

plus possible, nuit à la pénétration du mandrin au travers du rétrécissement.

Moreau Wolf fait la divulsion en agissant d'arrière en avant, au moyen d'un divulseur cylindrique à fentes multiples (fig. 677) dont la paroi s'étale comme une sorte d'éventail circulaire sous l'influence de la pression intérieure que lui fait subir le mandrin.

Procédé de Corradi. — Au lieu de chercher à dilater brusquement l'urètre et à rompre le rétrécissement, Corradi a cherché à agir avec plus de douceur et à n'amener la division du rétrécissement que sur un point seulement. L'instrument dont il se sert est un petit cathéter d'argent, mais flexible, creusé d'une gouttière logeant un fil métallique fixé d'un côté à l'extrémité du cathéter et aboutissant vers le talon à une vis qui, en agissant, tend à le raccourcir. L'instrument engagé dans le rétrécissement, on tourne la vis; le fil tendu courbe l'extrémité du cathéter qui prend la forme d'un arc que le fil sous-tend comme une corde; ce fil appuie sur le rétrécissement qu'il dilate et qu'il peut même, au dire de l'auteur, sectionner s'il n'est pas trop résistant. La dilatation graduelle termine le traitement.

Procédé de Thompson. — Il consiste à dilater le rétrécissement avec un instrument formé de deux lames pouvant s'écarter à un endroit limité au moyen d'un mécanisme intérieur. Thompson ne cherche que la rupture partielle de l'obstacle, mais le nom même de sur-distension qu'il donne à son procédé indique qu'il cherche à dilater l'urètre au delà de son calibre normal. C'est donc un véritable procédé par divulsion.

4° DILATATION IMMÉDIATE PROGRESSIVE. *Procédé de Léon Le Fort.* — Cette méthode, que j'emploie exclusivement depuis 1868, c'est-à-dire depuis vingt ans, m'a été inspirée par le rapprochement de faits déjà observés et qui relèvent l'un de la dilatation lente, l'autre de la dilatation rapide. Le premier avait été depuis longtemps constaté, mais on n'en avait pas tiré les conséquences qu'il comporte. On avait remarqué que si une bougie un peu serrée dans un rétrécissement y est laissée à demeure pendant vingt-quatre heures, elle peut alors librement jouer dans le canal. En observant en 1866 ce fait bien connu, que je constatai sur un malade auquel j'avais laissé à demeure pendant vingt-quatre heures la bougie conductrice de l'uréthrotome, j'eus l'idée de substituer à l'uréthrotomie, que j'étais sur le point de faire, la dilatation rapide par le procédé de Richard. Je passai dans ce rétrécisse-

ment serré et dans une même séance tous les numéros de la filière jusqu'à la bougie numéro 18. En répétant cette expérience, je constatai que le séjour de la bougie amène une légère inflammation qui se traduit souvent par un peu de blennorrhée et que l'inflammation a pour résultat de ramollir le rétrécissement et de le rendre dilatable. C'est cette circonstance, c'est cette condition qui est la base de la méthode. A partir de 1866 j'eus donc le plus souvent recours à la dilatation rapide, mais après avoir au préalable placé pendant vingt-quatre heures une bougie à de-

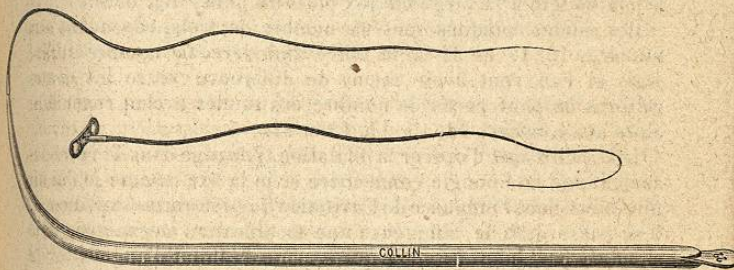


FIG. 678.

