la main droite on enfonce doucement l'aiguille de haut en bas et d'avant en arrière, en ayant soin de ne pas la casser contre la symphyse.

Dès que l'aiguille a pénétré dans la vessie, on la sentira libre. Pour cela, il faut enfoncer de 4, 5, 6 centimètres.

L'urine coule, d'ailleurs, si on progresse avec l'aiguille adaptée à l'appareil dans lequel on a fait le vide.

La vessie doit être vidée doucement, afin d'éviter les congestions et les hémorrhagies. Une petite quantité d'urine doit rester dans la vessie.

La ponction de la vessie, faite suivant les règles de l'antisepsie, avec une aiguille flambée, la peau désinfectée et les mains propres, est une opération absolument inoffensive, qui peut se répéter plusieurs fois sans inconvénient.

Si la ponction de la vessie est souvent délaissée pour une opération plus chirurgicale et plus durable, telle la cystotomie dans l'hypertrophie de la prostate, ou l'incision du périnée dans la rupture de l'urèthre; elle ne reste pas moins comme une ressource précieuse dans les cas urgents.

URÈTHRE

CATHÉTÉRISME DE L'URÈTHRE. — STÉRILISATION DES SONDES

Les *cathéters*, les *sondes* ou les *bougies* sont des instruments mous, demi-mous ou rigides, destinés à parcourir tout le canal de l'urèthre pour pénétrer dans la vessie.

Le médecin doit posséder une sonde rigide courbe pour homme et une sonde de femme. Il doit posséder surtout des sondes molles, dites de Nélaton, en caoutchouc vulcanisé. Avec ces deux modèles, il répondra à tous les besoins du cathétérisme évacuateur.

Mais, pour pratiquer une bonne exploration de l'urèthre, on doit posséder un jeu de *bougies à boule* graduées à la filière française.

Enfin, pour pratiquer la dilatation de l'urèthre, il est nécessaire d'avoir à sa disposition des bougies de tout calibre.

La première condition, pour n'être pas nuisible dans le cathétérisme, est de *stériliser* l'instrument.

Les sondes métalliques sont faciles à stériliser. Il suffit de les flamber ou de les bouillir dans une solution de carbonate de soude.

Pour stériliser les sondes en caoutchouc, celles qui sont le plus communément employées, il faut avoir recours à l'ébullition de la sonde dans une solution de carbonate de soude. On refroidit la sonde en passant dans sa cavité une solution de nitrate d'argent à 1/1.000. Mais il faut savoir que le procédé de l'ébullition est infidèle. Il est plus commode d'avoir à sa disposition des sondes stérilisées d'avance.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U.A.N.L.

Pour cela, on peut préparer d'avance des tubes en verre, fermés à l'aide d'un gros tampon d'ouate. Dans chaque tube, on peut mettre une sonde de Nélaton, une ou deux bougies, un ou deux explorateurs à boule.

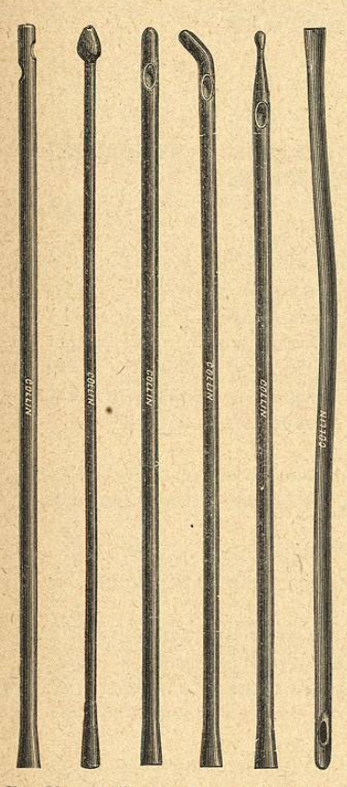

Fig. 98. — Différentes formes de sondes.

A l'aide d'un tube de ce genre, on peut répondre aux premiers besoins de la pratique.

Ces tubes peuvent être stérilisés dans un autoclave, qu'on fait monter jusqu'à 110 à 120° pendant dix minutes.

L'autoclave à vapeur, qui sert pour la stérilisation des pansements, peut aussi servir pour les sondes. Il est plus avantageux, si l'autoclave peut se transformer en étuve sèche, d'utiliser la chaleur sèche jusqu'à 100° pour cette opération ; mais il faut répéter la stérilisation deux ou trois fois.

Si le même malade doit être souvent sondé, il est utile de laver la sonde qui a servi, injecter dans son intérieur de l'alcool et de la stériliser de nouveau.

Un excellent procédé de stérilisation serait, pour les sondes en caoutchouc, la stérilisation aux vapeurs d'alcool. Pour cela, il suffirait d'enfermer une sonde de Nélaton

dans une petite bombe analogue à celle que M. Robert a fait construire pour le catgut et d'y ajouter un peu d'alcool absolu. Cette bombe, portée dans l'étuve à vapeur, développe les vapeurs d'alcool qui stérilisent la sonde.

J'insiste sur ce point : il n'est pas permis actuellement au médecin de ne pas avoir d'avance quelques sondes de Nélaton et quelques bougies stérilisées d'avance.

En cas d'extrême urgence, il aura recours à l'ébullition après avoir lavé, savonné et nettoyé intérieurement la sonde à l'alcool.

Je n'ai pas parlé de la stérilisation par l'*acide sulfureux*, car elle nécessite un appareil spécial. L'acide sulfureux est produit par l'action de l'acide chlorhydrique sur le bisulfite de soude. Ce procédé, employé à l'hôpital Necker, n'est utilisable que pour les instruments mous.

