Je suis disposé à croire maintenant qu'une uréthrotomie interne bien faite est suivie de résultats plus durables que tout autre procédé opératoire; mais nous reviendrons sur ce point.

Le docteur Richardson (de Dublin) a imaginé une modification de l'instrument de Perrève, que l'on ne peut omettre ici, puisque, sans aucun doute, son action est plus parfaite que celle de l'original. L'instrument s'emploie de la même façon que celui de M. Holt. Je m'en suis servi plusieurs fois en employant toujours le plus grand calibre, du n° 15 environ de la filière anglaise [n° 26 de la filière franç.], ce qui est nécessaire, selon moi, pour obtenir de bons résultats. Après l'opération, je préfère laisser une sonde de gomme vingt-quatre heures à demeure, en recommandant au malade de garder le lit pendant ce temps-là.

J'ai aussi adopté moi-même une méthode à laquelle j'ai donné le nom de *over distension*, et qui consiste dans l'application de la force de dedans en dehors, au moyen de deux lames passées d'abord au travers du rétrécissement; mon but est de le distendre outre mesure ou de le rompre, si l'on préfère, plus qu'on ne peut le faire au moyen d'instruments dont le volume est limité par la largeur du méat.

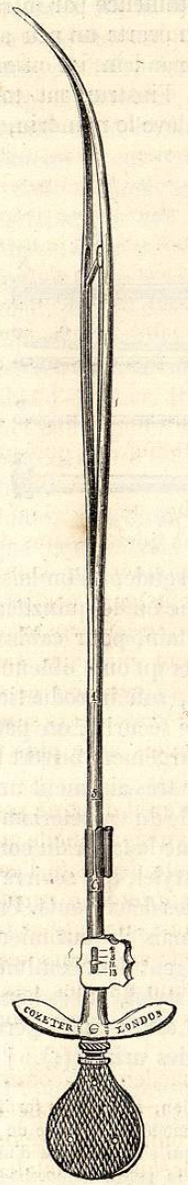

FIG. 44. — Instrument de l'auteur pour pratiquer la divulsion.

Cet instrument, qui n'est point nouveau dans sa construction, car on l'a fréquemment employé pour pratiquer la dilatation, me sert à dilater l'urèthre en une séance. Un coup d'œil sur la figure 44 expliquera son mode de construction. La raison que j'ai de porter la distension au delà du volume du méat tient au fait, trop souvent oublié, que la grande majorité des rétrécissements occupent une portion du canal (la portion bulbeuse) qui possède naturellement un calibre des n°s 16 ou 18 de la filière anglaise [n^os^26 à 30 de la filière française], et que la dilatation ordinaire, portée jusqu'au n° 10 ou 12 [n°s 21 à 23 de la filière française], agit sur eux avec peu d'efficacité. La manière d'appliquer la force au moyen de cet instrument diffère essentiellement des autres méthodes en ce qu'elle est appliquée lentement (et, par conséquent, le malade étant sous l'influence du chloroforme), de

être de 1 millimètre à 1 millimètre et demi moins grosse que l'instrument armé, est assez bien supportée. Quand on la retire au bout de vingt-quatre heures, sa sortie est suivie d'une très-petite quantité de muco-pus; mais cet écoulement diminue rapidement, et il cesse vers le troisième ou quatrième jour. » (Voillemier, *Maladies des voies urinaires*, t. I. p. 204.)

telle sorte que l'on emploie de sept à dix minutes à atteindre peu à peu le point maximum de la distension. Le but est de distendre autant que possible les tissus morbides, et de les déchirer aussi peu que possible, afin de détruire ou tout au moins de diminuer beaucoup la tendance naturelle du rétrécissement à se resserrer. Avant l'opération, on mesure la distance qui sépare le rétrécissement du méat, en passant une bougie volumineuse jusqu'au rétrécissement : le curseur est placé sur la tige de l'instrument, au point qui indique cette distance. L'instrument est alors passé jusqu'à ce que ce curseur arrive au niveau du méat. Lorsqu'on a obtenu le maximum de distension, on retourne un peu l'écrou en arrière, de façon que les lames ne se ferment pas, puis on retire l'instrument. On passe une sonde de gomme volumineuse, et on la laisse vingt-quatre heures à demeure. Le troisième jour après l'opération, on passe une grosse sonde métallique, et ainsi de suite, à de plus longs intervalles.