Dilatateur conique de Le Fort
avec l'appareil fixateur de la bougie à demeure.

meure dans le canal. Cependant, malgré ce ramollissement et cette distensibilité, lorsqu'il s'agit d'un rétrécissement serré, ne pouvant recevoir qu'une fine bougie, le procédé de Richard devient d'une application difficile, par suite du peu de résistance de la bougie. Telle fut la seconde donnée du problème. C'est alors que j'eus l'idée de la résoudre en faisant fabriquer des bougies métalliques coniques et courbes, se continuant par le sommet du cône avec une bougie conductrice. Voici comment je pratique la dilatation.

Qu'on introduise sur la bougie conductrice un uréthrotome ou mes sondes dilatatives, il y a danger de voir la bougie trop flexible se recourber dans le canal et l'instrument rigide qu'elle devrait guider peut alors s'égarer et faire des fausses routes. Je me suis mis complètement à l'abri de cet accident, depuis 1871, en faisant fabriquer par M. Bénas des bougies coniques vers leur talon et portant à l'intérieur du cône une très fine baleine. Cette addition a été faite depuis, par ce fabricant, à toutes les bougies

conductrices de l'uréthrotome et il a même modifié les autres en substituant à la baleine un crin de Florence.

La bougie conductrice se terminant au talon par un ajutage métallique qui ne fait et ne doit faire aucune saillie, il était assez difficile de la fixer dans le canal et pendant vingt-quatre heures, avec sécurité. J'ai imaginé une petite plaque métallique portant un petit ajutage creusé en pas de vis, lequel se vissant dans le talon de la bougie, comme le ferait l'uréthrotome ou la sonde dilatative, fait corps avec l'instrument. Les deux trous latéraux servent à recevoir les fils au moyen desquels on fixe la bougie à la verge ou aux poils du pubis (fig. 678).

Les sondes coniques sont au nombre de trois, répondant aux numéros 12, 17 et 22 de la filière Charrière. Ce nombre suffit; mais si l'on veut avoir moins de différence entre les divers calibres on peut porter le nombre des sondes à cinq répondant alors aux numéros 12, 15, 17, 19 et 22.

Lorsqu'il s'agit d'opérer la dilatation, j'engage dans le rétrécissement une fine bougie conductrice et je la fixe comme je l'ai dit plus haut. Sous l'influence de l'irritation que détermine sa présence, il se passe dans la muqueuse une modification organique, déjà signalée par John Hunter, qui a pour résultat d'augmenter la sécrétion du mucus uréthral, d'assouplir la muqueuse et même les tissus du rétrécissement de telle sorte que la bougie, serrée au moment de son introduction, joue après vingt-quatre heures très librement dans le canal.

Lorsque cet effet a été produit, je dévisse la plaque et je visse au talon de la bougie ma sonde conique en maillechort dont le diamètre à la pointe est celui de la bougie flexible et dont le diamètre le plus large répond au n° 12 de la filière Charrière. Comme on le ferait avec l'uréthrotome, je pousse la sonde métallique dans le canal et celle-ci pousse devant elle la bougie flexible qui pénètre et se replie dans la vessie; je fais pénétrer doucement la sonde qui ne peut s'égarer grâce à la bougie conductrice qui la guide, et j'ai ainsi commencé la dilatation. Je retire la sonde métallique et lorsque le talon de la bougie flexible, laquelle ne doit pas abandonner la vessie, a apparu hors du méat, je dévisse la sonde n° 1 et je la remplace par la sonde n° 2 dont le diamètre, à la pointe, est le même, mais qui s'augmente jusqu'à équivaloir au n° 17 de la filière. Si le rétrécissement est difficile à dilater, s'il y a une notable résistance je ne poursuis pas plus loin et j'attends au lendemain en laissant la bougie conductrice en place; mais le plus souvent j'introduis de suite le n° 3 qui a dans sa partie large le diamètre du n° 22 de la filière. Cela fait, le rétrécisse-

