qui négligent absolument leur canal n'y sont exposés que dans une faible proportion : sur sept malades de cette catégorie, cinq n'ont jamais eu de récurrence, et cependant l'un est opéré depuis vingt-quatre ans, deux depuis seize ans, les deux autres depuis quinze ans. Et, lorsque, pour certains cas-limites, où le débat se pose entre la section externe et l'uréthrotomie interne, on porte à l'actif de cette dernière la rapidité des suites opératoires, on peut répondre, et l'argument nous paraît l'emporter, que les garanties de guérison durable payent largement la convalescence plus longue de l'uréthrotomie externe.

5° Résection de l'urèthre (1). — Exciser les masses fibreuses péri-uréthrales et l'urèthre malade lui-même, puis restaurer le canal par l'uréthrorraphie et, à son défaut, par la suture à étages de périnée ou par l'uréthroplastie, telle est la méthode qui vise actuellement la cure radicale des rétrécissements réfractaires aux autres modes de traitement. Dès 1751, Le Dran l'avait tentée : il fit l'excision de callosités et plaça une sonde à demeure. Dugas, en 1857, Roux, en 1855, réséquèrent l'urèthre pénien. En 1860, Bourguet (d'Aix), en un mémoire de forte originalité, préconisa l'excision des nodosités indurées propres à certains rétrécissements indilatables. C'est à Daniel Mollière que revient l'honneur d'avoir, dès 1880, fait de la proposition de Le Dran une décisive expérience clinique et de l'avoir complétée par la suture uréthrale : la thèse de Parizot, en 1884, expose avec netteté et sincérité sa pratique. Malgré ce Mémoire de valeur, malgré la communication de Poncet en 1888, la question n'a pénétré dans les esprits et la pratique qu'après la communication de Guyon au Congrès français de Chirurgie en 1892 ; depuis, la résection uréthrale s'est vulgarisée ; nous en avons tous développé les indications et apprécié les résultats. Les Mémoires de Vignard, de Legueu et Cestan, le travail précis de Villard, la thèse de Noguès, celles de Gaujon et de Vergues, ont achevé de documenter la question.

§ 1. Ses indications. — I. Rétrécissements traumatiques. — La meilleure indication de l'uréthrectomie est fournie par les cicatrices peu étendues succédant aux ruptures uréthrales, cicatrices denses, comprenant en même temps que l'urèthre les tissus para-uréthraux, se traduisant à la palpation par un nodus plus ou moins volumineux, d'évolution rapide, progressive ; la dilatation n'a aucune action durable sur ces fibromes cicatriciels ; l'incision de l'uréthrotomie s'y répare par une cicatrice ayant mêmes tendances rétractiles.

II. Rétrécissements inflammatoires. — Pour les rétrécissements blennorrhagiques, l'indication est moins formelle : la diffusion habituelle du processus de

(1) Consulter : BOURGUET, *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1865. — MOLLIÈRE, *Lyon medical*, 25 mai 1884, et 1885, n° 15 ; et *Cliniques chirurgicales*. — PARIZOT, Thèse de Lyon, 1884. — LE DENTU, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1886. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1887, p. 600. — KIRMISSON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1889, p. 287. — PONCET, Congrès français de chirurgie, 16 mars 1888. — GUYON, *Rétrécissements traumatiques*. *Mercredi médical*, 1890, n° 9. — GAUJON, Thèse de Montpellier, 1891. — GUYON et ALBARRAN, Congrès français de chirurgie, 1895, p. 675 à 692. — NOGUÈS, *De la réparation de l'urèthre périnéal*. Thèse de Paris, 1892. — VIGNARD, *Archives provinciales*, juillet 1892, p. 91. — LEGUEU et CESTAN, *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, septembre 1895, p. 655. — VERGUES, Thèse de Paris, 1894. — VILLARD, *Arch. prov. de chir.*, 1894, p. 145, 195.

scélérose, la multiplicité des points rétrécis, la persistance fréquente de lésions en évolution raréfient les occasions opératoires. Néanmoins, les indications existent et s'en développent de plus en plus, devant l'innocuité et les perfectionnements techniques de l'uréthrectomie et de l'uréthrorraphie.

Certains rétrécissements anciens, à périnée dur, récidivent malgré dilatation et uréthrotomie. — Il en est qui sont très serrés, ne gardent au centre d'une virole de sclérose qu'une lumière filiforme, difficilement franchissable, réfractaire à la dilatation, peu développée par l'incision ; l'excision de ce tronçon uréthral s'impose. — En d'autres cas, le travail de prolifération conjonctive s'est accentué au niveau du secteur inférieur du canal ; on palpe et l'on trouve à l'incision une callosité circonscrite de la grosseur d'une amande ou d'une noix : la suppression de ce noyau fibreux par une résection cunéiforme de l'urèthre est le procédé radical. — Dans d'autres faits, ce sont des trajets fistuleux intarissables malgré l'uréthrotomie interne, des nodosités phlegmoneuses en instance de suppuration, la dilatation rétro-stricturale de l'urèthre, qui conduisent à la résection du canal.

En un mot, l'uréthrectomie est indiquée par les lésions circonscrites uréthrales et péri-uréthrales que leur état fibreux ou leur infection rendent incurables. Certes, quand le périnée est rempli de larges nappes calleuses, traversé de fistules, l'étendue et la profondeur des lésions contre-indiquent l'uréthrectomie : il faut alors se contenter de rétablir le canal par sa section à ciel ouvert, d'exciser les masses fibreuses du périnée, de cureter les clapiers et de laisser un nouvel urèthre se mouler, par granulation, sur la sonde à demeure. Mais, parfois, vous arriverez à circonscrire ces lésions d'abord diffuses : sous l'influence de la bougie à demeure, des compresses humides et chaudes, des pulvérisations, des bains de siège, vous verrez l'induration diminuer, les tissus s'assouplir ; un large placard périnéal se réduira à quelques nodosités cicatricielles ; une uréthrotomie interne achèvera la modification des lésions curables ; et vous pourrez vous trouver en face d'une callosité limitée, passible de l'uréthrectomie.

L'uréthrectomie est surtout applicable à l'urèthre périnéal, c'est-à-dire à la portion de canal sous-jacente à l'aponévrose moyenne. Pour l'urèthre profond, aux lésions difficilement accessibles, la résection sera rarement exécutable dans tous ses temps. — Pour l'urèthre pénien, les opérations semblables sont encore peu fréquentes : Pousson n'a pu en rapporter que huit cas. Mais il est certain que dans le cas de rétrécissement pénien réfractaire, surtout dans les rétrécissements traumatiques et scléro-cicatriciels, compliqués d'une induration plus ou moins étendue cerclant le canal difficilement franchissable, l'excision du segment malade est une intervention facilement réalisable et capable de fournir des résultats stables.

§ 2. Sa technique. — La résection peut être *totale*, c'est-à-dire comprenant toute la circonférence du cylindre uréthral rétréci, ou *partielle*, c'est-à-dire limitée à un secteur de cette circonférence, presque toujours la demi-circonférence inférieure, répondant au plancher du canal qui est le siège maximum des lésions.

Pour l'uréthrectomie totale, on peut parfois dégager et enlever d'un bloc, par une section en amont et en aval, le callus et le segment uréthral correspondant. Cette dissection méthodique n'est point toujours praticable : si la peau est adhérente, si le périnée est durci et fistuleux, il faut inciser sur la ligne médiane