

« Un de mes malades offrait à la racine des bourses un rétrécissement fibro-cartilagineux ancien, facile à saisir entre les doigts, sous forme d'un anneau épais et résistant. De nombreux et d'inutiles traitements avaient été mis en usage pendant plusieurs années. A l'époque où je commençai la cure, la coarctation était telle que je parvenais à y introduire une bougie très-fine, mais je n'arrivais pas à la remplacer par une autre plus volumineuse. Après de longs tâtonnements, je fis construire une bougie de baleine A, B, B, C (*fig. 634*), sur laquelle on pouvait faire glisser, par une série d'anneaux superposés, une longue tige d'acier terminée par une lame tranchante en rondache, de six millimètres de saillie D. J'engageai la bougie dans le rétrécissement, que je divisai d'un côté, en poussant ma lame tranchante d'avant en arrière, et ensuite du côté opposé, en la retirant d'arrière en avant : le seul accident fut une rétention momentanée d'urine par formation d'un caillot sanguin, au niveau des plaies. Une grosse sonde de gomme élastique fut engagée sans peine dans la vessie, et la guérison fut obtenue par des dilatations graduées. »

M. le docteur Marquez (de Colmar) a fait construire, d'après les mêmes principes, un uréthrotome à deux lames arrondies et adossées, qui glissent sur la bougie de baleine par une tige creuse centrale et peuvent être revêtues d'une gaine protectrice. Cet instrument ingénieux et rationnel a donné, comme le précédent, des succès, mais il était d'un emploi assez compliqué, pouvait arc-bouter, par le talon de la lame, contre le rétrécissement, et méritait d'être perfectionné. Bonnet, avait de son côté, inventé un uréthrotome (*fig. 635*), dont la lame B était conduite sur un fil métallique, terminé par un petit bouton A, et était engagée dans le rétrécissement comme tige conductrice. Malheureusement cette tige était trop dure et, n'étant pas destinée à pénétrer dans la vessie, exposait aux fausses routes et compromettait la sécurité de l'opérateur.

M. Charrière avait aussi proposé des uréthrotomes droits (*fig. 636*) ou courbes (*fig. 637*), à lame simple L (*fig. 636*) ou à échappement excentrique M (*fig. 638*), terminés par une bougie A (*fig. 639*) vissée sur l'extrémité B de la tige de l'instrument et garnis d'un revêtement protecteur D (*fig. 640*) pour prévenir la blessure des parties saines situées en avant et en arrière des coarctations. Un autre uréthrotome de cet habile fabricant pouvait couper d'avant en arrière ou d'arrière en avant, par la disposition inclinée et régulière de la lame F (*fig. 640*), que l'on faisait avancer ou reculer au moyen du bouton G.

Nous ne parlons pas de l'uréthrotome à échappement excentrique de Reybard (*fig. 631*), attendu que cet instrument doit avoir

franchi le rétrécissement pour le couper d'arrière en avant, ce qui le rend inapplicable aux cas les plus graves et les plus difficiles à guérir.

L'uréthrotomie interne se trouvait ainsi condamnée à un rôle exceptionnel et n'avait rendu que de très-faibles services, lorsque M. Maisonneuve eut l'heureuse idée d'un perfectionnement d'autant plus remarquable qu'il était plus simple, et dès ce moment l'uréthrotomie devint la méthode de traitement la plus facile, la plus efficace, la moins dangereuse, et produisit une véritable révo-

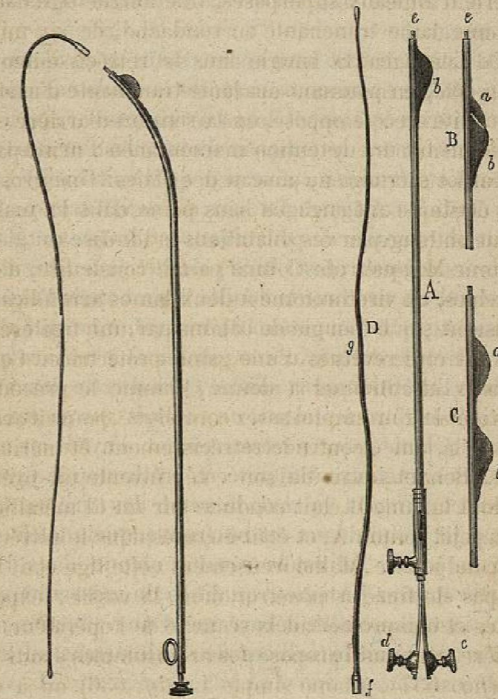


Fig. 641.

Fig. 642.

lution dans l'histoire et la pratique des coarctations uréthrales. M. Maisonneuve fit river à l'extrémité d'une bougie filiforme L (*fig. 642*), une douille d'acier *f* du même diamètre, évidée et susceptible d'être vissée sur le bout d'une sonde cannelée droite ou courbe, dont les dimensions continuaient exactement celles de la bougie. Une lame tranchante en rondache A (*fig. 641*), de quelques millimètres de hauteur, était soutenue et dirigée sur la cannelure de la sonde par une tige métallique C (*fig. 641*), renflée et

arrondie à son extrémité opposée B. Tranchante dans toute sa circonférence, cette lame exposait à inciser l'urèthre dans des points non rétrécis de la longueur de ce canal; elle a été modifiée et a reçu la forme d'un triangle isocèle, dont le sommet est mousse, dont les plans inclinés sont tranchants et légèrement concaves, et dont la base glisse dans la sonde conductrice. La sonde elle-même, de droite qu'elle était, est devenue courbe pour s'accommoder à la direction de l'urèthre : construite sur deux modèles, elle reçoit la lame sur sa convexité dans l'un, sur sa concavité dans l'autre, suivant que le chirurgien veut inciser la face antérieure ou la face postérieure du canal.