ment n'existe plus, j'introduis une sonde n° 16 ou 18 que je laisse à demeure, pendant un ou deux jours, après quoi je passe des bougies jusqu'aux n° 21, 23 ou 25; j'apprends au malade à se sonder et dès lors mon rôle est terminé. C'est au malade à maintenir la guérison en se passant tous les jours, puis tous les deux jours, puis toutes les semaines pendant plusieurs mois une bougie en gomme du n° 18. S'il néglige cette précaution, avec cette méthode comme avec toutes les autres il s'expose, aux récidives.

5° CAUTÉRISATION. — Méthode de date fort ancienne, elle a été régularisée par Ducamp, au procédé duquel Lallemand, Amussat et d'autres n'ont apporté que d'insignifiantes modifications. C'est donc le seul qui vaille la peine d'être décrit.

Procédé de Ducamp. — Le *porte-caustique de Ducamp* est une canule de gomme élastique terminée par une douille de platine de 13 millimètres de longueur. Par cette douille peut sortir ou rentrer à volonté un cylindre de platine de 2 millimètres de diamètre, supporté par une bougie de gomme élastique qui sert de mandrin à l'instrument. Ce cylindre est creusé d'une rainure profonde, remplie de nitrate d'argent fondu au chalumeau.

L'instrument ainsi armé, puis huilé et fermé, est introduit jusqu'au rétrécissement, dont on a pris d'ailleurs la mesure exacte. Lorsqu'on rencontre une résistance, on l'arrête; et en poussant le mandrin on fait sortir le cylindre de platine, qui pénètre seul dans l'obstacle. Une marque qui se trouve sur la canule indique toujours de quel côté est la rainure chargée de caustique. Si donc l'ouverture du rétrécissement est en haut, on imprime à l'instrument un mouvement de rotation tel, que la rainure regarde en bas et cautérise de ce côté; si l'ouverture est en bas, on opère un mouvement contraire; enfin quand elle est au centre, par un mouvement de rotation complet, on promène le caustique sur toute sa circonférence. Au bout d'une minute, on rentre le cylindre dans la canule, et l'on retire l'instrument.

La rainure du porte-caustique reçoit à peu près 2 à 3 centigrammes de nitrate d'argent; en laissant l'instrument en place une minute, il ne s'en dissout guère que le tiers; et, en général, un demi-centigramme suffit pour chaque application.

Après la première application, on reste trois jours sans rien tenter de nouveau; passé ce temps, on prend une nouvelle empreinte pour juger des points qui font le plus saillie. On passe ensuite une bougie proportionnée à la largeur de l'obstacle. Si elle pénètre jusque dans la vessie, on a la certitude qu'il n'y a

qu'un rétrécissement; on fait alors une seconde application; et trois jours après on prend une troisième empreinte. S'il reste très peu de parties saillantes, et qu'une bougie n° 6 passe facilement à travers l'obstacle, on continue le traitement par la dilatation.

Quand l'obstacle se trouvait au delà de 16 centimètres (la verge étant tendue et relevée), Ducamp se servait d'un porte-caustique à canule légèrement courbe, dans lequel le mandrin pouvait tourner sans qu'il fût besoin de mouvoir la canule elle-même.

