Les principales objections qu'on a produites contre cette méthode sont les suivantes : Il est possible de voir survenir un abcès entre la vessie et le rectum comme complication de l'opération, et une fistule persistante en ce point. Les vésicules séminales peuvent être lésées, et une inflammation de ces organes et des parties avoisinantes s'ensuivre, y compris le testicule; le trocart peut atteindre le péritoine, et provoquer une inflammation de cette membrane. Sans aucun doute tous ces accidents ont été observés, et nous aurions pu rapporter un ou deux exemples de chacun d'eux.

J'ai observé une suppuration du testicule qui ne reconnaissait pas d'autre cause. De tous les dangers à craindre, la lésion du péritoine paraît être la plus rare, si l'on a soin de prendre les précautions usuelles. Lorsqu'elle est distendue, la vessie entraîne avec elle son enveloppe péritonéale : et à l'examen de ces organes après la mort, on a observé que la ponction tombait toujours à 2 ou 3 centimètres au-dessous du péritoine. Les vésicules séminales ou le canal déférent semblent avoir été un peu plus fréquemment lésés. — La blessure de l'un de ces organes est beaucoup moins grave que celle du péritoine. Toutefois le chirurgien doit mettre tous ses soins à opérer sur la ligne médiane, afin d'éviter ces parties. La pratique de M. Cock semble avoir été remarquablement exempte de ces complications, et il faut tout simplement croire que les dangers de l'opération par le rectum ont été exagérés. L'examen minutieux de quarante cas que ce chirurgien a rapportés dans le mémoire que j'ai cité, m'a fait découvrir sept ou huit cas de mort à la suite de cette opération; mais il n'est point évident que celle-ci en ait été la cause. Dans cinq d'entre eux, les malades souffraient depuis très-longtemps d'un rétrécissement, et dans tous il existait une affection avancée des reins. Dans *aucun*, la mort ne m'a paru pouvoir être attribuée à l'un des accidents que nous avons indiqués tout à l'heure.

M. Cock établit encore que l'opération détermine une amélioration de l'état de l'urèthre, parce que l'urine cesse de passer par le canal et de l'irriter, et que le traitement du rétrécissement par la dilatation peut être ensuite plus facilement entrepris. Lorsque la vessie, distendue outre mesure, a été vidée, la coarctation diminue plus ou moins, presque invariablement, et permet le passage d'une certaine quantité d'urine. En tout cas, si l'urine ne passe pas, comme la source de l'irritation locale ou générale a été éloignée, le rétrécissement pourra probablement, peu de jours après, admettre un instrument de petit volume.

Voici comment on procède à cette opération : Le rectum est d'abord évacué par l'administration d'un lavement; puis on place le malade sur le dos, comme pour la taille, sans l'attacher, et deux aides le maintiennent solidement dans cette position. L'indicateur de la main gauche est huilé, puis introduit dans le rectum; les dimensions et les rapports de la prostate sont vérifiés, et l'extrémité du doigt convenablement dirigée peut donner ses limites en arrière et en haut; la chose n'est d'ailleurs pas toujours facile lorsque la verge est très-distendue, parce que son col s'allonge alors d'une manière très-notable. On pourrait sentir en ce point la fluctuation communiquée à travers les parois de la vessie par un petit coup donné sur la région hypogastrique, à moins que la vessie ne soit très-rétractée; auquel cas l'opération expose à des dangers sérieux, puisque la pointe du trocart peut traverser la paroi opposée de la vessie, ou déterminer quelque autre accident, lorsque cet organe ne présente pas une capacité suffisante (1).

Après avoir trouvé le point, situé au delà de la prostate, où l'on perçoit le plus facilement la fluctuation, et engagé un aide à soutenir solidement la partie inférieure de l'abdomen avec les deux mains, afin de presser et de maintenir solidement la vessie contre le rectum, on glisse le long du doigt un trocart courbe de 18 à 20 centimètres de long; il faut avoir soin de le maintenir exactement sur la ligne médiane, la poignée fortement abaissée et la pointe dirigée au travers des parois du rectum et de la vessie, jusqu'à ce qu'elle soit libre dans la cavité vésicale. Il faut ensuite retirer le trocart, laisser soigneusement la canule en place, et la maintenir au moyen d'un bandage et de liens (2). Le temps pendant lequel on maintient la canule à demeure dépend de la facilité avec laquelle le rétrécissement se laisse dilater.