Le mode d'action de cet instrument suffit à en démontrer les avantages. La bougie filiforme, séparée de la sonde cannelée, et engagée dans l'urèthre, franchit le rétrécissement, après plus ou moins de tâtonnements, de temps et d'obstacles, et est introduite dans la vessie. Le chirurgien, pour peu qu'il soit exercé, ne conserve aucun doute à cet égard. La bougie devient très-mobile, pénètre de toute sa longueur et peut affleurer l'orifice du gland, sous la moindre pression, est retirée sans peine et joue librement dans le canal. Aussitôt on visse sur la douille de la bougie l'extrémité de la sonde cannelée, que l'on pousse devant soi, à la suite de la bougie; celle-ci s'enroule dans la vessie, au fur et à mesure qu'elle est remplacée dans l'urèthre par la sonde. Quand cette dernière a traversé à son tour le rétrécissement, on conduit sur sa cannelure la lame tranchante, qui divise nécessairement d'avant en arrière la coarctation sans la moindre difficulté. L'uréthrotomie est achevée; on retire l'instrument, et le malade rend des urines sanguinolentes par un jet volumineux et se trouve quelquefois guéri au bout de peu de jours. Tel est le résultat obtenu dans les cas les plus favorables et assez justement qualifiés de merveilleux par plus d'un malade, instantanément débarrassé d'une affection qui semblait défier l'art et faisait le malheur de sa vie depuis un très-grand nombre d'années.

Quelques perfectionnements ont paru à M. Sédillot applicables au procédé de M. Maisonneuve. Il a (1856) protégé la lame tranchante par une gaine *b, b* (fig. 642), qu'on peut faire avancer ou reculer avec la lame *a a* placée sur le même niveau. Si l'on pousse séparément la tige *d*, la lame *a a* sort de la gaine et apparaît dans le tiers B, ou la totalité C de sa longueur. L'expérience l'a conduit à relever presque à angle droit le bord antérieur de la gaine protectrice, pour l'empêcher de s'engager dans le rétrécissement, sans qu'on en fût suffisamment averti. Il faut également mesurer la distance à laquelle se trouve l'obstacle, dont le siège, habituellement

sous-pubien, correspond à la région membraneuse. L'instrument, pour être abaissé et poussé en avant, exige un certain effort, qui ne permet pas toujours au chirurgien l'analyse exacte des causes et du degré de la résistance.

L'embout métallique de la bougie D a été fixé par une cheville *f*, pour en prévenir la séparation accidentelle. Des uréthrotomes droits et courbes ont été construits. Ces derniers sont indispensables dans le cas d'engorgement des tissus péri et sous-pubiens. La verge offre alors une trop forte courbure pour être traversée par une sonde métallique droite.

Degré de saillie des lames de l'uréthrotome. Il est nécessaire de posséder différents modèles d'uréthrotomes appropriés à la dimension des organes et aux effets à produire. Sous ce rapport on a renoncé aux lames très-saillantes, représentant avec la sonde conductrice un diamètre de plus de 0^m,01; on se sert de lames de 0^m,005 à 0^m,009. Rien de plus facile, au reste, que d'obtenir des incisions profondes, avec des lames d'une faible projection. Il suffit d'en augmenter la pression et le chirurgien reste maître des effets de son instrument. La longueur totale de l'uréthrotome est de 0^m,26 lorsqu'il est fermé et que la lame est cachée dans sa gaine.

Procédé de M. Sédillot. Préparation du malade. Si l'opération n'est pas urgente, le repos, un purgatif, le régime maigre, quelques bains sont prescrits, et on s'assure que le canal est susceptible de recevoir la bougie filiforme, dont le passage donne la certitude du succès.

Dans beaucoup de cas, les bougies traversent un rétrécissement trop étroit pour permettre au malade de vider complètement sa vessie, mais si l'urine a continué à couler par un jet quelque mince qu'il soit, il est très-rare qu'on ne réussisse pas à engager l'instrument au delà de la stricture, sous l'influence de l'anesthésie.

Appareil instrumental. Il se compose de bougies variées à extrémités coniques, effilées ou olivaires. Celles-ci sont les plus employées et les plus utiles. Les premières peuvent être droites ou tordues en spirale, comme nous l'avons déjà exposé. Les uréthrotomes offrent des lames de diverses dimensions, sont droits ou courbes et portent des gaines protectrices inclinées ou redressées presque à angle droit pour répondre aux indications.

Introduction de l'uréthrotome. L'opéré placé en décubitus dorsal, le bassin élevé et les jarrets fléchis, le chirurgien s'assure de la profondeur du rétrécissement, s'il ne l'a pas encore fait. Il suffit d'engager une sonde dans l'urèthre jusqu'à la coarctation, et de constater, après l'avoir retirée, de quelle longueur elle a pénétré. On connaît dès lors la profondeur de l'obstacle, presque toujours