6° ELECTROLYSE. — Amussat, Tripier, Mallez ont employé l'électrolyse pour détruire, par cautérisation chimique, le rétrécissement et pénétrer ainsi dans la vessie. L'instrument dont on se sert en général consiste en une sonde de gomme munie à sa pointe d'une sorte d'embout métallique relié par un fil intérieur à l'armature extérieure que l'on met en communication avec l'un des pôles de la pile. Cette disposition donnée à la partie cautérisante a l'inconvénient de cautériser latéralement le canal. C'est par cette raison que dans les tentatives que je fis en 1872 et dont j'ai parlé plus haut (page 572) j'avais fabriqué un petit appareil ne cautérisant que par le centre de sa pointe. On emploie aussi des uréthrotomes électrolytiques sous forme de lame métallique n'agissant que sur un point seulement du rétrécissement. L'application de la méthode est assez simple. On conduit l'instrument jusque sur le rétrécissement, on le met alors en communication avec le pôle négatif d'une batterie à courants continus et le pôle négatif est formé par une plaque de métal ou un cône de charbon, recouverts de peau de chamois mouillé, qu'on applique sur le téguments du ventre ou de la cuisse. La séance ne doit durer que quelques minutes. Quoique très partisan de l'électrolyse, que j'emploie souvent pour d'autres affections, je la repousse pour les rétrécissements de l'urètre pour des motifs que je donnerai plus loin et qui s'appliquent également à la cautérisation.

7° URÉTHROTOMIE INTERNE. — L'idée de supprimer l'obstacle apporté au cours de l'urine par un rétrécissement au moyen de l'incision ou de l'excision de ce rétrécissement est loin d'être nouvelle, puisqu'elle remonte au XVI^e et au XVII^e siècle. Ch. Bell décrit un instrument destiné à faire l'uréthrotomie d'arrière en avant; Mac Ghie, de Dornfries, en 1823, Stafford, de Londres, en 1827, décrivent et pratiquent cette opération; mais elle n'est vraiment entrée dans la science que depuis le mémoire de Reybard, couronné par l'Académie en 1852.

Procédé de Reybard. — Très différent de l'uréthrotomie telle qu'on la pratique aujourd'hui, il avait pour but de sectionner le canal dans toute son épaisseur en respectant seulement la peau. Il se servait d'abord d'une sonde d'argent de calibre variable, terminée par une extrémité amincie pour s'engager dans le rétrécissement. Une rainure latérale permettait d'en faire sortir une espèce de lame de canif de 2 à 3 centimètres de longueur, inclinée presque à angle droit sur la sonde; cette lame, sortie en arrière du rétrécissement, la divisait d'arrière en avant en coupant du même coup toute l'épaisseur de la paroi uréthrale, jusqu'à ce qu'elle fût arrivée à la portion saine du canal; alors on la faisait rentrer dans la sonde, pour extraire celle-ci sans autre péril. Plus tard, il a surajouté à la canule deux tiges d'acier appliquées sur la face externe, et qui peuvent s'écarter à l'aide d'un méca-

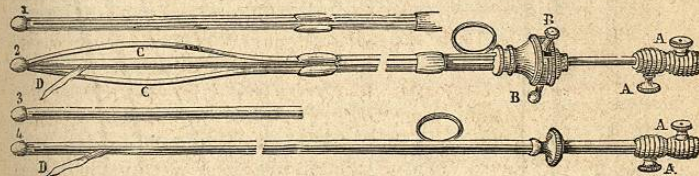


FIG. 679.

Uréthrotome de Reybard.

nisme extérieur de manière à dilater l'urètre. Une première incision étant faite comme il a été dit, on repousse la sonde au delà du rétrécissement, on écarte les tiges dilatatrices, et faisant de nouveau sortir la lame, on la fait agir sur les tissus distendus et dès lors mieux disposés pour une incision bien complète. Immédiatement le canal admet les sondes du plus gros calibre; et il faut y en passer de temps en temps jusqu'à ce que l'incision se soit recouverte d'une cicatrice muqueuse, qui, selon l'auteur, est une garantie contre toute récidive du rétrécissement.