S'il se laisse dilater facilement, l'urine passera bientôt sans difficulté à travers le canal naturel, et l'ouverture dans le rectum se fermera. Ce fait a lieu généralement au bout de peu de temps. La persistance d'une ouverture fistuleuse est peu à craindre; car, dans un grand nombre d'occasions, dans lesquelles la canule était sortie par accident, il fut impossible de la replacer, et l'on fut obligé de faire une nouvelle ponction. Même après avoir retiré la canule, alors que l'ouverture était encore béante, l'urine ne coulait pas continuellement par l'ouverture, mais distendait quelque peu la vessie, qui se contractait, et la forçait à s'écouler par l'ouverture artificielle. Ces ponctions se cicatrisent si facilement, qu'un chirurgien, qui a lui-même ponctionné plusieurs fois la vessie, et a par conséquent une certaine expérience sur les résultats de l'opération, a proposé, dans les cas peu fréquents, du reste, où la présence de la canule détermine une inflammation considérable de la vessie, de pratiquer chaque jour une nouvelle ponction pour éviter cet accident. Quoi que l'on puisse penser de cette proposition, les

(1) Ainsi, M. Cock rapporte un cas dans lequel il ponctionna la vessie en un point où la fluctuation, quoique évidente, était fort peu étendue. Il ne s'écoula qu'environ 15 grammes d'urine. Un mois après, le malade mourut dans le coma, et l'on découvrit qu'en arrière du rétrécissement, « une petite partie de la portion membraneuse et toute la région prostatique étaient dilatées, et constituaient une poche du volume et de la forme d'un œuf de poule allongé, qui simulait une sorte de vessie accessoire. La vessie elle-même était énormément épaissie et rétractée d'une façon permanente, de manière à présenter le volume d'une balle presque sans aucune cavité. » La portion de l'urèthre qui constituait la poche était percée de part en part, par le trocart qui avait traversé ses parois inférieure et supérieure. (M. Cock's *Cases*, n° 40.)

(2) Afin d'empêcher l'instrument de glisser hors de la vessie, accident qui se présentait parfois avec les anciennes canules, M. Cock en a imaginé une qui peut se distendre quelque peu après son introduction dans la vessie, il diminue ainsi la fréquence de cet accident. Il recommande un trocart de même forme que celui dont on a l'habitude de se servir, mais quelque peu augmenté de longueur et de volume, et présentant, outre cela, une ou deux modifications utiles, mais moins importantes. (*Medico-Chirurgical Transactions*, vol. XXXV, p. 186, avec planche.)

faits que j'ai mentionnés indiquent bien que ces ouvertures ont peu de tendance à dégénérer en fistules. Ajoutons que M. Cock dit n'avoir jamais observé de fistule persistante après le rétablissement de la perméabilité du canal.

Certaines conditions contre-indiquent formellement cette opération. Nous avons déjà mentionné l'absence de fluctuation, lorsque l'on examine la vessie par le rectum. Ce fait peut être dû non-seulement à la rétraction de la vessie, mais encore à une augmentation considérable du volume de la prostate, ou à une tumeur de cet organe. Il est bien évident qu'en pareil cas, l'emploi du trocart par le rectum est contre-indiqué.

3° La *ponction de la vessie au-dessus du pubis* est la dernière méthode qu'il nous reste à examiner.

Le mode opératoire est le suivant : Le malade est placé dans une position demi-assise, demi-couchée; le pubis est rasé. On pratique une incision verticale des téguments immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne, de 4 à 5 centimètres de longueur à la superficie. On continue cette incision, à travers la ligne blanche, de façon à permettre à l'extrémité du doigt d'atteindre la vessie distendue. Pendant ce temps, un aide se place derrière le malade, presse avec ses mains de chaque côté de la paroi abdominale, afin de fixer la vessie. Un trocart droit ou légèrement recourbé (la convexité de la courbe regardant en haut) sera conduit avec une très-légère inclinaison jusque dans la vessie. Il est préférable de ne pas vider la vessie d'un seul coup, lorsqu'elle est très-volumineuse, mais de laisser écouler son contenu peu à peu. Une syncope très-inquiétante, et même la mort, ont été observées à la suite d'un abaissement subit de la pression dans la circulation abdominale. Après l'opération, on change la canule contre un tube d'argent disposé de façon à pouvoir glisser au travers d'elle, et maintenu par des cordons et un bandage en T. Ce tube doit rester à demeure pendant un temps variable, en tout cas jusqu'à ce que la lymphe plastique recouvre les bords de la plaie; on peut alors le retirer, et le remplacer par une sonde de gomme élastique, instrument qui est en général mieux toléré par la vessie que la sonde métallique.

