

pénétrer la plus fine bougie. Enfin il importe, pour le diagnostic, de savoir à quelle époque remonte le rétrécissement.

Le **pronostic** des rétrécissements est presque toujours douteux. Abandonné à lui-même le rétrécissement de forme valvulaire reste rarement dans un état stationnaire, de façon à ne constituer qu'un léger obstacle à la miction; le plus souvent il devient de plus en plus étroit, et entraîne alors les altérations locales et générales que nous avons fait connaître. Encore bien plus rares sont les cas de guérison spontanée, comme ceux que BRODIE, par exemple, a observés. S'il est vrai que, par un traitement convenable on parvienne parfois à guérir d'une façon complète et pour toujours un rétrécissement récent, le plus souvent, par contre, la maladie en question demande à être surveillée et traitée durant la vie entière. C'est principalement aux formes calleuses de rétrécissements existant déjà depuis longtemps, que se rapporte l'aphorisme suivant de CIVIALE, qui avait une grande expérience en ces matières : « *je crois qu'une stricture calleuse ne peut être guérie radicalement ni par l'urétrotomie, ni par la dilatation.* »

§ 225. — Le **traitement** des rétrécissements est très varié; il diffère d'abord suivant les caractères de la stricture, suivant que cette dernière est due à des carnosités ou végétations, ou bien à une hypertrophie ou atrophie du tissu conjonctif. Parlons d'abord du traitement de ces dernières, c'est-à-dire des **strictures calleuses et cicatricielles**; sous ce rapport nous devons prendre en considération la distinction établie plus haut entre les formes perméables et imperméables de rétrécissements.

Dans le **traitement des strictures perméables** on devra chercher à faire disparaître le plus tôt possible le rétrécissement et à empêcher sa reproduction. On s'efforcera d'atteindre ce but soit par la dilatation, soit par la cautérisation ou l'urétrotomie.

La **dilatation** peut être opérée **graduellement sans l'emploi d'aucune force**, à l'aide de bougies de plus en plus grosses que l'on introduit jusque dans la vessie.

Ces bougies sont faites soit de cordes à boyaux que nous ne pouvons conseiller à cause de leur surface rugueuse, soit de cire, soit de résines élastiques (bougies élastiques¹), soit enfin de métal. Ces dernières peuvent être rempla-

1. *Remarque.* Suivant le lieu de leur fabrication on distingue les bougies élastiques françaises qui sont très flexibles et noires (celles de LASERRE à Paris sont excellentes), et les bougies élastiques anglaises formées d'un tissu de soie imprégné et recouvert de substances résineuses; la surface de ces dernières bougies est très-lisse; elles ont moins d'élasticité que les françaises, mais on peut les rendre très flexibles en les plongeant dans de l'eau chaude. Dans ces derniers temps de très bonnes bougies ont été fabriquées aussi en Allemagne et en Amérique, entre autres celles de WALDECK, WAGNER et BENDA à Vienne sont excellentes.

cées par des sondes, ou bien on se sert de bougies cylindriques d'étain (BÉNIQUÉ, fig. 85), ou encore de sondes de laiton boutonnées et munies d'un gros manche en bois (ROSER, fig. 83). Pour l'introduction des bougies les mêmes précautions doivent être prises que celles que nous avons indiquées pour le cathétérisme. Leur surface doit être parfaitement lisse. Les bougies qui ont une surface rugueuse, inégale, ne doivent plus être employées. Après les avoir introduites on les laissera en place pendant 5 à 20 minutes; puis on répétera la même opération chaque jour ou tous les deux ou trois jours jusqu'à ce que l'endroit rétréci ait atteint son calibre normal. Alors même que ce résultat a été obtenu, il importe d'introduire de temps à autre une bougie, et cela pendant longtemps, afin de s'assurer que l'urètre conserve son calibre normal et de le maintenir dans cet état.