L'uréthrotomie, telle qu'on la pratique actuellement, se borne à scarifier assez profondément le canal de l'urètre, mais sans atteindre les limites de sa paroi. Le rétrécissement peut être sectionné d'avant en arrière, ou d'arrière en avant. Avant que Maisonneuve eût eu l'heureuse idée d'attacher à l'extrémité de l'uréthrotome une bougie conductrice, l'uréthrotomie d'avant en arrière était à la fois fort difficile et fort dangereuse; difficile, parce qu'on ne pouvait pas toujours engager dans le rétrécissement la partie effilée qui servait de conducteur à l'instrument;

dangereuse, parce qu'en cas de fausses routes on s'exposait à débrider plus ou moins loin en dehors de l'axe du canal. D'un autre

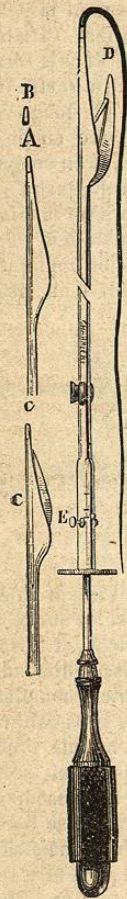


FIG. 680.

Uréthrotome de Charrière.

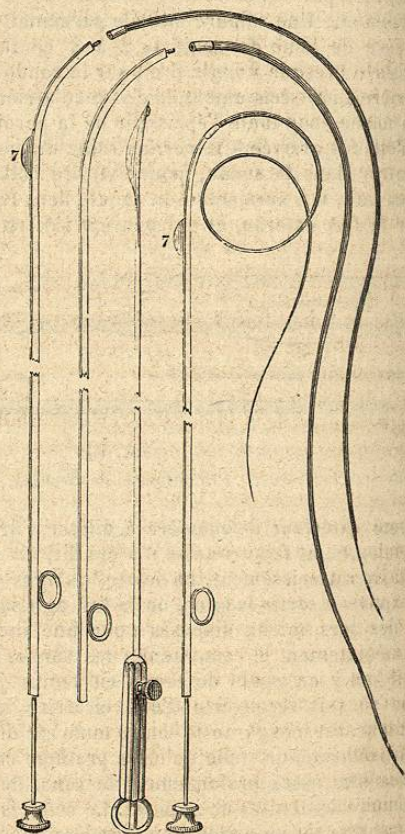


FIG. 681.

Uréthrotome de Maisonneuve.

côté, si l'uréthrotomie d'arrière en avant avait comme avantage une plus grande sécurité, il était souvent fort difficile de pouvoir

engager dans un rétrécissement l'instrument qui devait le dilater. L'adjonction de la bougie conductrice a diminué notablement les difficultés et a permis de faire avec toute sécurité, au point de vue de la médecine opératoire, l'opération de l'uréthrotomie. Je crois donc inutile de décrire, et même de mentionner les très nombreux instruments imaginés depuis vingt ans par tous ceux qui veulent faire autrement, sinon mieux que leurs devanciers. Les uréthrotomes de Charrière (fig. 680), de Trélat, lesquels ont l'avantage de pouvoir couper d'avant en arrière ou d'arrière en avant, comptent parmi les meilleurs.

Mais celui qui me paraît mériter la préférence, celui que j'emploie dans les cas rares où je trouve l'indication de pratiquer cette opération, est celui de Maisonneuve. Il se compose d'une tige conductrice courbe, creusée d'une gouttière sur sa convexité ou sur sa concavité (le plus souvent aujourd'hui sur sa concavité), gouttière dans laquelle glisse la tige qui porte la lame tranchante. La disposition particulière de cette lame est ce qui fait la supériorité de l'instrument. Elle est triangulaire et la base du triangle adhère à la tige du curseur. Elle rencontre donc l'urèthre par un de ses angles; or cet angle est émoussé et incapable de couper; aussi, tant que l'urèthre est extensible, il se laisse soulever sur l'angle mousse de la lame et le côté tranchant ne peut l'atteindre. Si au contraire il existe un rétrécissement, l'urèthre se dilate mais le rétrécissement résiste et se présente au devant de la lame qui le sectionne. L'opération se fait de la façon suivante: on introduit d'abord la bougie conductrice, à laquelle on visse ensuite le conducteur métallique, puis on ajoute la lame tranchante, qu'on pousse doucement jusqu'à ce qu'elle ait sectionné et franchi l'obstacle. Cela fait, on retire l'instrument et l'on place dans l'urèthre une sonde à demeure. Quelques chirurgiens cependant préfèrent ne pas mettre immédiatement de sonde à demeure et laissent le canal se reposer pendant quelques jours avant de revenir au cathétérisme.