4° Il nous reste à parler de la *ponction au travers de la symphyse pubienne*. Cette opération a été proposée, pour la première fois, par le docteur J. M. Brander (de Jersey), en 1825, à Paris, où il lut un mémoire qui recommandait ce procédé, en se basant sur les avantages de cette situation au point de vue anatomique (1). Plus tard il présenta un mémoire sur ce sujet à la *Royal Medical and Physical Society* d'Edimbourg, et enfin à la *Medical and Physical Society of Calcutta*, dans lequel il rapporte un cas (2). Depuis lors le docteur Brander et d'autres ont eu plusieurs cas de guérison dans leur pratique. Tout dernièrement encore cette opération fut pratiquée avec succès par le docteur Leasure (de Newcastle), sur un homme de

(1) *Séances de l'Athénée de médecine*, 1825.

(2) *Transactions*, 1842, vol. VIII, part. II, p. 208-239. Un cas en 1839 et un autre en 1841. Le premier malade mourut en quelques heures ; le second, huit jours environ après l'opération

soixante-douze ans (1). Le docteur Brander se servait d'un trocart à hydrocèle d'un volume moyen, quoiqu'il fasse aussi mention d'un instrument de forme aplatie. Le premier de ces deux instruments a l'avantage de pouvoir subir un mouvement de rotation au moment de son introduction. Le malade doit être couché, et le trocart introduit avec ou sans incision préalable des téguments, près du centre de la symphyse, d'avant en arrière, et dans une direction qui forme un angle droit avec l'axe du corps. Le docteur Brander dit que cette ponction doit être pratiquée « obliquement en bas et en arrière, en se dirigeant vers le sacrum et en changeant de direction suivant les circonstances; on doit alors introduire un bout de sonde molle à travers la canule », et la maintenir par des cordons.

En passant en revue les diverses méthodes pour remédier à la distension de la vessie, dans les cas où une opération est urgente, la question que l'on doit se poser en premier lieu est la suivante :

L'état général et les forces du malade nous obligent-ils à choisir la méthode plus simple qui consiste à procurer un soulagement immédiat au malade sans s'inquiéter des résultats ultérieurs? Il n'arrive pas souvent que nous soyons obligés de répondre à cette question par l'affirmative, si le traitement antérieur a été institué par nous, car cette réponse indiquerait que nous nous sommes servis trop longtemps d'autres moyens. Mais tel n'est pas toujours le cas. On demande bien souvent l'avis du chirurgien après avoir négligé ou traité d'une façon peu convenable le malade, alors que ses forces sont épuisées. Dans ce cas, à moins que l'on ne puisse sentir au périnée l'urèthre distendu par l'urine, ce qui est très-rare, la ponction de la vessie par le rectum, en supposant la prostate intacte, est la méthode la plus simple, celle qui procurera tout de suite du soulagement et épuisera le moins les forces du malade. Si l'on aperçoit la saillie périnéale dont nous venons de parler, il faut l'ouvrir avec une lancette ou un bistouri, et conduire une sonde de gomme sur le côté de l'instrument avant de le retirer.

Si la vessie est au même niveau que la symphyse pubienne, ou au-dessus d'elle, la portion sus-pubienne offre le plus d'avantages pour placer un instrument à demeure, et je préfère ce mode opératoire dans un bon nombre de cas. J'ai essayé une fois la ponction à travers la symphyse et j'ai échoué, il ne s'est pas écoulé d'urine ; j'ai été obligé d'ouvrir la vessie au-dessus de de la symphyse. J'ai ponctionné la vessie six fois seulement par ce procédé et par le rectum, et depuis plusieurs années je n'ai pas eu l'occasion de pratiquer une seule fois cette opération ; dans trois cas seulement, je l'ai faite pour remédier à la rétention d'urine. Je préfère la ponction sus-pubienne qui est la plus commode, quand la blessure doit rester ouverte plusieurs semaines, surtout si le malade n'est pas très-gras.

