Relativement à la notion du siége et de l'étendue de l'angustie uréthrale, je suppose que votre grosse bougie (1) se trouve arrêtée à une certaine profondeur du canal, la stricture n'admettant que le n° 6 ou le n° 7. Prenez alors, je vous prie, une bougie olivaire dont le calibre soit tel que l'olive ne puisse passer qu'à frottement au travers de la zone rétrécie. Quand vous sentirez votre bougie redevenue libre, vous saurez qu'elle aura franchi. A ce moment, si vous la retirez, elle buttera contre la circonférence postérieure du rétrécissement, dont elle vous donnera la limite exacte, et vous aurez tous les éléments nécessaires pour apprécier la longueur, qui est généralement peu considérable. Avec ce système de bougies munies d'olives de différentes grosseurs, vous pourrez toujours déterminer avec exactitude l'existence de toute espèce de rétrécissement, à n'importe quelle profondeur de l'urèthre. Pendant de nombreuses années, je n'entreprenais jamais une opération sans les avoir au préalable employées avec beaucoup de soin.

Avant de clore ce sujet, permettez-moi de vous rappeler en peu de mots que dans toutes les maladies qui s'accompagnent d'accidents dysuriques, l'état général du malade tient sous son étroite dépendance le plus ou moins de gravité des symptômes locaux. Veillez surtout aux fonctions digestives; si elles laissent à désirer, s'il y a de la constipation, soyez certains que les troubles de la vessie et de l'urèthre en éprouveront un retentissement fâcheux. Bien souvent de faibles doses de mercuriaux suivies de l'administration d'un peu de sel de Glaubert ou d'eau de Friedrichshall, le matin, à jeun, débarrassent doucement le foie et les intestins, et parviennent à calmer les plus sévères angoisses. Apportez une attention particulière au régime diététique de votre malade; ne lui permettez surtout d'user de boissons alcooliques qu'avec la plus grande modération.

Encore un mot, et j'ai fini.

Ne prenez parti pour aucune méthode exclusivement. Vous entendrez souvent un chirurgien vous dire : « J'emploie toujours telle méthode, elle n'a pas sa pareille. » Un autre ne voudra entendre parler que du procédé de Civiale ; un troisième ne jurera que par Maisonneuve, etc. La fécondité des inventeurs, surtout à Paris, a doté l'arsenal de la chirurgie urinaire

contre une obstruction à une distance moindre, non-seulement il est possible, mais il est encore probable qu'il en trouvera une autre dans la région du bulbe qui en est le vrai lieu d'élection.

Il est parfois question, dans les auteurs, de rétrécissements qui affectent le canal entre le bulbe et la vessie, soit à la région membraneuse, soit même à la région prostatique. Ces cas sont d'abord très-rares et, de plus, on ne tarde pas à se convaincre, en lisant les observations, que ces angusties uréthrales n'ont aucune parenté étiologique avec les rétrécissements qui nous occupent; elles proviennent, soit de traumatisme, soit d'abcès de la prostate, soit même de tumeurs développées dans le voisinage.

(1) [Le lecteur doit se rappeler que dans la leçon précédente, Thompson a érigé en précepte que l'exploration de l'urèthre en vue d'un rétrécissement doit toujours être faite avec une bougie dont le calibre ne soit pas moindre que le n° 8 ou le n° 9 (filière anglaise) [n°s 16 à 18 de la filière française]. Le cathétérisme ainsi pratiqué révèle du premier coup l'existence des coarctations les plus légères et le point précis où elles commencent, c'est-à-dire une de leurs extrémités. Il ne restera plus qu'à trouver l'autre pour avoir la longueur des parties rétrécies.]

d'une foule d'instruments qui sont tous susceptibles de donner d'excellents résultats. Gardez-vous de borner votre choix à une seule méthode, que ce soit moi ou un autre qui vous la recommande. Bien au contraire, ayez à votre disposition toutes les ressources de l'art; aucune ne vous sera inutile si les éventualités de la pratique vous mettent souvent aux prises avec les rétrécissements ou autres affections semblables. Habituez-vous enfin à peser avec soin chaque cas, et optez toujours pour la méthode que vous jugerez la mieux appropriée à chaque individualité morbide.

