

Quand il existe plusieurs rétrécissements, il n'est pas rare de voir l'instrument qui a franchi le premier être arrêté par le suivant. Je dis *souvent*, et non toujours, parce qu'il existe des cas où le rétrécissement antérieur est étroit, le suivant est large, et le dernier est le plus étroit de tous; l'instrument n'est donc pas arrêté par le rétrécissement moyen. On ne doit considérer l'examen comme complètement terminé que lorsque l'instrument a pénétré dans la vessie, ou au moins dans la portion prostatique, dans le cas où le passage du col serait très douloureux.

Parfois on ne parvient pas à faire passer une corde à boyau, bien que l'urine s'écoule goutte à goutte: il faut alors recommencer l'examen. Ce dernier doit être fait avec autant de prudence que de patience; et malgré cela, bien des malades ont des frissons. Si en forçant le cathétérisme on a produit la moindre hémorrhagie, il faut interrompre l'examen fait avec toute espèce d'instrument.

Traitement. — De ce qui vient d'être dit, il est aisé de conclure le pronostic des rétrécissements et la nécessité de les traiter immédiatement ou du moins le plus tôt possible.

DILATATION. — Le procédé de la *dilatation* est celui qui donne le plus souvent des résultats et qui est en même temps le moins grave; la dilatation doit donc être considérée comme le procédé de choix. Elle peut être *lente* ou *forcée*. La première est à son tour permanente ou temporaire. Pour la dilatation forcée, on se sert d'instruments spéciaux, et le malade est endormi; pour la dilatation lente, on se sert de cordes à boyau, de bougies, de sondes élastiques et métalliques, de sondes solides.

Si nous supposons être en présence d'un rétrécissement prononcé qui ne puisse être franchi que par une corde à boyau, nous ne pourrions dans les premiers temps nous servir que de cette dernière. Mais combien ce procédé est compliqué, incertain et coûteux! On introduit la première corde; mais on ne sait pas si elle s'est simplement recourbée ou bien si elle a réellement franchi le rétrécissement; il est bien rare que l'on sente distinctement que la corde est enserrée par le rétrécissement. On en prend une seconde, une troisième, on les use toutes avant d'avoir eu une sensation parfaitement exacte. L'introduction en est toujours pénible, parce que malgré la précaution du chirurgien d'amollir le bout de la sonde en le trempant dans l'eau chaude, cette extrémité s'accroche toujours dans les replis que forme la muqueuse uréthrale. L'extraction de la corde est encore plus désagréable quand son extrémité est fortement gonflée. Les cordes épaisses ont encore l'inconvénient de perforer facilement la muqueuse;

c'est pourquoi tous les chirurgiens cherchent à les remplacer par d'autres instruments de dilatation¹.

Si aucune des cordes n'avance, si elles se recourbent toutes, enfin si aucun instrument ne parvient à franchir le rétrécissement, l'opérateur se demandera s'il doit continuer des essais jusqu'alors infructueux ou s'il doit faire immédiatement l'uréthrotomie. En général une main adroite et patiente arrive toujours à faire le cathétérisme quand elle est secondée par le malade; car ainsi que l'a dit un médecin arabe, il y a trois facteurs à considérer dans une maladie: le malade, le médecin, et la maladie. Les deux premiers facteurs doivent lutter ensemble contre le troisième; en aucun cas cette assertion n'est plus vraie que dans les rétrécissements uréthraux. Il est cependant des cas où la patience du médecin et du malade s'épuise, et cela est surtout vrai dans les rétrécissements consécutifs à un traumatisme; après avoir essayé en vain pendant 8 ou 15 jours, on se décide à l'uréthrotomie.

Si l'on est parvenu à commencer une dilatation avec une corde à boyau; on prendra alors un cathéter conique métallique pour essayer de l'introduire. Les instruments métalliques sont et restent toujours les instruments les plus sûrs, mais à condition qu'ils soient tenus par une main expérimentée². Lorsqu'on les a introduits une fois, ils laissent une sensation fournissant la notion exacte de la constitution, de la forme du rétrécissement, et le cathétérisme suivant devient facile. Un chirurgien maladroit peut avec un cathéter conique rendre la guérison impossible. Aussi, quand il est consciencieux, a-t-il une véritable aversion pour les cathéters coniques, et préfère-t-il les bougies molles anglaises; et en cela il a parfaitement raison. Les sondes anglaises tout à fait fines ne sont pas recommandables. Sans mandrin, elles se recourbent comme les cordes à boyau, et de plus risquent de se déchirer au niveau de l'œil de la sonde; introduites avec un mandrin, elles sont loin de donner des sensations aussi exactes que les sondes métalliques, et exposent aux mêmes dangers. On ne saurait jamais trop recommander à un débutant de bien s'assurer si le mandrin va jusqu'au bout de la sonde, car il pourrait arriver que le mandrin sortît par l'œil de la sonde, et vint déchirer la muqueuse. On ne peut pas cathétériser

(1) Pour tous ces motifs, les bougies filiformes nous paraissent de beaucoup préférables. Laisser à demeure, elles ne gonflent pas et tout en jouant librement dans le rétrécissement elles provoquent son ramollissement inflammatoire, ce qui permet presque toujours la dilatation ultérieure. (A. B.)

(2) Les bougies en gomme, cylindro-coniques, semblent être l'instrument de choix. Lorsqu'on est arrivé au n° 15 ou 16 de la filière Charrière, on peut terminer la dilatation à l'aide des cathéters métalliques de Béniqué. (A. B.)