[On a fréquemment employé à Paris, dans ces dernières années, dans les cas de rétention d'urine, l'aspiration, jointe à la ponction capillaire pratiquée au-dessus du pubis. Les avantages de cette méthode sont, l'absence

(1) *American Journal of Medical Science*, avril 1854.

de la douleur, l'innocuité de la piqûre et la possibilité de pouvoir répéter la ponction un grand nombre de fois.

Pour pratiquer cette aspiration, on peut se servir, soit de l'appareil de M. Potain, soit de celui de M. Dieulafoy. — Voyez, pour plus de détails, la thèse du docteur Jean Watelet, *De la ponction de la vessie à l'aide du trocart capillaire et de l'aspirateur pneumatique.* (Paris, 1871), et le *Traité de l'aspiration des liquides morbides*, du docteur Dieulafoy, p. 115 et suivantes, qui a réuni vingt observations de rétention d'urine traitée par cette méthode.]

En terminant ce chapitre sur la rétention d'urine, suite de rétrécissement, que nous avons examinée en détail, je ne voudrais pas laisser supposer que cette affection réclame fréquemment, soit la section périnéale de l'urèthre, soit la ponction de la vessie. Au contraire, le fait se présente très-rarement, lorsque nous traitons le cas dès le début. Si le malade a été négligent ou mal soigné, le chirurgien, appelé en dernier lieu, peut échouer, mais il n'en est pas responsable.

J'ai essayé, en examinant ce sujet, de prévoir autant que possible les cas qui peuvent se présenter, et j'ai indiqué la ligne de conduite à suivre dans ces cas types, autant qu'il est possible de l'indiquer d'avance. Mais il ne faut jamais oublier que chaque cas particulier est par lui-même un problème pour la solution duquel on ne peut donner d'avance aucune règle fixe. Il y a certains cas qu'on ne peut ranger dans aucune catégorie, et dans lesquels le chirurgien ne doit compter que sur son bon sens et les ressources qu'il possède. Après tout, c'est une vérité reconnue de tout le monde, applicable à toutes les branches de la chirurgie, mais dont il faut se souvenir avant tout, lorsqu'on est appelé à traiter les diverses complications qui peuvent survenir dans les affections des voies urinaires.

INFILTRATION D'URINE SUITE DE RUPTURE DE L'URÈTHRE. — Un accident qui peut survenir pendant une rétention d'urine rebelle, c'est la rupture de l'urèthre en un point et l'infiltration d'urine dans les tissus environnants. Bien moins fréquemment la vessie elle-même est rompue. Dans les deux cas, la distension mécanique n'est pas la seule et unique cause. Une ulcération de la muqueuse, en arrière du rétrécissement, parfois d'une certaine étendue, s'est accrue en profondeur sous l'influence du fluide irritant qui est constamment en contact avec elle, et la solution de continuité se complète à la fin sous l'influence de cette action, combinée avec la distension. La vessie se contracte sur son contenu et le pousse avec force dans le tissu cellulaire qui se distend facilement. L'abondance de l'écoulement favorise cette infiltration, et l'urine trouve bientôt son chemin dans une direction où elle n'est pas retenue par les feuillets aponévrotiques, c'est-à-dire dans le *fascia superficialis* du scrotum et de l'abdomen, lorsque la rupture siége en avant de la portion membraneuse, comme nous l'avons déjà indiqué. Les conséquences de cette infiltration sont des plus graves. Une vive inflammation se déclare sur le trajet du liquide irritant, et les brides de tissu conjonctif unissant la peau aux tissus sous-jacents sont rompues. L'infiltration du corps spongieux est un signe de mauvais augure. Un point noir sur le gland indique l'existence de ce fait, et les progrès de la gangrène

qui en résulte. Lorsque cet accident se produit, cela tient en général à une négligence excessive, et le malade n'a été vu par un chirurgien qu'après que l'accident s'est produit. L'état général du malade est des plus graves, et, à moins qu'on n'y porte rapidement remède, le résultat est inévitablement et promptement fatal. Les symptômes que l'on observe en pareil cas ont été décrits en détail dans le chapitre relatif aux symptômes; les principaux signes locaux sont une distension considérable des parties infiltrées, une décoloration des téguments qui présentent une teinte variant du rouge sombre au pourpre ; de plus, la pression des doigts occasionne une sorte de crépitation emphysémateuse dans les portions les plus malades, due à la présence de produits gazeux dans l'intérieur du tissu cellulaire : cette sensation est des plus caractéristiques. Enfin, le malade est fréquemment dans un état de subdelirium ; il a la langue recouverte d'un enduit noirâtre, et le pouls presque imperceptible.