S'il est préférable de déchirer, au lieu de distendre d'un même degré, on peut tourner rapidement le pavillon de l'instrument, et atteindre en quelques secondes le maximum de dilatation.

Je m'en suis servi maintenant dans un grand nombre de cas, et je ne connais pas d'autre meilleur moyen d'intervention dans quelques-uns des cas les plus graves. L'instrument n'est pas si facile à appliquer que dans la méthode de M. Holt, puisqu'il faut quelque soin pour ajuster le centre de la portion dilatée de l'instrument au siége précis du rétrécissement, où l'on doit la maintenir pendant la distension. Ce traitement s'applique surtout aux rétrécissements opiniâtres siégeant à 10 ou 12 centimètres du méat, et, comme la rupture, il ne convient pas aux rétrécissements situés entre 3 et 5 centimètres du méat, qui sont toujours traités avec plus de succès au moyen des incisions.

DILATATION RAPIDE. — Ce terme et le mode opératoire qu'il désigne peuvent tomber maintenant dans l'oubli. Le procédé de la divulsion, quelle que soit, du reste, la manière dont on le pratique, rend, de toute nécessité, l'emploi de ces mesures violentes, désignées sous le nom de *dilatation rapide*, complétement inutile. Fréquemment préconisée autrefois, surtout par les chirurgiens français, un usage fréquent de cette méthode a toujours reçu la réprobation d'autres auteurs en tout temps. Il est certain que des essais violents de dilatation, surtout au moyen d'instruments métalliques, sont non-seulement inutiles, mais dangereux.

Des malheurs irréparables peuvent en résulter très-facilement, comme nous l'avons déjà fait remarquer. L'inflammation de l'urèthre et de la vessie, qui, chez des malades souffrant d'affection chronique des reins, peut bientôt s'étendre à ces organes et être suivie de conséquences fatales, provient souvent d'un manque de précautions. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de noter des exemples plus ou moins frappants de ces remarques. Un fait instructif, c'est que, dans presque tous les cas en question, ces conséquences fâcheuses ont succédé à des efforts pour dilater l'urèthre déjà considérablement dilaté, c'est-à-dire au moment où le maximum de la distension avait été atteint, ou lorsqu'un opérateur avait essayé, dans le traitement

de rétrécissements anciens, de dilater le canal plus qu'il ne l'avait été auparavant, quoique d'une quantité répondant seulement à un ou deux numéros de la filière (1).

Avec des malades âgés, atteints depuis longtemps de rétrécissements, avec ceux surtout qui possèdent un tempérament irritable, et qui sont facilement éprouvés par les changements de temps et de saison, avec ceux qui ont habité longtemps dans des pays chauds, ou dont les forces sont épuisées par l'exercice immodéré de leurs passions, avec ceux qui ont usé largement des alcooliques; en un mot, avec tous ceux dont le système nerveux a été fatigué d'une manière ou d'une autre, il est nécessaire d'user de plus de précautions encore qu'à l'ordinaire dans l'usage des instruments, et de se contenter d'un état du canal permettant de laisser passer les n°s 6, 7 ou 8 [n°s 15 à 18 de la filière française], si la plus légère indication, sous forme de frisson revenant invariablement à chaque tentative pour dépasser cette limite, nous avertit de ne pas la franchir. Il existe quelques rétrécissements anciens qui ne peuvent pas être dilatés au delà de ces limites. Ces malades se portent assez bien, s'ils ne négligent pas de passer chaque semaine un instrument pour empêcher le resserrement du canal, qui se reproduira inévitablement s'ils négligent cette précaution. Ceci concerne nécessairement les malades dont l'affection ne permet pas l'emploi d'autres moyens opératoires.

Du chloroforme. — L'influence du chloroforme est parfois utile pour faciliter le passage d'une sonde ou d'un cathéter à travers l'urèthre, surtout lorsque cet organe est plus sensible qu'à l'ordinaire, et que la douleur occasionnée par l'instrument détermine des efforts involontaires de résistance que le malade ne peut maîtriser. Que l'on se souvienne que le chloroforme n'est pas administré dans le but de permettre au chirurgien de déployer plus de force qu'auparavant, mais pour produire une anesthésie parfaite et un relâchement des muscles. Aussi doit-on en donner suffisamment pour produire ce résultat.