Est-il préférable de choisir un uréthrotome incisant par sa concavité la paroi supérieure, ou incisant par sa convexité la paroi inférieure. On préfère souvent agir sur la paroi supérieure, la lame de l'uréthrotome ayant moins de danger à s'échapper de la rainure dans laquelle elle glisse, quand elle suit une courbe concave. Mais il est des cas nombreux, surtout quand il s'agit de brides consécutives à des rétrécissements traumatiques, où il faut agir sur la paroi inférieure. C'est au chirurgien à bien s'assurer de la parfaite construction de l'instrument dont il doit se servir.

8° URÉTHROTOMIE EXTERNE. — Elle n'est applicable qu'aux rétrécissements présentant des conditions particulières de gravité, et elle est souvent amenée par les ruptures de l'urèthre et par les rétrécissements qui en sont la suite, je la décrirai donc après avoir examiné la valeur des méthodes applicables aux rétrécissements ordinaires de l'urèthre.

Appréciation. — La cautérisation employée pour détruire les tissus mêmes du rétrécissement est une méthode justement abandonnée. Lors même qu'elle réussirait à rendre au canal son diamètre normal, elle aurait pour effet d'amener la formation d'un tissu inodulaire qui ramènerait un rétrécissement beaucoup plus opiniâtre que le premier. J'en dirai autant de l'électrolyse appliquée au moyen d'une olive métallique agissant sur toute la circonférence du canal. Si on l'emploie au moyen d'une lame n'agissant que sur un point limité et comme le ferait l'uréthrotome, elle ne vaut pas l'uréthrotome dont l'action se limite au point de section, tandis que l'action chimique destructive de l'électrolyse est beaucoup moins limitée et peut aller plus loin qu'il n'est nécessaire. Il ne suffit pas de franchir le rétrécissement avec un cathéter électrolytique et d'introduire facilement ensuite une bougie assez volumineuse, pour proclamer le malade guéri; il faut voir les résultats du traitement six mois ou un an après la guérison par un des procédés opératoires.

Je pose donc ce principe qui souffre peu d'exceptions. Aucun traitement ne procure la guérison rapide et définitive des rétrécissements de l'urèthre; le chirurgien ne peut que rendre au canal sa largeur normale; c'est au malade à continuer le traitement en continuant à passer des bougies dans le canal; et cette précaution doit, sous peine de récidive, être continuée pendant des mois et quelquefois des années. Je dirai donc avec Malgaigne « de quelque méthode qu'on ait fait usage, les charlatans seuls peuvent promettre une guérison sans récidive ». Au point de vue clinique, la thérapeutique des rétrécissements de l'urèthre se trouve dans la solution de cette question: Quel est le traitement capable de rendre au canal de l'urèthre rétréci sa largeur normale, avec le moins de dangers, avec le moins de douleurs pour le malade, avec le moins de probabilité de récidive, et cela dans le moins de temps possible?

La dilatation lente progressive a pour elle la sécurité, mais elle a contre elle la durée extrêmement longue du traitement. Lorsque le rétrécissement est serré, et lorsqu'on ne peut passer

que de fines bougies, il faut souvent plusieurs semaines avant qu'on puisse arriver à passer une bougie d'un calibre moyen.