Il est évident que, dans ces cas, il n'y a pas de temps à perdre. Notre premier soin doit être de prévenir l'accumulation de l'urine dans le tissu cellulaire et d'en faciliter l'élimination, en pratiquant des incisions dans les parties distendues. Le périnée, le scrotum et le pubis sont en général énormément tuméfiés ; les incisions ne doivent pas seulement donner passage à l'urine infiltrée, mais assurer un libre cours à l'urine qui sort de la vessie par une ouverture artificielle pratiquée à l'urèthre. Dans ce but, il est préférable de faire une large incision sur la ligne médiane du périnée et sur les deux côtés du scrotum, ainsi que partout où la distension est considérable et où il survient de la gangrène du tissu cellulaire sous-cutané.

Une urine fétide, du pus, et des tissus mortifiés, s'échappent en quantité parfois étonnante. Dans ce cas l'indication d'opérer immédiatement le rétrécissement ne se présente point, l'état du malade détourne de toute tentative dans ce sens ; et d'autre part il est assez probable qu'après avoir remédié à la rétention d'urine, il sera possible d'introduire une sonde dans la vessie par le canal. En tout cas, il ne faut faire aucune tentative de ce genre avant que l'état général du malade se soit amélioré. Cette amélioration survient parfois avec une rapidité merveilleuse. En peu d'heures, le malade peut passer de l'état de prostration absolue à un bien-être relatif. Les symptômes de dépression et d'épuisement disparaissent comme par enchantement, à moins que la lésion ne soit trop étendue pour permettre le rétablissement.

Ce qu'il faut faire ensuite, c'est de soutenir le malade. Il est nécessaire de lui faire prendre des aliments sous la forme la plus simple, la plus concentrée et la plus facile à assimiler ; il faut y joindre quelque stimulant. Du bouillon de bœuf additionné d'eau-de-vie, la mixture *vini gallici* des pharmacopées, donnés fréquemment en petites quantités, lorsque le malade peut les supporter, sont de bonnes préparations. Si l'on n'a pas sous la main du bouillon de bœuf assez concentré, il ne faut pas attendre pour cela, à Londres du moins. Le meilleur potage ou une soupe sera immédiatement administrée en attendant que le bouillon préparé à la maison soit prêt.

Dans bon nombre de cas, les applications chaudes aux extrémités aideront à amener un résultat favorable.

L'usage de préparations contenant de la quinine est généralement indiqué. Le chlorate de potasse à la base de 40 à 50 centigrammes, dans 30 ou 60 grammes d'une décoction d'écorces de quinquina et 7 à 8 grammes de teinture peuvent être administrés avec grand avantage, toutes les trois, quatre ou six heures. L'ammoniaque semble parfois utile pendant quelque temps. Dans d'autres cas, surtout lorsqu'il existe des symptômes d'excitation nerveuse, accompagnant une faiblesse excessive, l'usage de l'opium peut être employé avec les meilleurs résultats.

Quoique le malade marche vers la guérison, il peut survenir une eschare considérable. Les liens unissant la peau aux tissus sous-jacents ont été détruits, ce tissu est privé de nutrition et doit nécessairement se mortifier. C'est le cas habituel pour la peau du scrotum dans une étendue plus ou moins considérable. Les deux testicules sont parfois complétement privés de leurs enveloppes et se voient à nu dans la plaie, parfois même pendants à l'extrémité du cordon. Pendant l'élimination de l'eschare, il faut surveiller ces organes et les tenir dans un état de propreté. Des applications antiseptiques fréquemment répétées, comme des cataplasmes de levûre de bière ou de farine de graine de lin, arrosés de quelques gouttes de chlorure de chaux ou de soude, remplissent ces indications. L'usage de chlorures désinfectants autour du lit et dans la chambre est aussi fort utile, ainsi qu'un courant d'air frais. Enfin des paniers remplis de poudre de charbon placés autour du lit absorbent les gaz délétères et purifient l'atmosphère de la façon la plus efficace.

Si l'infiltration est survenue entre les deux couches de l'aponévrose moyenne, on peut parfois, mais pas toujours, découvrir une tumeur dure, ferme et profonde au niveau du périnée. Il faut l'ouvrir largement. Si l'infiltration survient en arrière des deux feuillets, ce qui est très-rare, l'urine s'infiltre autour du bas-fond vésical et la mort est inévitable.