Les *instruments les meilleurs et les plus employés sont les sondes métalliques de ROSER, de BÉNIQUÉ ou de bonnes sondes ordinaires.* Grâce à leur surface lisse, ce sont elles qui irritent le moins l'urètre, ce sont elles aussi qui, par la pression qu'elles exercent sur la muqueuse, entraînent le plus rapidement la disparition des callosités. Pour les petits numéros principalement, les sondes de ROSER sont préférables à celles d'étain, car celles-ci, jusqu'au n° 12, n'ont ni la flexibilité parfaite d'une bougie élastique, ni la résistance d'une bougie solide. Le même inconvénient est attaché aux sondes dites de TÉDESKI faites d'un alliage de métaux. Nous ferons remarquer ici que les bougies d'étain de BÉNIQUÉ ne sont pas graduées selon la filière de CHARRIÈRE, mais que chaque numéro est de 1/6 de millimètre plus fort que le précédent. Les bougies élastiques ont la préférence du malade et des médecins qui n'ont pas une grande habitude des bougies métalliques. Beaucoup de médecins les conseillent aux malades qui désirent se sonder eux-mêmes; mais s'il est vrai, d'après nos observations, que les individus intelligents sont seuls capables d'apprendre à se servir de sondes métalliques, il ne faut pas se figurer, d'autre part, que les bougies élastiques soient dépourvues de danger lorsqu'elles sont introduites par une main non exercée. Ce sont surtout les bougies anglaises qui par le fait de leur résistance plus grande, créent facilement des fausses routes. Lorsqu'un numéro de bougie franchit le point rétréci sans difficulté, on passe au numéro immédiatement plus fort. Une autre méthode est la **dilatation continue** conseillée par H. THOMPSON et qui est parfois d'une très grande efficacité. Elle conduit au but en un temps relativement court (10 à 12 jours), mais le malade est obligé de garder la chambre pendant toute la durée du traitement. L'instrument employé de préférence est une sonde anglaise, et au besoin une sonde d'argent; elle doit pénétrer facilement, ne pas être serrée par les parois de l'urètre, et l'extrémité de l'instrument ne doit pas faire saillie dans la vessie afin de ne pas irriter cette dernière. On aura soin de l'introduire juste assez profondément pour que l'urine s'écoule facilement lorsque le malade se tient debout.

La bougie à demeure sera fixée de la manière que nous avons décrite à propos du cathétérisme ; au bout de 2 ou 3 jours elle doit être enlevée et remplacée par une autre ayant un calibre de plusieurs numéros plus fort. Au bout de 6, 8 ou 10 jours, on cesse la dilatation permanente, et l'on se contente d'introduire chaque jour une bougie. On obtient ainsi en très peu de temps un bon résultat.

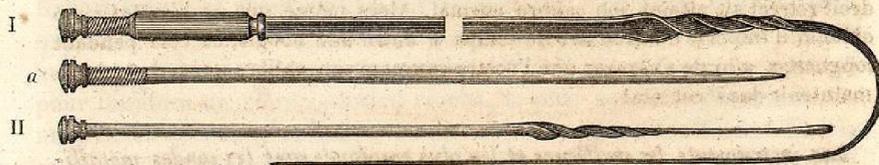


Fig. 87. — Instrument de DIEULAFOY en forme de vis. — I. Dilatateur formé d'une tige métallique vide, et munie pour plus de solidité d'un stylet (I a) qui se visse sur elle. — II. Dilatateur formé d'une tige de baleine.

Ainsi, par exemple, lorsqu'on a laissé à demeure assez longtemps une bougie n° 3 (CHARRIÈRE) on peut parfois, après l'avoir retirée, introduire immédiatement le n° 15 ou même un numéro encore plus fort.