La dilatation rapide progressive n'a pas ces inconvénients, mais pour qu'elle puisse être employée, il faut que le canal puisse admettre au moins une bougie n° 10, elle est donc inapplicable aux rétrécissements serrés qui sont les plus nombreux; mais en revanche elle intervient pour terminer plus rapidement le traitement par la dilatation lente et même dans certains cas dans la dilatation immédiate progressive. C'est la méthode par excellence quand il s'agit de rétrécissements légers admettant des bougies du n° 12; c'est elle que j'emploie le plus souvent dans ces circonstances; mais j'y ajoute le séjour préalable d'une bougie dans le canal pendant vingt-quatre heures.

La dilatation forcée immédiate ou divulsion est une méthode que je repousse absolument. Elle agit à l'aveugle, trop souvent elle amène des déchirures de la muqueuse et elle peut être suivie d'accidents mortels. Sur une série de vingt-quatre divulsions faites par Ledentu et communiquées par lui à la Société de chirurgie en 1886, il y eut deux morts; elle ne saurait donc être, pour moi, comparée à l'uréthrotomie interne, pas plus qu'aux autres méthodes de dilatation.

L'uréthrotomie interne, telle qu'on la pratique aujourd'hui, jouit de la faveur de la plupart des chirurgiens et cela se comprend, car elle a des côtés fort séduisants. C'est une véritable opération; elle est relativement peu dangereuse, elle rétablit de suite la largeur du canal. La rétablit-elle d'une manière permanente? ceci est une autre affaire. Pour quelques-uns, la sonde empêchant les deux lèvres de la plaie de se rapprocher, l'uréthrotomie a pour effet de créer une cicatrice large qui rend au canal sa dimension, elle agit, suivant l'expression de Teavan, comme ferait un tailleur qui met une pièce à un vêtement trop étroit. Cette explication est absolument inacceptable. Ce qu'on obtient c'est un tissu cicatriciel qui se rétracte et qui rapproche les deux lèvres de la plaie. Si cette réunion se fait malgré la présence de la sonde, c'est que cette sonde agit, comme je l'ai dit à propos de ma méthode: elle enflamme légèrement la portion de muqueuse restée intacte, celle-ci s'allonge, se distend et permet la réunion de la plaie, bien que le canal reste plus large qu'avant l'opération. L'uréthrotomie interne est relativement peu dangereuse, mais elle l'est néanmoins; il est vrai que les cas mortels reçoivent

peu les honneurs de la publicité. Ledentu, dans la statistique qu'il a publiée, a eu deux morts sur vingt-quatre uréthrotomies. C'est une proportion plus forte que d'ordinaire.

Guyon, dans une statistique donnée à la Société de chirurgie en 1886, avait eu 20 morts sur 410 malades opérés de 1867 à 1885; cela eût été une mortalité de 4.8 p. 100; mais dans un certain nombre de cas mortels la terminaison fatale survenue tardivement ne saurait être attribuée à l'opération et en les éliminant la mortalité tombait, d'après Guyon, à 1 1/2 p. 100. J'ai relevé sur les registres de l'hôpital Necker les uréthrotomies internes pratiquées par Guyon dans les quatre années 1885-1888. Sur 113 opérés, il y eut 9 morts, dont 7 à une époque assez rapprochée de l'opération pour qu'on la rende responsable, c'est donc une mortalité de 6.3 p. 100, proportion très élevée. Si l'on objecte qu'un certain nombre de cas heureux n'ont pas été portés sur les registres, la proportionnalité pourra bien diminuer; mais le chiffre brut des morts n'est pas modifié et il n'en reste pas moins ce fait, que cette opération représentée comme si innocente a causé la mort de 7 malades. La dilatation progressive que je pratique depuis 1872 n'a jamais, entre mes mains, amené la mort d'un seul opéré.