On a beaucoup parlé de la valeur de la belladone, appliquée en extrait à la partie antérieure du rétrécissement au moyen d'une bougie, ou à l'extérieur au périnée, pour aider à franchir des rétrécissements difficiles, et l'on a expliqué les résultats heureux, en supposant que, dans les cas où la difficulté résulte surtout d'une action musculaire spasmodique, ce médicament agit en relâchant les tissus musculaires comme il le fait dans l'iris.

(1) On trouve un nombre considérable de cas, qui n'ont pas été recueillis, dans lesquels des symptômes appelés *rhumatismaux* et la suppuration d'une ou plusieurs jointures ont suivi la dilatation d'un rétrécissement. Il n'y a pas de doute que ce ne soient surtout des cas semblables à ceux que nous avons mentionnés dans le texte. Qui pourrait douter que le cas suivant, tiré au hasard, de la *Médecine opératoire* de Velpeau, n'en soit un exemple? C'est un type dont on retrouve un ou deux cas dans les ouvrages d'un grand nombre d'auteurs : « Un malade que j'y ai soumis à la Pitié a cependant été pris de symptômes qu'il convient de signaler. Une bougie conique avait été passée après plusieurs tentatives. Un matin cet homme, voulant la remettre de son chef, ne put y parvenir et se fit saigner le canal. L'accès de fièvre qui avait accompagné les premiers essais s'est renouvelé, a duré trois jours, et n'a cessé le quatrième que pour faire place à une arthrite tibio-tarsienne violente qui a été suivie d'un vaste abcès, puis d'une ankylose. Il est vrai que cette jambe avait été fracturée au dessus des malléoles six semaines auparavant. Est-ce une coïncidence? est-ce un effet du même genre que celui que produit assez souvent la blennorrhagie? » (Velpeau, *Éléments de médecine opératoire*, 2e édition. Paris, 1839, livre IV, p. 711.)

Il est inutile d'énumérer tout ce qui a paru en faveur de son emploi ; mais disons qu'en Angleterre, M. Tyrell, autrefois à Saint Thomas's Hospital, et en France, Velpeau, ont donné des preuves en faveur de son efficacité. Dans le plus grand nombre des observations, sinon dans toutes celles dont j'ai eu connaissance, son emploi a été accompagné d'un autre traitement, de sorte qu'il n'est pas possible de se former une opinion sur son action isolée. Ainsi dans un des cas de M. Tyrell, il est dit qu'il « essaya de passer dans l'urèthre une bougie enduite de belladone et d'huile. Peu après que le malade sortit du bain, cet essai fut pratiqué, et après deux ou trois tentatives, cette bougie (plus volumineuse que celle dont on s'était servi précédemment) traversa facilement le rétrécissement et la vessie fut débarrassée de son contenu » (1). Pour ma part, je n'ai pas de raison suffisante pour ajouter foi à la valeur de cet agent.