LEÇON IV

RÉSUMÉ DU TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE. DE L'URÉTHROTOMIE INTERNE

Dilatateurs rigides. — Bougies à mandrin. — Appareil du docteur Corradi. — Uréthrotomie interne. — Uréthrotome Civiale. — Sonde à demeure. — Accidents immédiats et consécutifs. — Traitement consécutif.

Novembre 1872.

MESSIEURS,

Pendant les quelques mois qui viennent de s'écouler, nous avons vu passer sous nos yeux un grand nombre de rétrécissements de l'urèthre, et les cas les plus graves, les plus invétérés, ont été admis dans nos salles. Je me propose aujourd'hui de résumer devant vous les différentes méthodes de traitement qui, selon moi, réussissent le mieux contre cette affection, dont la fréquence est encore assez grande, en donnant pour base à cette large synthèse le groupe nombreux de faits qu'il vous a été donné d'observer.

Vous me direz peut-être qu'après l'étude que nous avons déjà faite du rétrécissement, je n'aurai probablement rien de neuf à vous apprendre. Détrompez-vous. Malgré l'ancienneté du sujet et les travaux considérables dont il a été l'objet de la part de nos devanciers aussi bien que des chirurgiens de nos jours, j'ai deux raisons pour le discuter encore. D'abord mon expérience, mûrie par une pratique plus étendue, m'a conduit à des conclusions un peu différentes de celles que j'émettais il y a seulement quelques années; et puis, dans ce siècle d'inventions et de découvertes, nous voyons éclore chaque jour de nouveaux procédés qui s'imposent à notre attention.

L'unique objectif de notre revue sera donc la question du traitement de cette modification organique des parois uréthrales qui constitue le rétrécissement. Nous viserons surtout les strictures les plus fréquentes, celles qui siégent à la région ou vers la région du bulbe, dans une étendue qui comprend à peine 5 centimètres de la longueur du canal, et qui commence à 10 centimètres environ du méat. Quant aux rétrécissements que l'on ren-

contre soit à l'orifice externe de l'urèthre, soit sur les 5 ou 7 1/2 centim. antérieurs du canal, leur traitement diffère sensiblement de celui du rétrécissement type situé un peu plus bas; j'y consacrerai à la suite un paragraphe spécial. A moins donc de mention contraire, les développements qui vont suivre auront trait au rétrécissement ordinaire, tel que je viens de vous l'indiquer.

Quand un rétrécissement n'est pas très-ancien, il suffit généralement, pour le traiter avec succès, d'introduire dans le canal une série de bougies dont on augmente graduellement le calibre, jusqu'à ce qu'on ait atteint approximativement les dimensions normales de l'urèthre. Ce mode de traitement est connu sous le nom de *dilatation simple*. Le choix de l'instrument a ici une grande importance. Les bougies flexibles et coniques, munies d'une olive à leur extrémité, afin de ne pas se fourvoyer dans une des nombreuses anfractuosités dont se trouvent accidentées les parois uréthrales, sont, en fin de compte, ce qu'il y a de mieux, au moins jusqu'à une phase assez avancée de la dilatation.

Cependant ces qualités elles-mêmes de flexibilité et de mollesse, si précieuses au double point de vue de l'innocuité et du peu de douleur de la manœuvre, peuvent devenir, pour l'instrument de gomme, une cause d'infériorité; je veux dire qu'à un moment donné, la dureté de la coarctation peut offrir une insurmontable résistance au pouvoir de pénétration de la sonde.

Que faire alors? A quel expédient recourir? Faut-il abandonner la dilatation au profit d'une intervention opératoire?

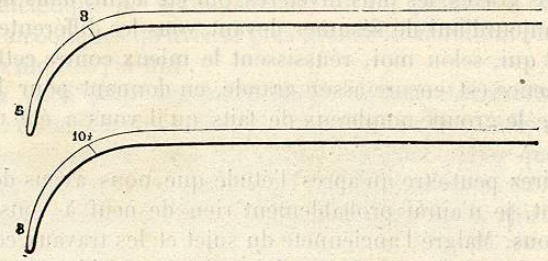

FIG. 9. — Dilatateurs coniques d'acier, augmentant graduellement de deux numéros (filière anglaise) de la pointe au corps de l'instrument.

Nullement, messieurs.