Quant aux récidives que l'uréthrotomie a la prétention de prévenir mieux que toute autre méthode, il suffit de dire que sur les vingt et un malades dont l'observation est donnée dans le travail de Reverdin, travail consacré à faire l'apologie de la méthode, on peut constater ce détail assez piquant que sur ces vingt et un malades uréthrotomisés par Guyon, sept, c'est-à-dire le tiers d'entre eux, avaient déjà été, sans succès on le voit, uréthrotomisés par d'autres, et même quelques-uns d'entre eux avaient pu éprouver plusieurs fois les heureux effets de la méthode, puisque deux avaient été uréthrotomisés deux fois et un trois fois déjà par Civiale.

Sur cinquante-deux malades qui se sont présentés dans mon service de Necker, auxquels j'ai fait la dilatation immédiate progressive et dont j'ai donné la statistique à la Société de chirurgie en 1886, huit avaient déjà, dans d'autres services, subi l'uréthrotomie et deux d'entre eux l'avaient subie deux fois. Cela seul suffit à montrer la fréquence des récidives après l'uréthrotomie.

La dilatation immédiate progressive que j'emploie depuis dix-huit ans et avec laquelle j'ai guéri plus de deux cents malades, est certainement supérieure à toutes les autres méthodes. Non seule-

ment je n'ai jamais perdu un seul opéré, mais même je n'ai jamais vu survenir d'accidents sérieux. La fièvre uréthrale contre laquelle je donne préventivement vingt-cinq centigrammes de sulfate de quinine, est même tout à fait rare. L'opération est peu douloureuse et je n'ai jamais cru devoir recourir au chloroforme. Quant à la durée du traitement aucune autre méthode ne peut lutter avec elle. Sur mon relevé de 52 malades, 3 étaient retenus à l'hôpital par d'autres affections; sur les 49 restants 17, c'est-à-dire un tiers, ne sont restés que six jours, 36 n'ont séjourné en moyenne que dix jours, et la moyenne générale pour tous les malades n'a été que de seize jours. Dans les cas ordinaires, sans complication, le traitement ne dure que trois jours au maximum. Quant aux récidives, elles sont si rares que depuis dix-huit ans, je n'en ai observé que deux. Pourquoi ces récidives si rares quand elles sont si fréquentes après l'uréthrotomie?

Le malade auquel on a fait l'uréthrotomie a la conviction qu'on lui a fait une opération qui a dû le guérir. Si c'est en ville, le chirurgien est venu avec un ou plusieurs aides; on a étalé des instruments tranchants, on a endormi le malade, on l'a opéré, le sang a coulé, on a condamné le patient au repos pendant plusieurs jours; ajouterais-je cette circonstance qui est extra-scientifique mais puissante? Les honoraires ont été ceux d'une opération. Si c'est à l'hôpital, il y a eu aussi annonce d'opération, anesthésie, hémorrhagie, etc. Le malade, puisqu'il a été opéré, doit croire que l'opération a eu pour effet de le guérir. Aussi, quand il a terminé le traitement post-opératoire, qu'il urine bien, il se croit guéri et il laisse de côté le cathétérisme qu'on lui recommandait cependant de pratiquer.

Au contraire, le malade auquel on a fait la dilatation immédiate progressive n'a aucune raison de croire qu'on lui a fait une opération; le chirurgien l'a opéré seul, sans aide, sans chloroforme; il a vu qu'on lui a passé simplement une ou deux sondes, il a gardé le lit à peine vingt-quatre heures. Or, quand on lui dit: « Je vous ai dilaté votre rétrécissement, mais il ne demande qu'à se reproduire puisque le canal est rétractile; vous ne serez guéri que lorsque, par des sondages, répétés chaque jour, vous aurez épuisé la rétractilité du canal; dans quelques mois vous pourrez vous contenter de passer tous les huit jours une bougie n° 18, mais il faudra le faire pendant une année. » Le malade comprend parfaitement le raisonnement, il accepte et suit un conseil dont il comprend l'importance.

La dilatation immédiate progressive ne peut pas cependant remplacer partout et toujours les autres méthodes. Il est des cas