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — De quelque façon que l'on agisse localement dans les cas difficiles, il est bon de se souvenir de la nécessité d'un repos pour le malade, et de l'attention que l'on doit mettre à surveiller l'état général. Lorsqu'un cas difficile se présente (et l'on a parfois l'occasion de rencontrer des malades qui vous assurent que, depuis cinq ou dix ans, aucun instrument n'a pu pénétrer dans leur vessie, malgré de fréquents essais pour y arriver), et lorsque l'opérateur est persuadé après deux ou trois essais que des difficultés plus qu'ordinaires se présentent, la meilleure méthode à suivre est de recommander un repos absolu, pendant quelques jours ou même une ou deux semaines, dans le décubitus dorsal, avec un régime doux et non excitant, et tous les médicaments indiqués pour diminuer l'inflammation des organes génito-urinaires. L'urèthre, dans les cas de rétrécissement confirmé, est ou devient quelquefois très-irritable, c'est-à-dire qu'il présente une sensibilité excessive et une disposition à se contracter plutôt qu'à se laisser élargir pendant le traitement par la dilatation ordinaire. Dans ces circonstances, il est presque certain que la santé générale réclame l'attention du médecin, soit qu'il doive modifier le genre de vie habituel du malade, soit qu'un repos complet non-seulement du malade, mais dans l'intervention locale, soit nécessaire pendant un certain temps. En même temps on peut obtenir de grands avantages de l'emploi des bains de siége chauds, ou de l'application des fomentations chaudes au périnée et à l'hypogastre. La méthode la plus efficace d'employer les premiers est de faire asseoir le malade dans un bain à une température qui peut varier, suivant les circonstances, de 37°,7 à 40° centigrades, pendant cinq ou six minutes au plus. On obtient souvent plus de soulagement par ce moyen qu'en restant plus longtemps dans un bain à une température moins élevée. On détermine ainsi une certaine impression sur la peau, les vaisseaux se gonflent et favorisent la dérivation du sang provenant des organes du bassin. Le contraire a lieu sous l'influence d'un bain prolongé, et en même temps l'usage journalier des

(1) *Medical Gazette*, vol. V, p. 735.

bains pris de cette façon et peu prolongés est d'un effet beaucoup moins débilitant. Un pareil traitement augmente beaucoup les chances de succès; tandis que, lorsque l'urèthre est congestionné ou peut-être même déchiré, par des tentatives récentes, il y a peu de bien à espérer de l'emploi des instruments. L'état des urines fournira aussi des indications sur la nature du traitement à employer ; elles devront être soumises à l'examen chimique et microscopique. Pour les réactifs que l'on doit employer et les caractères que l'on doit rechercher, voyez en tête de ce livre le chapitre où nous donnons des directions brèves, mais claires, pour faire ces importantes recherches, promptement et sûrement. Je peux certifier, d'après mon expérience personnelle, que ces directions suffisent amplement pour la pratique. Ce sujet est accompagné de dessins gravés, représentant les dépôts que l'on rencontre le plus fréquemment dans les urines en cas d'obstacle à l'écoulement de l'urine.

Si l'urine présente une acidité exagérée, et dépose beaucoup d'acide urique ou d'urate d'ammoniaque, les préparations alcalines sont en général indiquées, et doivent être administrées sous forme de carbonate de soude ou de potasse, ou, d'une façon plus agréable, par les citrates de potasse ou de magnésie, lorsque l'origine de cette acidité provient surtout des organes digestifs. Si l'urine est alcaline, ce qui peut tenir à plusieurs causes que nous avons déjà indiquées, ou s'il existe un écoulement muqueux ou mucopurulent abondant, qui indique un certain degré de cystite, et coexiste avec des cristaux de phosphate tribasique, les acides minéraux, parmi lesquels l'acide nitrique et l'acide muriatique sont les meilleurs, seront prescrits en général avec la décoction de pareira brava, ou celle d'uva-ursi, ou les infusions béchiques, suivant les circonstances. Il est bien certain cependant que ces acides minéraux n'ont pas une influence directe sur l'urine, et ne modifient pas sa réaction, comme le font les remèdes alcalins : il faut se souvenir aussi que ces derniers sont quelquefois beaucoup plus utiles que les acides, même en cas d'urines alcalines. Le docteur Owen Rees, qui a appelé depuis longtemps l'attention sur ce point, a donné en détail ses opinions dans un volumineux et important mémoire (1). J'en donne un extrait dans les notes au bas de cette page (2). Il recommande les sels dans lesquels l'alcali est combiné avec un acide végétal, particulièrement le citrate de potasse et le tartrate de soude et de potasse, ce dernier si l'état des intestins réclame un laxatif, et le premier si ce n'est pas le cas. Tous les deux exercent une influence puissante pour neutraliser l'acidité de l'urine, malgré l'effet apéritif qu'exerce l'un des deux. J'ai eu l'occasion

(1) *Guys' Hospital Reports*, 1855.

