

intéressant. Vous constaterez, en effet, que le maniement de ces instruments permet d'exclure tout emploi de la force. Là où, avec une bougie souple, dans un canal à parois résistantes, vous étiez arrêtés ou obligés de passer à frottement, vous introduisez un numéro égal ou même un peu supérieur, sans ressentir la moindre difficulté. C'est le secret de leur utilité.

C'est afin de bénéficier dans une plus large mesure des remarquables propriétés des instruments métalliques courbes, que nous avons fait adapter à ces bougies métalliques un écrou qui permet de les visser sur la bougie conductrice de Maisonneuve. C'est aussi afin de ne pas les transformer en agents mécaniques s'introduisant de force, grâce à leur rigidité, dans la filière rétrécie, que nous avons conservé à ces instruments leur calibre régulièrement cylindrique, au lieu de leur donner les diamètres graduellement croissants des instruments coniques. Leur extrémité seule est légèrement effilée, afin de ne pas établir un ressaut brusque entre le talon de la bougie et le bec de l'instrument (fig. 114).

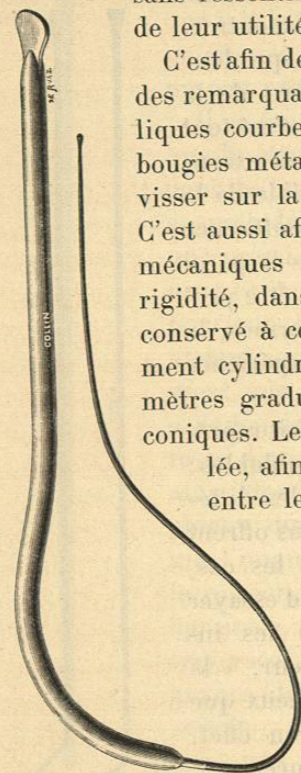


FIG. 114. — Bougie métallique courbe montée.

La bougie conductrice permet d'introduire les instruments métalliques avec plus de précision et, par conséquent, plus de douceur, avec un minimum de pression; on les suit sans avoir, pour ainsi dire, de manœuvre à faire. Sans transgresser les règles de la dilatation, sans en dénaturer l'application, il vous en permet de progresser un peu plus rapidement et de vous attaquer, sans autre secours, à des rétrécissements qui auraient résisté à la seule action des bougies en gomme.

La forme courbe donnée par Béniqué à ses instruments, est la seule qui convienne pour les rétrécissements situés dans la région périnéale de l'urètre, c'est-à-dire pour le plus grand nombre, c'est également celle qui permet d'agir dans la portion scrotale; elle peut même être utilisée pour l'urètre pénien.

Aussi est-ce l'instrument de choix, celui dont vous ferez le plus ample usage. Mais lorsque les rétrécissements pénien sont, comme il arrive parfois, très épais, très durs et étendus, il est difficile, sans abuser de la force, d'y faire cheminer la courbe des béniqués. Employez dans ces cas « des bougies métalliques droites ». Il suffit de leur donner 10 à 15 centimètres de longueur, il est inutile de les conduire avec une bougie souple. Leur forme est cylindrique et leur graduation, ainsi que les règles de leur introduction, seront les mêmes que celles des bougies métalliques courbes.

Conclusions. — De tout ce que nous apprend l'étude attentive des effets immédiats et secondaires du cathétérisme sur le canal rétréci, il résulte bien clairement *que les effets de la dilatation sont d'autant plus certains, que l'on a fait usage moins mécanique des instruments.*

Il n'est pas nécessaire de péniblement les introduire, de les laisser longtemps séjourner, de fréquemment répéter leur introduction ou de les multiplier dans la même séance. Pour faire la dilatation progressive, il suffit de passer deux bougies souples graduées à un tiers de millimètre, de deux à quatre bougies métalliques graduées au sixième et plutôt deux que quatre, de les laisser séjourner quelques minutes, ou même de les retirer immédiatement, de renouveler les séances tous les deux jours, de toujours les commencer par l'introduction d'un numéro inférieur; on mène à bien ainsi le traitement d'un rétrécissement dilatable, c'est-à-dire de la majorité des rétrécissements. Les introductions pénibles, les séjours trop prolongés, les séances trop rapprochées, ne vous donneront que par hasard les résultats que vous désirez et feront presque invariablement, naître des accidents plus ou moins sérieux. Vous y serez d'autant plus exposés que le rétrécissement est plus réfractaire.