Vous aurez tout simplement recours à des instruments plus fermes, plus rigides, et, à cette période du traitement, il n'en est pas d'une introduction plus facile et d'une action plus sûre que les cathéters coniques d'acier poli, ou mieux argenté. N'allez pas croire que je vous recommande les petits calibres; ne prenez rien d'inférieur au jeu de sondes que voici; encore n'oserai-je confier le plus petit numéro qu'à des mains d'une prudence extrême. Le plus petit instrument est un n° 6 (filière anglaise), à la pointe; vous le voyez s'élargir ensuite graduellement jusqu'à une distance d'environ 5 centimètres, où il atteint un diamètre n° 8. Le suivant est n° 7 à la

pointe et n° 9 à la partie la plus évasée, et ainsi de suite, comme le montre le tableau synoptique ci-dessous :

Le 1er est n° 6	à la pointe,	n° 8	à la partie la plus large.
Le 2e est n° 7	—	n° 9	—
Le 3e est n° 8	—	n° 10	—
Le 4e est n° 9	—	n° 11	—
Le 5e est n° 10	—	n° 12	—
Le 6e est n° 11	—	n° 13	—

Ces dilatateurs coniques — je n'ose donner à des instruments métalliques le nom de bougies, car, si ce terme survit à l'ancienne chandelle de cire qu'il servit à désigner, on ne devrait raisonnablement en étendre l'application qu'aux instruments flexibles — s'introduisent avec une grande facilité à raison de leur poli et de leur poids. Il serait malaisé de trouver rien de plus efficace pour les dernières phases de la dilatation. Je les préconisais il y a vingt ans; mon opinion n'a nullement changé depuis.

Il est néanmoins telles circonstances qui s'accommoderaient mieux d'un engin intermédiaire entre la flexible bougie et les dilatateurs métalliques. Aussi, beaucoup d'innovateurs ont-ils essayé d'allier dans un même instrument la rigidité du corps à la flexibilité de la pointe. La gomme élastique, les métaux malléables ont été utilisés dans ce but. Quant à moi, j'ai depuis longtemps adopté un procédé qui me paraît supérieur à tous les autres, au moins pour les numéros compris entre le 4 et le 8 ou 9 de la filière anglaise [nos 11, 16 ou 18 de la filière française]. J'ai fait faire un mandrin de plomb très-malléable et plus court que la sonde à laquelle il est destiné : on l'introduit à volonté dans l'axe d'une bougie conique française; sa pointe, qui est très-ténue, s'arrête à environ 13 1/2 centimètres de l'extrémité de la bougie. Voici la série qui se compose en tout de six instruments. Un diagramme rendra mon exposé plus clair. Vous voyez sur cette coupe longitudinale le mandrin de plomb mobile dans l'intérieur de l'instrument; seulement la figure le représente s'avançant beaucoup trop près de l'extrémité de la sonde, qui devrait être longue et flexible (fig. 10). Ces instruments ont dans leur plus grand diamètre environ 5 1/2, 6 1/4, 7, 7 3/4, 8 1/2 et 9 1/4 de la filière anglaise [nos 12, 14, 15, 16, 18, 19 de la filière française]. Leur faculté de pénétration est à la fois assurée et par la complète flexibilité de la pointe, et par la fermeté plus grande du reste de l'instrument. Ce sont, par conséquent, d'excellents intermédiaires entre les bougies et les dilatateurs métalliques.

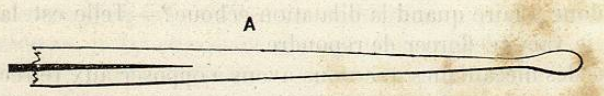

FIG. 10. — Bougie française flexible avec son mandrin de plomb mobile.

Mais, si le rétrécissement est très-étroit et très-serré, il faut, pour le franchir, sachez-le bien, un cathéter métallique de très-petit calibre.

Voici comment je procède lorsqu'il n'y a plus de jet du tout, et que

le malade ne parvient à soulager sa vessie que par une succession de gouttes.

J'essaye d'abord une très-petite bougie de gomme, le n° 1/2 de la filière anglaise, la plus ténue de toutes les bougies qu'on trouve chez nos fabricants. Dans la majorité des cas elle passe, au grand avantage du malade, dont elle termine les angoisses, et je la fixe à demeure, Mais si, après quelques tentatives modérément prolongées, je ne réussis point à l'engager dans la région rétrécie, je recours, sans désemparer, à un très-petit cathéter d'argent. Avec lui, je puis procéder méthodiquement à la recherche du passage rétréci, et le franchir, suivant les règles que je vous ai déjà exposées et sur lesquelles il est inutile de revenir. Cela fait, je laisse l'instrument en place pendant deux jours que le malade devra passer bien tranquillement dans son lit; après quoi, le cathéter, n'étant plus serré par la stricture, pourra être avantageusement remplacé par une sonde de gomme. J'achève ensuite le traitement au moyen de la dilatation continue ou de la dilatation simple, en augmentant successivement le calibre des sondes jusqu'au n° 8 ou au n° 9.