Les malades soumis au procédé de dilatation de THOMPSON, ont ordinairement un peu de fièvre. L'apparition d'un seul frisson suivi de transpiration n'est pas, suivant THOMPSON, un motif suffisant pour inter-

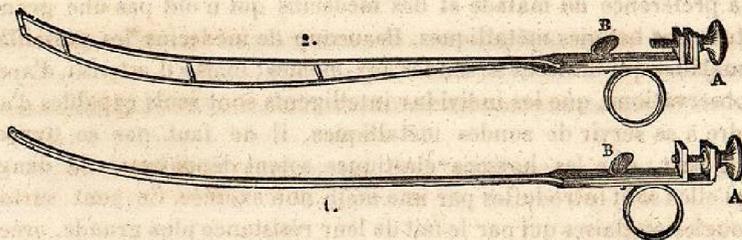


Fig. 88. — Dilatateur de MONTAIN (Lyon).

rompre le traitement par ce procédé. D'après mes observations la dilatation continue réussit même dans le cas où l'on n'a pu introduire d'abord qu'une très-fine bougie (n° 1), que l'on laisse à demeure pendant 2 ou 3 jours. L'urine se fraye alors un passage à côté de la bougie et s'écoule par gouttes presque continuellement.

Certains procédés forment transition vers la **dilatation forcée** ; tels sont ceux dans lesquels, en une seule séance, et en s'aidant parfois de l'anesthésie chloroformique, on cherche à introduire rapidement les unes à la suite des autres des bougies de plus en plus grosses en usant d'une certaine force ; il en est de même du procédé consistant à faire pénétrer de

force une sonde métallique dans le rétrécissement. Puis, par l'introduction de bougies on s'efforce de maintenir la dilatation ainsi obtenue ou d'agrandir encore peu à peu le calibre de l'urètre. Quant à la **dilatation forcée proprement dite** des rétrécissements, on peut l'opérer par deux procédés. Dans le premier on se sert d'instruments particuliers, les dilateurs urétraux, dont un grand nombre ont été conseillés. Tan-



Fig. 89. — Dilatateur de STEARN.

tôt ils fonctionnent à la manière d'une vis comme dans le dilatateur de DIEULAFOY (fig. 87), tantôt c'est un instrument ayant la forme d'un cathéter mince, à 2 branches pouvant s'écarter grâce à une vis au moyen de laquelle on peut opérer le redressement de deux petites tiges ou plaques métalliques (RIGAULT-MICHELEA, THOMPSON, MONTAIN (fig. 88, etc.), ou bien les branches de l'instrument peuvent s'écarter sans ces

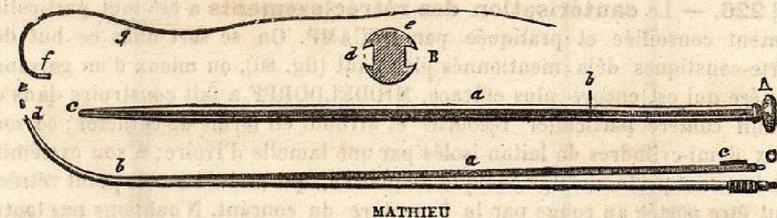


Fig. 90. — Dilatateur de VOILLEMIER. A Cône dilateur. B Coupe transversale du cône montrant son diamètre et ses deux rainures. C Double mandrin conducteur. f Petite bougie conductrice de Maisonneuve.

petites tiges par la simple action de la vis, comme dans le dilatateur de STEARN (fig. 89) que HUETER conseille comme particulièrement pratique. Dans une quatrième espèce de dilateurs les branches sont écartées par des stylets de dimensions croissantes. (HOLT-VOILLEMIER, fig. 90), ou bien c'est une olive ou un cathéter qu'une vis permet de faire avancer lentement dans le point rétréci, entre les branches du dilateur. (DITTEL, BERKLEY-HILL, etc., fig. 91.)

Après la dilatation forcée, comme après la dilatation progressive, on introduira encore de temps en temps des bougies d'épaisseur variable suivant le calibre de l'urètre. — Pour que les divers instruments que nous venons de décrire soient utilisables, il faut évidemment qu'ils puis-