(2) Le docteur Rees dit que ces observations l'ont conduit « à penser que l'alcalinité de l'urine provient très-souvent d'affections des muqueuses sur lesquelles l'urine doit passer avant de s'écouler au dehors et que de l'urine sécrétée avec un degré d'acidité normale peut, grâce à cet état de la muqueuse, posséder une réaction alcaline bien marquée et contenir un dépôt de phosphates calcaires. Les malades sécrètent en somme une urine normale..... et la différence tient à ce que cette urine devient alcaline à cause d'une affection de la muqueuse des conduits urinaires. J'ai prouvé, par une expérience sur la surface enflammée du fond d'une vessie retournée, dans un cas d'absence de parois antérieures de l'abdomen (difformité congénitale que l'on rencontre quelquefois), que l'écoulement de la muqueuse urinaire présentait, en cas d'inflammation, un caractère d'alcalinité très-marqué et suffisant pour neutraliser l'acidité de l'urine normale. — Pour confirmer ces opinions, j'ajouterai que, dans beaucoup de cas d'urine alcaline, j'ai réussi à obtenir la sécrétion avec sa réaction acide normale, en administrant des préparations alcalines. Elles diminuaient l'inflammation de la muqueuse et rendaient l'urine moins acide au moment de sa sécrétion, et par conséquent moins irritante. En continuant l'usage des alcalis jusqu'à ce que l'inflammation ait diminué, j'ai obtenu parfois la réaction acide normale. » By G. Owen Rees, M. D. F. R. S., *On the Pathology and Treatment of Alkaline Conditions of the Urine*. (*Guy's Hospital Reports*, 3rd series, vol. I, 1855, p. 300, 301).

d'expérimenter les bons effets qui résultent de leur emploi, quoique je ne pense nullement que le traitement alcalin soit toujours suivi de succès. Pour rendre directement l'urine acide, le jus de citron est peut-être le meilleur agent ; l'acide benzoïque est encore un autre médicament acide, mais moins maniable.

Choisissons ce moment comme un des plus favorables pour nous faire l'avocat du principe qui conseille de porter une grande attention à l'état général du malade dans tous les cas de rétrécissement. Cette maxime a peut-être été trop négligée. Les troubles des organes digestifs en particulier exercent une influence sur l'urèthre de plusieurs manières. On doit alors adopter un mode de traitement tendant à diminuer la congestion des organes pelviens, les vaisseaux de ces organes étant hypérémiés. On déterminera, au moyen de la diète et des purgatifs légers, une évacuation quotidienne facile, mais pas trop active, et l'on stimulera les fonctions de la peau par des ablutions et des frictions journalières, pour alléger, autant que possible, les fonctions des reins.

Il n'y a pas de doute que le passage de l'urine sur un urèthre malade et très-sensible ne tende à aggraver l'état du rétrécissement, et que, si l'on pouvait provisoirement faire passer cette sécrétion d'un autre côté, l'urèthre s'en trouverait beaucoup mieux. M. Cock a, dans cette idée, employé la ponction de la vessie comme un moyen de traitement, et un moyen qui a été suivi de succès dans quelques cas. Il ne peut être vraiment conseillé, je le pense, que dans les cas où un cathétérisme pratiqué avec persévérance n'a pas été suivi de succès. L'indication est plus pressante s'il existe de nombreuses fistules et une grande inflammation du périnée. Croyant, comme je le sais, que les cas dans lesquels une bougie ne peut pas être introduite dans la vessie sont très-rares, je pense que l'emploi du trocart doit aussi en conséquence être exceptionnel.

Moyen d'action de la dilatation. — Ce mode de traitement, reconnu généralement comme pouvant s'appliquer au plus grand nombre des cas de rétrécissement, a fréquemment été un sujet de discussion entre les chirurgiens. Quelques-uns ont regardé l'action de l'instrument sur le rétrécissement comme purement mécanique; ils pensent que la sonde dilate ce conduit, dont les parois sont composées de matériaux extensibles, de la même façon qu'un gant étroit ou un chapeau trop petit peuvent être élargis, pour s'accommoder aux proportions de ceux qui les portent. D'autres ont attribué à la pression un certain pouvoir pour produire l'absorption, et, par conséquent, pour faire disparaître les matériaux organisés du rétrécisse-

ment; ceux-là repoussent l'idée de faire disparaître un rétrécissement permanent par l'action mécanique seule, comme insoutenable, ou du moins peu probable.

