

sueur ; jusque-là il n'y a rien de bien effrayant ; c'est ainsi que les choses se passent dans les réactions nerveuse et traumatique ; mais bientôt surviennent des symptômes plus inquiétants. La fièvre ne présente pas de rémission complète, elle reste élevée ; la céphalalgie persiste, le malade est manifestement somnolent, l'appétit fait complètement défaut, le pouls est fréquent, l'urine devient rare et sa qualité se modifie, c'est-à-dire que son examen microscopique et chimique révèle une aggravation des lésions des organes urinaires.

Certains malades peuvent se remonter ; les jeunes se relèvent au bout de quelques jours, les plus âgés au bout de 2 ou 3 semaines, de sorte que le médecin avait déjà pu diagnostiquer une fièvre typhoïde, surtout si le malade a eu de la diarrhée. Lorsque le malade est sous l'impression du « coup foudroyant », le frisson est suivi d'un abattement complet, de délire, puis on voit survenir un coma profond, la cyanose et la mort.

On comprend que les partisans de l'uréthrotomie aient donné comme argument principal contre la dilatation, la réaction morbide consécutive à ce dernier traitement ; et il faut bien le dire, ils n'avaient pas tout à fait tort. Si le patient a surmonté la réaction, on songera dans la plupart des cas à combattre la rétention d'urine par l'uréthrotomie en laissant de côté la dilatation. Mais avant que cette réaction ait eu lieu, comment savoir de quelle façon le malade répondra aux tentatives de dilatation ? Faire l'uréthrotomie d'emblée, ce serait considérer cette opération comme le procédé de choix, ce qui ne peut être, si on considère les succès obtenus par la dilatation.

L'expérience a montré que même après un ou deux échecs, la dilatation pouvait réussir sur le même individu. Je me souviens très bien d'un cas de ce genre. Il s'agissait d'un rétrécissement très étroit, dur, peu étendu, de forme circulaire, et qui siégeait dans la verge tout près de sa racine ; le malade était âgé de plus de 40 ans ; l'urine contenait déjà une certaine quantité d'albumine. Je n'avais jamais fait d'uréthrotomie interne ; dans ce cas, elle aurait pu être faite avec toutes les chances possibles de succès. Nous commençâmes par dilater le malade avec des cordes à boyau. Je confiai ce traitement à mon aide Carl Pietsch, que son adresse remarquable, ainsi que sa grande patience semblaient appeler à faire de grandes choses dans le domaine des opérations délicates, mais que la mort vint enlever à la fleur de l'âge. Jamais on ne vit la moindre trace de sang sur les cordes. Dès que le malade accusait la moindre douleur, le Dr Pietsch retirait immédiatement la corde, et malgré ces précautions, le malade ressentit 3 fois une réaction morbide. Ce ne fut qu'à l'adresse et à la patience de son médecin que le malade dut de guérir sans subir l'opération, qu'il avait d'ailleurs refusée ; lorsqu'une fois le rétrécissement eût été suffisamment dilaté, on put employer sans danger un procédé de dilatation plus énergique.

e) *Cystite catarrhale infectieuse.* — Elle est très fréquente quand la dilatation est faite avec une sonde à demeure. Quand les bassinets et les reins sont sains, ce catarrhe n'a pas grand danger ; on retire la sonde à demeure, et on n'introduit plus le dilateur que jusqu'au-des-

sus du rétrécissement. Chez les individus âgés, on fera mieux toutefois de renoncer pendant quelques jours à toute espèce de manœuvre, puis de dilater à plusieurs reprises et avec grandes précautions, en employant des bougies coniques.

f) Enfin chez certains individus, ce traitement s'accompagne d'un tel affaiblissement, sans qu'on puisse noter d'autres symptômes, qu'il faut absolument interrompre tout traitement pour que le malade puisse se remonter.

Si on songe à toutes les conséquences possibles de la dilatation, on verra combien il est difficile de soigner des individus qui veulent cacher leur affection et continuer de vaquer à leurs occupations¹.

DIVULSION. — L'idée de toutes les complications qui peuvent survenir dans cette affection, a toujours invité les chirurgiens à chercher le moyen de guérir les rétrécissements par voie rapide. On peut y arriver d'un seul coup par l'uréthrotomie ; mais ne pourrait-on pas y arriver par un procédé non sanglant ? Si on possédait des instruments qui une fois parvenus au niveau du rétrécissement pourraient s'épanouir brusquement, on pourrait dilater facilement la partie rétrécie d'un seul coup.

On a construit des instruments de ce genre ; aujourd'hui, il en existe même un grand nombre. Citons : les *dilatateurs* de Micheléna-Rigaud, de Berkley Hill, Mathieu, Ségalas, Hult, Sheppard, Montain, Stearns, Perrève, Ducamp, Dittel ; les *divulseurs* de Voillemier, de Mallez ; les *expanseurs* de Thompson, de Gouley ; l'*instrument à strictures* de Wakley ; le *tunnelled catheter* de Gouley et Teevan, etc. Nous allons décrire quelques modèles de dilateurs.

L'instrument de Rigaud-Micheléna (fig. 246) se compose de deux branches qui s'écartent en restant parallèles, au moyen d'une vis et d'un système de tiges articulées. Le dilateur de Thompson (fig. 248) est constitué par deux gouttières dans lesquelles glisse une tige cylindrique qui arrive jusqu'au niveau de la courbure de l'instrument et qui à ce niveau est en

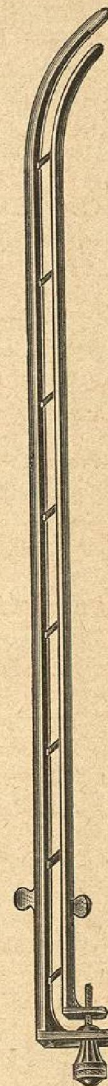


Fig. 246. —
Divulseur de
Rigaud-Micheléna.

(1) La plupart des rétrécis peuvent être soumis à la dilatation graduelle et, sauf une semaine ou deux de repos pour ceux qui viennent trouver le chirurgien avec un rétrécissement très dur et très difficilement franchissable (que le mieux est alors de sectionner), peuvent fort bien être soignés en continuant de vaquer à leurs occupations.
(A. B.)