La dilatation continue donne des résultats rapides : c'est elle qu'il faudra appliquer aux malades qui désirent une guérison prompte et ont le loisir de se conformer aux exigences de la méthode. Les malades, au contraire, qui ne veulent pas se constituer prisonniers dans leur chambre, ou qui sont dans l'impossibilité de suspendre leur travail, pourront bénéficier de la dilatation simple : l'instrument sera introduit et immédiatement retiré une fois tous les deux ou trois jours, et liberté entière sera donnée au malade de vaquer à ses occupations habituelles.

La première période de la dilatation une fois passée, vous devrez employer les *bougies flexibles* françaises. Vous terminerez enfin le traitement suivant les préceptes que je vous ai déjà exposés.

Je ne m'étendrai pas davantage sur la dilatation.

Quant aux frissons fébriles et autres accidents qui peuvent venir entraver la marche de la cure, nous les avons déjà examinés ensemble, et d'ailleurs je ne résume aujourd'hui que la partie mécanique du traitement des strictures uréthrales.

Envisageons à présent une nouvelle éventualité. La dilatation vous a permis de donner au canal un calibre fort convenable, et cependant, malgré l'introduction périodique de la bougie, le rétrécissement ne tarde pas à se reproduire; la dysurie persiste et aboutit fréquemment jusqu'à la rétention complète. N'est-il pas évident que d'autres devoirs vous incombent? Que reste-t-il donc à faire quand la dilatation échoue? — Telle est la question à laquelle je vais m'efforcer de répondre.

Les procédés mécaniques que nous avons à opposer aux rétrécissements étroits et rétractibles, réfractaires à la dilatation, peuvent être groupés sous deux chefs :

1° Rupture ou distension forcée des tissus indurés, au moyen d'une force agissant de dedans en dehors.

2° Division de ces tissus par l'instrument tranchant, division qu'on

opère le plus souvent par la partie interne de l'urèthre, et quelquefois aussi par la partie externe.

La *rupture*, que vous connaissez déjà et dont l'invention revient à M. Holt, a été appliquée sur une large échelle à la cure des rétrécissements parvenus à différents degrés de gravité. C'est une opération qui n'offre généralement que peu de dangers, bien qu'elle ait été parfois suivie de conséquences fatales. Je ne la crois passible que d'une objection sérieuse : les résultats qu'elle donne, pour peu que la coarctation soit rebelle, n'offrent certainement aucune garantie de durée. Or, c'est précisément pour les cas de ce genre qu'on est obligé de recourir à des procédés opératoires.

Je ne ferai que mentionner également le procédé de la *distension forcée* que j'ai introduit moi-même dans la pratique, et qui paraît jouir d'une faveur marquée auprès de nos confrères américains.

Ces deux méthodes permettent d'obtenir immédiatement d'admirables résultats, et la première surtout est d'une exécution si simple, qu'elle peut être réalisée par une main presque dépourvue d'expérience. Cependant, même dans ces circonstances, l'expérience a toujours son prix, ne fût-ce que pour préserver les malades d'opérations inutiles.

Mon ami le docteur Corradi, ancien praticien de Florence, aujourd'hui résidant à Rome, vient de doter notre art d'une nouvelle méthode qui n'est, en quelque sorte, qu'une ingénieuse combinaison de la divulsion et de la dilatation. Je place sous vos yeux l'appareil instrumental. Il a valu à son auteur le dernier prix d'Argenteuil, à l'Académie de médecine de Paris, raison suffisante pour fixer un instant notre attention.

Il s'agit, vous le voyez, d'un petit cathéter d'argent n° 1 ou 2 de notre filière, destiné à franchir le rétrécissement. Le manche est muni d'une vis, dont la rotation va faire saillir un fil mécanique très-fort qui, en se détachant latéralement du tiers inférieur du cathéter, sous-tendra à la manière d'une corde l'arc formé par la courbure de l'instrument; de là la distension et, jusqu'à un certain point, la section du tissu dur et résistant à travers lequel le cathéter a été introduit. La section n'aura cependant jamais la netteté d'une incision, le fil n'étant pas assez tranchant pour cela.