J'ai cherché longtemps pour obtenir au moyen de l'observation quelques indications sur le mode d'action de la dilatation, comme moyen de traitement des rétrécissements. Je crois qu'en observant attentivement certains phénomènes qui accompagnent son emploi, on peut obtenir quelque éclaircissement sur ce sujet et une ou deux idées utiles en pratique.

Le premier effet produit par le passage d'un instrument avec douceur à travers un rétrécissement étroit (nous parlons en général et non pas des cas exceptionnels), à travers un rétrécissement, par exemple, qui ne laisserait passer qu'un instrument du volume du n° 2 ou 3 [u^os 7 à 9 de la filière française], sans beaucoup de douleur ni d'irritation, c'est une augmentation dans le volume du jet noté par le malade, à la première miction qui suit l'introduction de l'instrument. Mais quelques heures après, il observe que le jet est plus étroit qu'il ne l'était avant l'introduction de l'instrument : il peut même y avoir une rétention d'urine passagère. Plus tard le jet reprend peu à peu son volume et sa force primitive, et au bout d'un jour ou deux, présente souvent un léger degré d'augmentation comme résultat final du cathétérisme. L'augmentation est rarement aussi considérable, cependant, qu'elle l'était après la première miction succédant à l'opération.

Ce premier effet immédiat est dû sans aucun doute à l'action mécanique du corps dilatant sur le rétrécissement. Personne ne s'imaginera que l'absorption puisse se produire assez rapidement pour déterminer cet effet : sans aucun doute, il est purement mécanique. Le résultat que l'on observe ensuite, la diminution du jet, peut être regardé comme la conséquence d'une congestion passagère, combinée peut-être avec un peu de spasme venant du léger degré d'irritation occasionné nécessairement par l'introduction du corps étranger, phénomène que l'on pourra désigner par le terme de *réaction*. L'intensité de cette réaction correspondra, toutes choses égales d'ailleurs, avec le degré de pression exercée et la sensibilité de l'urèthre. Le troisième et dernier résultat, c'est l'augmentation graduelle du volume du jet d'urine qui indique la période de diminution de la réaction. Durant cette période, la congestion disparaît, et en même temps peut se produire parfois l'absorption d'une partie du dépôt qui forme le rétrécissement; mais à cause de la tendance énergique que possèdent tous les rétrécissements à se reproduire, il n'est pas certain, après tout, que l'action de la bougie ait été plus que mécanique. La rapidité avec laquelle se suivent ces résultats et l'étendue de leur développement varient beaucoup, suivant les différents individus. C'est l'existence d'une sensibilité excessive de l'urèthre et sa disposition à présenter avec promptitude et force les phénomènes de réaction, qui constituent en bonne partie cette condition des rétrécissements connue fréquemment sous la dénomination de *rétrécissement irritable*; une pareille irritabilité prolonge ou retarde les progrès de la cure pendant une période de temps proportionnelle à son intensité. C'est pendant la troisième période, celle qui succède à la réaction, que l'on obtient l'effet vital ou permanent, que l'on doit bien distinguer de l'effet purement mécanique ou transitoire. C'est alors que se montre le vrai bénéfice de l'emploi de la dilatation.

Ces observations, dont je garantis l'exactitude, fournissent l'explication du fait que l'on ne gagne rien à rapprocher outre mesure les séances; mais qu'au contraire on peut déterminer une irritation considérable en passant trop fréquemment l'instrument. En se rappelant que la nature essentielle du rétrécissement organique est un dépôt de matières organisées au dedans et autour de l'urèthre, suite d'inflammation, on devrait ériger en principe, dans le traitement, d'éviter de produire toute récidive de cette inflammation. On ne devrait jamais répéter le cathétérisme avant que ce que l'on a appelé la période de réaction ait cédé et que ses effets aient disparu. Si nous passons un instrument pendant cette période, nous augmentons ou prolongeons la réaction, sans obtenir le bénéfice durable de la période subséquente. Nous pouvons passer chaque jour des instruments; mais si chaque fois cela se fait avant la disparition de la période de réaction, non-seulement nous n'avancerons pas, mais nous augmenterons probablement cette réaction, ou nous la convertirons en une véritable inflammation, et nous augmenterons ainsi un mal avec le même traitement qui, moins fréquemment employé, le combattrait efficacement. La règle immuable qui doit nous guider dans la dilatation, soit au sujet du point auquel elle doit être conduite, soit au sujet du temps exact que l'on doit laisser écouler entre chaque séance, c'est d'exercer une pression mécanique qui ne procure ni douleur ni malaise, et surtout aucun signe évident d'inflammation, et de ne jamais réappliquer l'instrument pendant la période de réaction, c'est-à-dire jusqu'à ce que toute excitation produite par le précédent cathétérisme ait complétement disparu. L'observation de ces indications nous conduira souvent, et le plus promptement possible, à un résultat heureux.