Quand vous voudrez obtenir l'élargissement dans « les mauvais cas », employez la dilatation prolongée; l'étude de la sonde à demeure nous a montré ce que l'on en peut attendre (p. 348). Utilisez le séjour des bougies, recourez même aux séjours longs et répétés, « mais à une condition expresse » : ne vous servez que des bougies souples, de numéros qui entrent sans le moindre effort. Pour que les instruments à demeure

dilatat, il faut qu'ils soient supportés et ne déterminent aucun accident, voire aucune gêne. Vous ne réaliserez ces conditions *qu'avec des bougies trop petites*. On croit généralement le contraire, et trop souvent on se laisse aller à transgresser cette règle, même quand on la connaît; c'est au grand détriment des malades, et tout ce que je vois m'oblige à beaucoup insister. Plus que jamais, faites de la dilatation dynamique et craignez la dilatation mécanique. Elle est d'autant moins de mise, que le rétrécissement « est plus dur ». La clinique le démontre formellement; il faut la croire et ne pas se fier à un raisonnement, qui conduirait à une pratique contraire et à des résultats tout différents.

Nous ne pouvons entrer dans de plus grands détails; mais, au point de vue de cette étude générale, de même qu'au point de vue de toutes les applications particulières que vous êtes destinés à faire en pratiquant la chirurgie, il y avait utilité à ne pas négliger d'aborder ces questions.

L'expérience de chaque jour démontre trop clairement que c'est à l'absence de principes et de règles générales, à l'absence d'une étude d'ensemble, qui seule peut aider à coordonner les détails et à n'en négliger aucun, que sont dues la plupart des fautes de la pratique. Ces raisons sont assez décisives, pour que nous ayons cru utile d'insister sur tout ce qui pourra vous servir, au moment où vous vous trouverez en face du fait particulier. Nous vous éviterons peut-être de le laisser passer sans profit pour votre instruction, et, alors que vous aurez à supporter la responsabilité du traitement, sans bénéfice pour les malades.

Dans l'espèce, l'étude clinique du cathétérisme modificateur nous a conduit à admettre, que ce ne sont pas ses effets mécaniques qu'il convient de rechercher. Lorsque l'on veut obtenir des résultats thérapeutiques durables et se servir sans inconvénient ou sans danger des instruments nécessaires, nous avons avant tout besoin de ses effets dynamiques.

Tout nous prouve que le simple contact des instruments, qu'une action purement physique sagement limitée, détermine, dans le tissu du rétrécissement, des modifications que l'étude de la physiologie pathologique de l'inflammation et des troubles vasculaires qui l'accompagnent, nous aide à comprendre. Ce que l'on sait de l'influence de l'irritation sur la

nutrition et les transformations des éléments anatomiques, rend compte des modifications apportées dans le tissu de l'urètre pathologique, par le contact répété des instruments et permet d'admettre qu'elles sont la conséquence des modifications apportées à l'irrigation de ses parois. Les effets en apparence contraires, qui se reproduisent et se succèdent, sont aisément expliqués par « un trouble circulatoire local »; l'on apprend comment on arrive aux bons résultats et l'on voit comment on évite les mauvais. On ne s'étonne plus de la persistance des effets du contact et l'on arrive naturellement à éliminer, autant que possible, l'action purement mécanique. L'on est en effet, convaincu qu'elle ne peut favoriser la régulière succession des manifestations physiologiques, nécessaires à une modification réelle des tissus pathologiques, que lorsqu'on en use avec délicatesse et avec mesure; tout démontre qu'elle peut facilement les troubler.

Grâce à la notion exacte de la modalité de l'action excitante du contact des instruments sur l'urètre, nous pouvons à la fois rationnellement et scientifiquement tenter: — de modifier sa sensibilité physiologique ou pathologique, — ses sécrétions normales ou pathologiques, — nous pouvons enfin obtenir de profondes et précieuses modifications dans la constitution des produits pathologiques, qui changent les propriétés physiques de ses parois et rétrécissent ses diamètres.

En excluant par l'étude des résultats physiologiques du cathétérisme, toute préoccupation empirique, nous arrivons donc à repousser les manœuvres qui n'auraient pas pour principe et pour but, « une action modificatrice des tissus pathologiques ».

Il serait puénil de soutenir que l'on peut absolument se passer de toute action mécanique. Le seul fait de l'usage d'instruments, de quelque manière que l'on s'en serve, suffit pour protester contre semblable prétention.

Mais nous ne voulons, encore une fois, emprunter à l'action mécanique que ce qui est nécessaire « pour établir le contact ».

Ce contact, nous pourrions le désirer « plus ou moins intime, plus ou moins prolongé ». Il pourra être nécessaire de l'exercer temporairement avec un certain degré de pression, à l'aide

d'instruments qui augmentent son action sans rien ajouter à la force qui le met en œuvre, c'est ce que permettent les instruments métalliques.