Quand le chirurgien a déployé toute la force qu'il croit nécessaire, il tourne la vis en sens inverse pour faire rentrer le fil dans le corps de l'instrument. Il vérifie ensuite, à l'aide d'une bougie, la somme d'élargissement obtenue, et il continue le traitement par la dilatation associée ou non à de nouvelles applications du divulseur.

Nous essayerons le procédé dans notre service, vous en verrez les effets. Quoique la conception et la réalisation de l'instrument me paraissent des plus ingénieuses, je lui adresserai dès aujourd'hui une objection théorique. N'irritera-t-il pas, sans la diviser, une coarctation dure et impatiente de toute dilatation? Contre des strictures récentes, douées d'une densité et d'une résistance médiocres, le procédé réussira, j'en suis sûr d'avance; mais dans les cas de cette nature tous les moyens judicieux et rationnels réussissent aussi, et, je vous le répète, ce que nous cherchons, c'est le moyen qui triomphera le mieux des plus mauvaises formes de la maladie.

Nous saisirons néanmoins la première occasion de mettre loyalement à l'épreuve la belle création de M. Corradi.

Mais, pour les rétrécissements les plus graves, pour ceux qu'une durée de plusieurs années a rendus tellement coriaces et intolérants, que la seule introduction d'une bougie ne fait qu'exaspérer les symptômes, je ne connais rien d'aussi efficace, d'aussi peu dangereux, d'aussi sûr enfin, que l'uréthrotomie interne.

Remarquez bien que mes paroles ne s'appliquent pas indistinctement à toute espèce d'uréthrotomie : en fait, il n'y a de réellement utile que la *complète division des tissus indurés*. Soumettez tous ces rétrécissements à la distension forcée, fatiguez le canal par la dilatation, quel qu'en soit le mode, vous n'aboutirez qu'à rendre la lésion plus intraitable ou à provoquer un accès de fièvre, si même vous ne voyez surgir des accidents généraux à la fois sévères et prolongés.

Pour pratiquer l'opération, ce ne sont ni les procédés ni les instruments qui manquent : longue en est la série. Chirurgiens et fabricants ont modifié à l'envi la forme primitive de l'uréthrotome en vue de le mieux adapter à son but, au principe de la méthode, qui est de diviser en toute sûreté et plus ou moins largement le tissu induré.

C'est une des formes primitives, l'instrument de Civiale (1), que je préfère encore aujourd'hui, à cause de l'extrême simplicité de son mécanisme, qui lui permet d'obéir à la main avec la précision du bistouri. Au fond, c'est tout simplement un bistouri à long manche terminé à son extrémité par une petite lame ; celle-ci, engaînée par l'olive terminale de l'instrument, est introduite en amont du point rétréci, puis ramenée à travers la stricture par la main de l'opérateur. Les limites de l'incision en longueur et en profondeur peuvent être rigoureusement déterminées d'avance. Selon moi, un pareil instrument l'emporte de beaucoup sur toutes ces machines, dont les incisions, essentiellement mécaniques et aveugles, échappent au contrôle aussi bien qu'à la direction du chirurgien.

Voici comment je procède :

1° J'évalue par une mensuration exacte la distance qui sépare la stricture du méat externe.

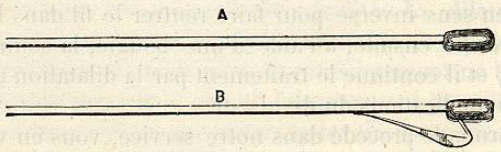

FIG. 11. — Uréthrotome décrit dans le texte (*).

2° Je m'assure que la région rétrécie est cependant assez large au moment de l'opération pour se laisser traverser par l'olive de l'uréthrotome. Ce point est capital, je dois m'y arrêter un instant. Je vous ferai d'abord

(1) A la page 223 du *Traité pratique des maladies des voies urinaires* de sir Henry Thompson, on trouvera la série complète des instruments de Civiale, avec légende explicative.

(*) A, l'instrument fermé ; B, l'instrument ouvert.

remarquer que l'olive des uréthrotomes que l'on construit à Paris est beaucoup trop volumineuse. L'instrument dont je me sers est ainsi modifié : l'olive n'a qu'un diamètre 4 1/2 ou 5 (filière anglaise) au lieu de 7, calibre ordinaire des uréthrotomes français. En outre, la tige de mon appareil n'a qu'un calibre n° 3 et se trouve raccourcie de près de 4 centim. (fig. 11).

