

thre est rétréci, l'urine met plus longtemps à s'écouler. Puis, c'est le *jet* de l'urine qui attire plus ou moins l'attention du patient. Dans certains cas, le jet est plus fin et plus court, dans d'autres cas il est comme entrecoupé; dans bien des cas, on voit s'écouler d'abord quelques gouttes, puis ces dernières deviennent plus serrées, et enfin l'urine forme un jet continu; dans d'autres cas enfin on voit, en même temps qu'un jet bien prononcé, des gouttes tomber sur les bottes du malade tant que dure la miction.

Toutes les fois que l'urèthre est dilaté en arrière du rétrécissement, le malade ressent encore après la miction une sensation de plénitude dans la région du périnée, et s'il vient à presser instinctivement sur l'urèthre d'arrière en avant, on voit s'écouler l'urine qui était restée amassée dans cette dilatation. Si la portion membraneuse est devenue rigide, calleuse, ou bien qu'une dilatation rapide ait entraîné la paresse du sphincter, on note de l'incontinence d'urine. Quand la vessie est frappée d'hypertrophie concentrique, il faut la vider très souvent. Pendant la nuit même, le malade est réveillé toutes les heures et est obligé de se lever pour uriner. Si la vessie est parésiée, elle se dilate et cet état s'accompagne d'incontinence dans les circonstances que nous savons. Dans beaucoup de cas la miction exige de grands efforts et constitue un acte fort pénible; le malade tire sur la verge, pousse, tellement que des vents et quelquefois des matières s'échappent du rectum ou que ce dernier est prolabé, et en fin de compte il ne sort qu'une quantité insignifiante d'urine.

b) L'urine donne les signes d'un *catarrhe* plus ou moins intense. Dans bon nombre de cas, on ne voit qu'un tout petit nuage, et cet état persiste un certain temps. Il est exceptionnel qu'un rétrécissement existe depuis de longues années sans avoir provoqué de catarrhe vésical. Dans les cas intenses, l'urine révèle de graves lésions de la vessie, des bassinets et des reins.

c) Au début, les malades n'éprouvent qu'une sensation désagréable au moment de l'*éjaculation*, mais plus tard, ils ressentent des douleurs vives à ce moment; dans quelques cas, les douleurs sont si vives que les malades préfèrent s'abstenir du coït; mais comme le sperme s'accumule alors en plus grande quantité, les pollutions nocturnes sont extrêmement douloureuses. Dans les rétrécissements très étroits le sperme ne jaillit pas, mais s'écoule lentement. Quand le rétrécissement est très étroit et situé en arrière, le sperme ne s'écoule même que plus tard, goutte à goutte, ou bien il est régurgité dans la vessie et s'écoule plus tard avec l'urine.

d) La goutte muqueuse que l'on voit sortir quand on presse sur l'urèthre et qui le matin sort même spontanément, cette goutte dis-

paraît le plus souvent quand le rétrécissement a été dilaté. Mais il arrive, exceptionnellement, que le catarrhe des glandes de l'urèthre qui a débuté avec le rétrécissement persiste.

CATHÉTÉRISME. — Si tous ces signes parlent très haut en faveur d'un rétrécissement de l'urèthre, ils sont loin de suffire pour affirmer le diagnostic. Pour affirmer qu'il y a un rétrécissement, il faut que l'on ait la preuve directe que l'urèthre est rétréci, c'est-à-dire qu'une sonde d'un calibre égal à celui de l'urèthre est arrêtée à un endroit constant, siège du rétrécissement. Il est vrai qu'en palpant l'urèthre, on peut trouver des callosités; mais comme le plus grand nombre des rétrécissements siègent dans la portion membraneuse, ils échappent à la palpation¹. L'endoscope permet de constater *de visu* l'aspect de la partie la plus antérieure du rétrécissement; mais la meilleure preuve est celle fournie par le cathétérisme.

Voici comment cet examen doit être fait: on commencera par des explorateurs à pierre, et on choisit le plus gros qui puisse passer dans l'urèthre. Ce n'est que de cette façon qu'on peut constater le rétrécissement, car si on prenait une sonde plus mince, elle passerait très bien au niveau d'un rétrécissement léger et ce dernier échapperait complètement. On prend des explorateurs parce qu'ils donnent sur la sensation de résistance des renseignements plus exacts que les cathéters.

Lorsqu'on est arrivé au point où l'instrument ne passe plus, on le retire et on en introduit d'autres de plus en plus petits, jusqu'à ce qu'on en trouve un qui franchisse le rétrécissement. Mais le plus souvent, les malades ne viennent consulter le médecin que lorsque le rétrécissement est arrivé à un haut degré, et il faut pour le franchir employer des cathéters métalliques coniques ou des sondes métalliques à bout olivaire. Souvent aucun instrument rigide ne parvient à le franchir; on remplit alors l'urèthre avec des sondes filiformes en corde à boyau; il arrive toujours que l'une d'elles corresponde au rétrécissement et arrive à le franchir. Il faut cependant se rappeler que la corde à boyau se replie facilement, ce qui pourrait faire croire à tort qu'elle avance dans l'urèthre².

(1) Les rétrécissements de la partie membraneuse sont rares. Le siège ordinaire est la région bulbeuse. (A. B.)

(2) L'exploration des rétrécissements par les instruments métalliques est loin d'être aussi avantageuse que le dit Albert. L'instrument de choix est l'*explorateur à boule*, qui donne des renseignements très précis à l'aller et surtout au retour; avec lui aussi, il faut commencer par les boules les plus grosses et descendre peu à peu la filière. Lorsqu'aucune boule ne passe, les *bougies filiformes* sont bien préférables aux cordes à boyau; on excentre leur pointe (bougie tortillée, en baïonnette) et de la sorte, avec de la douceur et de la patience, on franchit vite presque tous les rétrécissements. (A. B.)