

sous le contrôle de son doigt introduit dans la cavité du réservoir. A. Cooper a fait l'extraction de calculs chez 5 femmes après avoir préalablement dilaté l'urèthre. Mais la dilatation de l'urèthre à titre de méthode diagnostique en même temps que comme intervention avant une opération curative, n'a été proposée que par Hybord en 1872 et par Chr. Heath en 1874; peu de temps après, Simon publiait ses recherches et ses travaux relatifs à ce petit chapitre de chirurgie. Les travaux importants de Simon ont conduit Weinlechner à proposer pour la dilatation forcée de l'urèthre de la femme le nom de « simonisation ».

Simon faisait la dilatation de la façon suivante. La malade est endormie et mise dans la position de la taille; le bord de l'orifice externe c'est-à-dire la partie la plus étroite et la plus dilatable de l'urèthre, est circonscrit par deux incisions latérales profondes d'un quart de centimètre, et une inférieure longue d'un demi-centimètre; avec ces incisions l'urèthre est rendu perméable aux dilateurs assez gros et même à l'index, et il est raccourci en même temps de 1/2 à 1/4 de centimètre. Comme dilateurs, on emploie des spéculums urétraux spéciaux, faits en caoutchouc durci exactement sur le modèle des spéculums vaginaux tubuliformes et possédant comme ces derniers un obturateur en bois arrondi à son bout antérieur. Ces dilateurs sont au nombre de 7, de plus en plus forts. La longueur du tube est de 6 centimètres 1/2; son diamètre est de 9 millimètres pour le n° 1, et de 2 centimètres pour le n° 7. On commence par introduire le n° 1 qu'avec des mouvements de rotation, on pousse dans la vessie, et on monte ainsi progressivement jusqu'au n° 7. Quand après avoir introduit le dilateur, on retire l'obturateur, l'urine s'écoule, la vessie se rétracte et s'applique par sa paroi postérieure contre l'orifice du spéculum, où on peut la voir; en tournant le dilateur en divers sens on arrive à inspecter une grande partie de la muqueuse vésicale. Quand on retire le dilateur, on peut introduire le doigt et explorer une grande partie de la vessie. Pour faciliter la palpation, le médius n'est pas rabattu dans la paume de la main, mais introduit dans le vagin, au moment où l'index pénètre dans la vessie; on peut encore abaisser la partie supérieure de la vessie avec la main gauche posée au-dessus de la symphyse.

Parmi les avantages de ce procédé, Simon cite les suivants. On peut faire le diagnostic des affections de la muqueuse vésicale, des pertes de substance de la cloison vésico-vaginale n'ayant pas encore ouvert le vagin, des corps étrangers et des calculs de la vessie, et déterminer exactement la position et l'extension des tumeurs vésicales. On peut extraire les corps étrangers et les calculs rénaux engagés dans la portion vésicale des uretères et extirper les tumeurs de la vessie; il devient possible de badigeonner la muqueuse avec des solutions caustiques, de cautériser une fistule vésico-intestinale et d'ouvrir par la vessie une hématométrie dans les cas d'occlusion ou d'absence du vagin. Et en effet cette méthode a été suivie dans un certain nombre de cas, avec succès dans quelques-uns (corps étrangers, calculs) et des résultats variables dans d'autres (cystite catarrhale, fissures).

Mais cette méthode n'est pas sans présenter un certain nombre d'inconvénients. La dilatation brusque du sphincter a fait naître dès le début des craintes sur la possibilité d'une paralysie consécutive, et dans 48 cas de dilatation forcée réunis par Silbermann, l'incontinence d'urine est notée 8 fois. Dans certains cas le sphincter, d'après Teale, reprend sa tonicité au bout de semaines ou de mois; mais en revanche il est à noter que les cas où l'intégrité du sphincter est notée ont été soumis à une observation de trop courte durée: les premiers jours après l'opération, la vessie paraît garder l'urine, et en réalité l'absence de l'incontinence est due à la tuméfaction de la muqueuse. Dans trois cas relatés par Teale, il existait une ancienne lésion du rein; l'opération fut suivie de mort, de sorte qu'on est amené à penser que l'intervention peut aggraver les lésions rénales.

Il est certain que, convaincu de l'innocuité de l'opération, Simon faisait souvent la dilatation de l'urèthre à titre d'exercice et de démonstration. Les faits que nous venons de citer montrent pourtant que l'opération n'est pas aussi anodine que le pense Simon. Une incontinence durable d'urine est une conséquence fâcheuse et la provoquer pour établir un diagnostic n'est nullement justifié. S'il était démontré que la dilatation lente ne comporte pas le danger d'incontinence, cette opération serait préférable à la dilatation brusque. On pourrait suivre alors le procédé de Pippingskæld et faire la dilatation avec 3 ou 4 tiges de laminaire. Comme le fait observer Weinlechner, il est très possible que la dilatation lente mette à l'abri des déchirures de la muqueuse; mais il me paraît plus rationnel de faire dans ces cas une incision vésico-vaginale, que je puis réunir par la suture. Si la suture échouait partiellement en donnant lieu à la formation d'une fistule, cette dernière guérirait spontanément dans un grand nombre de cas comme la plaie de la taille vésicale, et si elle ne guérissait pas, avec le traitement opératoire actuel des fistules vésico-vaginales, une fistule provenant d'une plaie linéaire sans perte de substance de la cloison vésico-vaginale et située tout près de l'orifice de la vessie guérirait plus facilement que la paralysie du sphincter. Toutefois les indications de cette intervention doivent être très rares.

Dans un grand nombre de cas, principalement chez des hommes atteints de tumeurs de la vessie, H. Thompson a fait la taille médiane et pénétré dans la cavité vésicale avec le doigt. Dans les cas de ce genre, la taille hypogastrique fournit des renseignements encore plus précis, car elle permet l'inspection directe de la face interne de la vessie<sup>1</sup>.

(1) En outre, elle peut permettre une intervention curative, si l'on se trouve