Partant de ce point de vue, nous pouvons comprendre comment il se fait que la dilatation faite rudement et trop rapidement, quoiqu'elle réussisse du moins en apparence pour un temps, augmente le mal que l'on désire combattre. Ainsi un malade atteint d'un rétrécissement confirmé et de longue date observe souvent que son mal a reparu avec la plus grande rapidité et la plus grande violence après chaque tentative successive de traitement. On verra probablement qu'en pareil cas, on a employé le cathéter avec force ou trop fréquemment, ou que l'on a usé avec trop d'énergie de quelque caustique. Toute application qui réussit à ouvrir le passage pour un temps, mais qui peut aussi déterminer une nouvelle inflammation, et par conséquent de nouveaux dépôts autour et dans l'intérieur du rétrécissement déjà existant, est destinée inévitablement à rendre le rétrécissement, dans une époque future, plus serré qu'auparavant.

Si la dilatation a été si peu estimée par certains médecins comme agent thérapeutique, cela est dû en bonne partie au mépris des lois énoncées ci-dessus. Et voilà pourquoi on a inventé des instruments compliqués, en nombre presque infini, pour opérer la dilatation forcée, et même la sec-

tion des rétrécissements de l'urèthre. La construction de ces appareils semble être basée, pour la plupart, sur le fait que l'urèthre est un tube possédant surtout des propriétés simplement mécaniques, et que les rétrécissements doivent, en conséquence, être traités par l'application de puissances agissant simplement d'une façon mécanique. Si cependant on emploie la dilatation par degrés suffisamment rapprochés, et avec le soin tout particulier de ne pas produire d'irritation, ainsi, par exemple, en se servant des instruments les plus doux, le résultat sera généralement satisfaisant, non-seulement dans les cas légers, mais encore dans ceux qui présentent une gravité ordinaire. Mais si, en même temps que l'on dilate le rétrécissement, on l'enflamme sans nécessité, c'est à peine si l'on procure un soulagement passager au malade aux dépens d'une augmentation de son rétrécissement dans la suite. Employée de cette manière, la dilatation n'est certainement pas un bon moyen de guérir le rétrécissement.

Raisonnant d'après les symptômes observés, on pourrait peut-être en conclure que bon nombre de rétrécissements contiennent, au point de vue physiologique, deux éléments dans leur structure, ou un élément à deux différents degrés de développement (ce qui revient au même, au point de vue qui nous occupe); l'un de ces éléments est absorbable et pas l'autre. Le premier peut disparaître par l'action de la dilatation, mais non pas l'autre, qui est seulement capable d'une distension mécanique dont l'effet est passager. La proportion relative de ces deux éléments détermine le degré de succès auquel peut conduire la dilatation. Il est probable que les rétrécissements à leur début sont composés surtout de matériaux absorbables, tandis que, d'un autre côté, les progrès du temps produisent le tissu résistant, qui n'est que distendu passagèrement par la dilatation. Il est probable que, dans tous les cas, il reste une proportion plus ou moins considérable de tissu susceptible d'être résorbé, et que sa disparition au moyen de la dilatation produit un degré correspondant de soulagement. Lorsque ce mode de traitement ne réussit pas à procurer un certain avantage, comme par exemple dans les rétrécissements annulaires indurés de la partie antérieure de l'urèthre, bien connus pour leur contractilité bien marquée, il est probable que l'élément susceptible d'être résorbé n'existe que dans de petites proportions, et qu'une section est nécessaire pour amener un soulagement suffisant.