L'accident le plus nécessairement fatal qui puisse survenir, c'est la RUPTURE DE LA VESSIE elle-même. Elle survient par un processus de même nature que celui que nous avons décrit à propos de l'urèthre. Ce n'est pas toujours la vessie elle-même qui est rompue, mais un sac mince et dilaté formé à ses dépens. Quelquefois son contenu se vide directement dans la cavité péritonéale, plus souvent dans le tissu cellulaire qui environne cet organe situé au-dessous du péritoine. Plus tard elle peut ou non pénétrer dans le péritoine. On ne connaît aucun cas de guérison et elle paraît impossible.

Les symptômes de rupture de la vessie surviennent après une rétention d'urine prolongée, mais point nécessairement complète ; car un peu d'urine peut s'écouler parfois par l'urèthre. Le malade raconte en général qu'il a senti quelque chose s'échapper, puis il a ressenti une vive douleur au niveau de l'abdomen. Le ventre devient excessivement tendu et douloureux ; la face est anxieuse et grippée, la respiration entrecoupée. Un hoquet opiniâtre survient, accompagné parfois de vomissements ; le pouls est dur, accéléré

et irrégulier. L'urine cesse de s'écouler par le canal et il n'y a plus d'efforts d'expulsion. On observe parfois de la fluctuation au niveau de l'abdomen, et la distension excessive de la vessie, que l'on avait sentie par le rectum au delà de la prostate, a disparu. Quelquefois le malade a du délire, parfois même de la manie. Après une époque variant entre trente-six heures et quatre ou cinq jours après l'accident, pendant lesquels les souffrances du malade sont excessives, la mort survient. Je décris ces symptômes d'après les seules observations publiées dont j'aie eu connaissance. Elles sont dues à Sir Everard Home. Fréquemment la rupture de la vessie succède à une violence extérieue, mais c'est un cas tout différent.

Traitement. — Les indications que l'on doit remplir en pareil cas doivent être les suivantes : Favoriser le libre écoulement de l'urine hors de la vessie par une ponction ; diminuer les souffrances par de fortes doses d'opium, et par des fomentations chaudes et des rubéfiants sur l'abdomen. S'abstenir de tout traitement déprimant, comme les saignées générales qui ne peuvent être d'aucune utilité pour diminuer l'inflammation du péritoine aussi longtemps que la cause de cette inflammation persiste. Une connaissance exacte des circonstances particulières dans lesquelles se trouve le malade doit seule déterminer s'il faut par une ponction évacuer le liquide contenu dans la cavité abdominale. Un pareil procédé est la seule chance (et encore bien minime) de guérir le malade que puisse offrir la chirurgie.

CHAPITRE XI

DES ABCÈS URINEUX ET DES FISTULES URINAIRES

Des abcès. — Aigus ou chroniques. — Signes de l'abcès aigu. — Traitement. — De l'abcès chronique. — Des fistules urinaires. — Trois classes. — Traitement de la première classe. — Traitement de la seconde classe : caustiques, etc. — Fistules borgnes. — Fistules uréthro- et vésico-rectales. — Troisième classe, ouvertures anormales. — Fistules antéscrotales. — Traitement par applications locales. — Sutures entrelacées de Dieffenbach. — De l'uréthroplastie. — Méthodes de Cooper et d'Earle. — Déplacement de la peau, d'après les méthodes de Dieffenbach et de Nélaton. — Ségalas et Ricord. — Pratique de Jobert. — Du galvano-cautère. — Des ouvertures anormales au périnée. — Des ouvertures aux environs du gland.

Nous avons maintenant à voir les diverses conséquences et les complications des rétrécissements de l'urèthre, d'après les principes généraux qui nous ont toujours guidés dans le traitement des phénomènes analogues sur les autres parties du corps, et nous nous préoccuperons de certaines indications spéciales auxquelles donnent lieu la nature particulière et les fonctions de l'organe affecté. C'est maintenant sur ces complications que va porter toute notre attention.

L'ABCÈS URINEUX, si fréquent au périnée, plus rare aux environs de la partie antérieure du canal, accompagne le plus fréquemment le rétrécissement organique. Nous en avons déjà indiqué l'anatomie pathologique. On