De plus, il est fort probable que la coarctation qu'il s'agit de traiter ne se laissera traverser que par un n° 1, ou tout au plus, par un n° 2 ; il est donc indispensable de laisser préalablement à demeure pendant deux ou trois jours et plus même, s'il le faut, une fine bougie de gomme. Par cette dilatation temporaire nous obtiendrons toujours un élargissement suffisant pour le passage de l'olive de l'uréthrotome. Quelle que soit la tendance aux rétractions ultérieures, cette première dilatation acquise durera certainement assez pour nous permettre d'atteindre notre but. Nous pouvons même être plus heureux encore : rien ne dit, en effet, que les résultats de cette dilatation préliminaire ne présenteront pas des garanties de durée telles que l'incision ne paraisse plus nécessaire, et alors, bien entendu, nous n'irons pas plus loin. Mais je dois supposer, pour continuer, que l'uréthrotomie soit inévitable.

Nous voilà donc parvenus par la sonde à demeure à un calibre uréthral n° 4 ou n° 5. Avant de passer outre, je préfère anesthésier le malade ; après quoi je retire la sonde, et je passe immédiatement avec précaution l'olive de l'uréthrotome à travers le rétrécissement, ce qui exige habituellement une pression douce et graduée. Je sens alors la petite olive libre et mobile dans l'urèthre au delà du rétrécissement. Dans cette situation, je fais saillir la lame de toute l'étendue requise, et cela, en mettant en jeu, comme je le fais en ce moment, le mécanisme fort simple qui se trouve adapté au manche. Puis, appuyant le tranchant sur la paroi inférieure de l'urèthre, je retire franchement l'instrument de manière à diviser par une incision de près de 4 à 5 centim. toute la masse indurée qui constitue la coarctation.

Vous éprouverez quelquefois, pendant ce temps de l'opération, une grande résistance ; mais, croyez-moi sur parole, vous n'aurez jamais lieu de vous repentir de la netteté, de la bravoure de votre incision. Quant à moi, je n'ai jamais vu les sections les plus franches et les plus complètes produire d'accidents sérieux ; tandis qu'il m'est arrivé, notamment dans quelques-unes de mes premières opérations, de n'obtenir que des succès incomplets et cela, parce que j'avais laissé subsister sans les couper une fibre ou deux, au lieu de diviser largement toute l'étendue de la région rétrécie.

Quand l'uréthrotome est retiré, j'introduis un cathéter métallique non conique n° 13. Ce dernier, si l'incision a bien réussi, doit pouvoir pénétrer avec facilité jusque dans la vessie, et être ensuite retiré sans subir de la part du canal la plus légère étreinte. Pendant cette introduction, je vous engage à ne pas abandonner la paroi supérieure de l'urèthre, afin de ne pas engager le bec de votre instrument dans le fond de l'incision. Enfin

vous remplacerez ce cathéter par une sonde de gomme de bonne courbure, n° 11 ou n° 12, que vous introduisez dans la vessie. Vous la laisserez en place pendant quarante-huit heures. Il est préférable, pour mener à bien cette introduction, de placer au centre de la sonde un mandrin fortement courbé qui permettra d'éviter la plaie de l'urèthre ; sans cette précaution, le bec de la sonde tendrait à s'engager dans la solution de continuité. Le mandrin est d'ailleurs supprimé aussitôt que l'instrument est parvenu dans la vessie.

Quelques mots maintenant sur les *accidents immédiats et consécutifs* de l'uréthrotomie.

Dans toutes les opérations que j'ai pratiquées — environ deux cents — je n'ai jamais observé d'hémorrhagie qui mérite d'être mentionnée. Quelquefois on ne voit sortir que quelques gouttes de sang.

Dans deux cas, une extravasation d'urine, promptement limitée, fut la conséquence du déplacement de la sonde ; du reste, ces deux épanchements furent infiniment moins graves que ceux que j'ai vus survenir à la suite du procédé de la rupture.

Je n'ai eu à noter qu'une fois la formation d'un abcès.