En résumant le sujet de la dilatation, nous dirons que, quoiqu'il existe peu de cas dans lesquels on ne puisse avec soin et persévérance franchir le rétrécissement, et par conséquent dans lesquels on ne puisse se servir de ce mode de traitement, il en existe sans doute quelques-uns dans lesquels ces effets sont si passagers, qu'on peut à peine les regarder comme une guérison. Ceci est actuellement un fait bien admis. Tous les chirurgiens qui ont une certaine expérience dans le traitement des rétrécissements ont rencontré des cas semblables. Le rétrécissement se reproduit et cela si rapidement, que pour maintenir le canal suffisamment large pour l'accomplissement de ses fonctions, on doit passer un instrument tous les deux jours, ou même plus souvent, et qu'ainsi le malade est soumis à un traitement perpétuel et assujetti à tous les désagréments qui en sont la conséquence.

Dans certains cas, l'urèthre est sensible à un tel point, que l'existence en devient misérable, à cause des douleurs que le patient a constamment à supporter. Dans ces cas, l'introduction des sondes, au lieu de produire aucun soulagement, augmente les douleurs et exagère les symptômes.

Aussi la question suivante se présente-t-elle inévitablement. Peut-on obtenir une amélioration durable dans de pareils cas, et, s'il en est ainsi, par quels moyens? L'examen de ces moyens me conduit tout naturellement aux chapitres suivants et, en les examinant, je commencerai par celui qui vient ensuite par ordre, c'est-à-dire par l'examen des moyens chimiques employés dans le traitement des rétrécissements.

CHAPITRE VII

DE L'EMPLOI DES AGENTS CHIMIQUES DANS LE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS

Agents chimiques. — Leur emploi par les anciens chirurgiens. — Pratique d'Ambroise Paré. — Méthode de Wiseman dans l'usage des caustiques. — Dionis. — Hunter. — Home. — Whateley et la potasse fondue. — Méthode du docteur Arnott, — de Ducamp, — de M. B. Phillips, dans l'usage des caustiques. — Pratique de Leroy (d'Étiolles), — de M. Wade. — Difficulté pour arriver à des conclusions exactes sur les effets des caustiques. — Comparaison entre l'action des deux caustiques sur les muqueuses.

Il n'existe pas de meilleure preuve, s'il est nécessaire d'en donner, du fait que la dilatation n'est pas un remède complet et applicable à tous les cas, que les innombrables méthodes qui ont été recommandées par de grandes autorités pour suppléer à ce qu'elle a de défectueux. Ainsi, nous trouvons, dans les écrits des chirurgiens anciens, des mentions déjà très-anciennes sur les procédés qu'ils mettaient en usage lorsque des bougies de cire ou des sondes de plomb étaient insuffisantes pour franchir les obstacles qu'ils croyaient tenir à la présence de *caroncules* et de *carnosités*. On pratiquait des incisions, au niveau de la partie rétrécie, au moyen d'instruments passés au travers d'une canule, et l'on appliquait aussi, de la même façon, des escharotiques. Ceux-ci, fort nombreux et puissants, sont énumérés, et leur mode d'application est décrit en détail par plusieurs auteurs du XVIe siècle, parmi lesquels nous citerons Alphonzo Ferri, Amatus Lusitanus, Andrea Lacuna, Philippus, Christophez de Vega et Francesco Diaz. Les trois premiers que nous venons de nommer semblent avoir été les plus anciens auteurs de monographies sur ce sujet, et c'est d'eux que nous apprenons que l'on se servait alors de bougies recouvertes d'un enduit contenant du vert-de-gris, du beurre d'antimoine, de la chaux vive, de l'arsenic, de l'alun, du vitriol, etc., etc. (1). En l'année 1603, Mayerne (de France) opéra par incision Henri IV, et en fut réprimandé sévèrement

(1) A. Ferrius, *De caruncula sive callo*, 1551, chap. IX. — Uffenbach, *Thesaurus chirurgiæ*. Francfort, 1610, p. 1015. — Amatus Lusitanus, *Curationum med. Cent. quat.* Venet., 1557, p. 537-542. — A. Lacuna, *Method cognosc. et extirp. excresc.* Romæ, 1551.