Mais, à aucun degré, nous ne ferons usage de la force, parce que nous savons, non seulement qu'elle est inutile et dangereuse, mais surtout parce que nous avons appris qu'il faut ne pas franchir le degré, ne pas dépasser la dose, qui substitue à une action physiologique régulière, des phénomènes pathologiques dont nous ne pouvons calculer les effets.

Nous nous y exposerons d'autant moins que nous savons : que pour provoquer ces phénomènes physiologiques salutaires, il suffit de faire usage d'excitations physiques modérées, et, que le résultat du travail physiologique provoqué, est plus assuré, lorsqu'il est graduellement et successivement établi, que lorsqu'il est d'emblée trop activement sollicité.

Afin de préciser aussi nettement que possible ce qu'il convient de faire nous vous disons : *pour opérer la dilatation, usez dans la mesure que vous jugerez nécessaire, du contact des instruments, mais n'ayez pas recours à la pression.* Les échecs et les accidents de la dilatation, sont dus à l'inobservance de ce principe ; vous aurez « des succès inespérés » en vous y soumettant.

Lorsque, après avoir méthodiquement mis en œuvre toutes les ressources modificatrices du contact, vous n'avez pu obtenir de dilatation suffisante, vous n'avez plus qu'une ressource : c'est de diviser par l'urétrotomie ou de complètement déchirer à l'aide de la divulsion, les parties rétrécies. Ce que nous savons de l'action des pressions et du résultat très favorable des sections régulières, nous a conduit à préférer « l'incision à la déchirure », c'est-à-dire : l'urétrotomie à la divulsion.

TRENTE-NEUVIÈME LEÇON

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

EMPLOI DU CHLOROFORME POUR LES OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT DANS LA VESSIE ET L'URÈTRE

L'anesthésie générale offre de précieuses ressources pour les opérations qui se pratiquent dans la vessie ; elle en facilite l'exécution et en atténue les risques. — Les secours qu'elle offre pour l'urètre sont très limités. — Le chloroforme est l'agent auquel nous avons recours.

But de la chloroformisation de la vessie, conditions physiologiques qui en régissent l'emploi. — La chloroformisation ne doit avoir d'autre but que de s'opposer aux contractions de la vessie. — Il faut, par conséquent, s'en servir de façon à empêcher la mise en action de la sensibilité vésicale. — L'on doit pour y parvenir tenir compte de ses causes, de sa nature, de son degré. — Cela est indispensable pour régler physiologiquement l'action du chloroforme sur la vessie. — La manière de s'en servir varie suivant l'état de la sensibilité vésicale. — Selon les cas, l'anesthésie est faite d'après l'un de ces trois procédés. — *A.* L'on utilise le chloroforme à la première période. — *B.* On le conduit jusqu'à la troisième. — *C.* On y associe les injections sous-cutanées de morphine. — On s'arrête à la première période dans tous les cas où il n'y a que la sensibilité normale ou une sensibilité très faible à la tension. — On va jusqu'à la troisième, dans ceux où la sensibilité pathologique est rapidement mise en jeu par la tension et par le contact et dans ceux où, malgré la constatation d'une sensibilité moyenne ou faible, l'on prévoit des manœuvres longues ou difficiles. — On combine l'emploi du chloroforme et de la morphine, lorsque la sensibilité est assez forte, pour qu'il y ait intolérance du contact et qu'elle se manifeste, vivement sous l'influence d'une très petite quantité de liquide.

Effets physiologiques du chloroforme sur la vessie au cours des opérations. — Leur caractéristique est « l'instabilité de l'action anesthésique ». — La chloroformisation ne supprime pas complètement la sensibilité vésicale, elle ne le pourrait pas sans danger. — Les réveils de contraction qui sont inévitables doivent être très attentivement surveillés par l'opérateur. — Leur régulière observation le met à même de diriger avec précision l'aide chargé de l'administration du chloroforme. — « La vessie est notre esthésiomètre ». — L'agitation des membres, la cessation des sensations au pincement et même celle du réflexe cornéal sont des guides infidèles. — Pendant l'agitation la plus grande, la vessie peut être inerte ; alors que la résolution est complète, elle peut se contracter. — Cela s'observe toujours chez les sujets qui ont une sensibilité pathologique très accentuée, alors même que la morphine est combinée au chloroforme. — L'action exercée par le chirurgien doit donc être entièrement subordonnée à la tolérance du réservoir, c'est-à-dire à la répétition, au degré de ses contractions. — « On n'agit que lorsque la vessie ne résiste pas. » — Les contacts lorsqu'ils ne sont pas