Vous pouvez vous-mêmes, jusqu'à un certain point, vous former un jugement sur toutes ces questions par les cas opératoires, au nombre de vingt pour le moins, qu'il vous a été donné d'observer dans mon service pendant les douze mois qui viennent de s'écouler.

Je n'ai jamais eu à enregistrer qu'un seul cas de mort. Il s'est produit à la suite d'une opération que je pratiquai comme ressource *ultime*, il y a environ un an et demi, chez un malade du service atteint d'un rétrécissement des plus anciens et des plus mauvais que j'aie jamais rencontrés.

Il n'est pas rare d'observer un accès de fièvre, accident qui succède fréquemment aussi à l'emploi du brise-pierre. Quand il se produit, — ce qui est loin d'être la règle, — on ne le voit survenir qu'après l'ablation de la sonde. La première fois que le malade urine sans instrument, une goutte s'introduit peut-être dans ce qui reste de l'incision, et un frisson se déclare une ou deux heures après. Là se borne, d'ailleurs, tout le mal. Néanmoins, pour parer, autant que possible, à cet inconvénient, j'adopte le plan que voici :

Avant d'enlever la sonde, c'est-à-dire quarante-huit heures après l'opération, je commence naturellement par vider à fond la vessie. J'ordonne au malade un bain de siége de quinze minutes, et lui fais ensuite garder le lit, chaudement couvert, avec recommandation de ne pas uriner jusqu'à ce qu'il en éprouve un réel besoin, ce qui probablement n'arrivera pas avant six heures, à dater du moment de l'extraction de la sonde. Alors le malade se lève, il urine à plein jet ; il constate, avec un étonnement qui n'est pas sans satisfaction, avec quelle ampleur et quelle facilité le flot d'urine s'échappe, et il se remet au lit comme auparavant, pour toute la journée.

Grâce à ces précautions, vous pourrez voir l'opéré échapper à l'accès de

fièvre ; mais si l'accès survient quand même, vous saurez toujours qu'il n'autorise aucune crainte, qu'il n'indique aucun danger.

Quelquefois, mais très-exceptionnellement, la fièvre est un peu plus sévère et un peu plus prolongée.

Le *traitement consécutif* peut être brièvement esquissé.

Le quatrième jour après l'opération, passez une bougie conique française munie d'une grosse olive, afin que vous ne soyez pas exposés à rouvrir la petite plaie. Si cette bougie se trouve arrêtée par un obstacle, remplacez-la immédiatement par une sonde de gomme non conique et douée d'une bonne courbure. Je dois dire cependant que le premier instrument suffit dans la majorité des cas. Vous recommencerez trois ou quatre jours après. La plupart du temps, les n°s 11 et 12 passent avec la plus grande facilité. Vous ne recourrez ensuite à la sonde qu'une fois par semaine ; après quoi le malade se chargera lui-même de ce soin, en espaçant progressivement les intervalles, de manière à finir par ne plus se sonder qu'une fois par an environ.

Cette opération donne, je crois, des résultats plus durables qu'aucune autre méthode. Vous me l'avez vu pratiquer pour des cas qui avaient subi toute espèce de traitement connu et étaient redevenus aussi mauvais que jamais. Je ne réclame pas en faveur de l'uréthrotomie la disparition de la coarctation organique : un pareil résultat réside encore dans le domaine des impossibilités. La méthode est toujours à inventer qui supprimera absolument et à tout jamais l'éventualité d'une récidive chez celui qui a été, une fois en sa vie, victime d'un rétrécissement organique.

Je termine par quelques mots sur les angusties uréthrales siégeant sur les 6 ou 8 centimètres antérieurs du canal.

Règle générale, elles sont très-indilatables, et leur vrai traitement c'est l'incision (page XLIX). Le chirurgien les tient, pour ainsi dire, sous la main, et rien n'est plus aisé que d'en opérer la division au moyen d'un petit bistouri à lame cachée. L'urèthre, dans sa portion pénienne, est entouré surtout par du tissu fibreux résistant ; il possède très-peu de ce tissu spongieux que l'on trouve si abondamment aux environs de la région du bulbe, de sorte qu'en réalité le terrain manque à la dilatation. Telle est, sans doute, la raison du peu d'influence des bougies ordinaires sur les coarctations qui siégent sur cette partie du canal.

L'opération est ici tellement simple, qu'elle n'exige pas de plus amples développements ; je ne puis que vous renvoyer aux préceptes que j'ai déjà posés à propos de l'uréthrotomie interne.