Pour graisser les sondes et les bougies, ayez toujours une substance stérilisée, de l'huile bouillie, par exemple, ou plutôt une boîte de vaseline stérilisée qu'on trouve dans le commerce.

L'asepsie des voies urinaires doit être faite aussi complètement que possible. Il faut laver le prépuce et le gland, pousser une injection d'eau boriquée tiède dans l'urèthre à canal ouvert, ou mieux, injecter dans le canal une petite seringue d'huile bouillie iodoformée.

Enfin il est indispensable de se laver les mains et de saisir la sonde au dernier moment, en ayant soin de ne pas la faire traîner sur le lit ou sur les poils de pubis.

Toutes ces précautions paraîtront peut-être exagérées à ceux qui ont fait si souvent le cathétérisme sans y mettre tant de formes ; mais qu'ils veuillent bien se rappeler que l'omission de ces détails a donné lieu souvent à des uréthrites, des cystites, des orchites, et que l'accident le moindre, après un cathétérisme du temps jadis, était la fièvre.

Manuel opératoire. — Devant une rétention d'urine, si le canal est libre, prenez toujours une sonde de Nélaton n° 16 ou 18. Découvrez le gland, saisissez la verge de la main gauche ; la sonde, tenue de la main droite, est introduite

dans le canal. Poussez-la doucement, centimètre par centimètre, en la saisissant près du méat.

Le premier obstacle sera au niveau de la région membraneuse; poussez doucement, sans crainte de léser l'urèthre et maintenez la pression, en tendant la verge. L'obstacle est bientôt vaincu et, avant de pénétrer dans la vessie, une seconde hésitation vous montrera que vous êtes au niveau du col. Bientôt l'urine s'écoule, la sonde est dans la vessie.

Placez alors un vase pour recevoir l'urine et surtout *ne videz pas complètement la vessie.*

Laissez toujours une certaine quantité d'urine ou au besoin remplacez une petite quantité d'urine par une injection d'eau boriquée.

Avec les sondes molles, on n'a pas besoin pour ainsi dire de connaître l'anatomie de l'urèthre ; il suffit de tendre la verge et de pousser la sonde pour la faire pénétrer sans aucun danger.

Il en résulte que, pour faire l'évacuation de la vessieavec un urèthre normal, il n'y a pas d'autre procédé à employer, et que le cathétérisme avec les sondes molles est le procédé de choix, surtout quand le malade est forcé de se sonder lui-même.

Mais, pour explorer l'urèthre ou pour s'y orienter dans les cas pathologiques, il est indispensable d'avoir quelques notions d'anatomie de l'urèthre. Il faut d'abord remarquer qu'il existe deux portions : l'une *mobile*, qu'on peut franchircomme on veut, l'autre *fixe*, qui décrit une courbure autour de la symphyse ; cette courbure va de l'angle pénien au col de la vessie.

Pour faire parcourir cette courbure à une sonde rigide, il faut abaisser le pavillon à partir de la symphyse; le bec de la sonde s'engage alors dans la portion incurvée de l'urèthre.

Prenons maintenant une bougie à boule n° 20 et explorons l'urèthre. Au niveau du méat, nous trouvons un peu de résistance et nous pénétrons dans la fosse naviculaire, plus large. La région qui fait suite est la portion spongieuse de l'urèthre. Nous franchissons facilement cette portion, à moins que la soude aille se heurter dans une valvule, chose facile à éviter si nous suivons la paroi inférieure.

Nous arrivons sous la symphyse et au niveau d'un cul-de-sac (la dilatation du bulbe). La sonde peut s'y engager et faire croire à un obstacle. Dès que notre boule s'est dégagée de la dilatation, elle pénètre dans un détroit, le collet de la bulbe et parcourt la portion membraneuse, région musculaire et contractile, susceptible de se contracter spasmodiquement et d'arrêter la sonde. Enfin elle arrive à la portion prostatique et au col de la vessie.

Pour éviter les obstacles au cathétérisme dans un urèthre normal, il suffit donc : 1° de tendre la verge; 2° de suivre la paroi inférieure de l'urèthre jusqu'à la symphyse; 3° de suivre la paroi supérieure à partir de la symphyse ; 4° de se rappeler qu'à partir de la symphyse l'urèthre décrit une courbure ; 5° de se rappeler du spasme physiologique de la région membraneuse.

Mais la règle la plus importante de toutes, est de ne jamais brusquer, d'aller doucement, de se laisser conduire. A partir du moment où la sonde a accroché la symphyse, il faut tâcher de suivre son mouvement et de lui imprimer le mouvement d'abaissement avec lenteur, tout en la faisant avancer sur la ligne médiane.

Une notion très importante, qu'il faut avoir présente à l'esprit, est la suivante :

Les obstacles pathologiques du cathétérisme sont les *rétrécissements* et l'*hypertrophie de la prostate ;* voilà les deux grandes causes pour lesquelles nous sondons les malades. Or il faut savoir que le rétrécissement blennorrhagique (le plus fréquent) siège au collet du bulbe, à la jonction de la portion mobile et de la portion fixe de l'urèthre, tandis que l'obstacle prostatique siège plus loin, après la traversée de la région membraneuse, au niveau de la portion fixe ou périnéale de l'urèthre.

Dans le premier cas, l'extrémité de la sonde est sensible encore par le périnée; dans le second cas, elle n'est plus sensible que par le rectum.

URÉTHRITE BLENNORRHAGIQUE

L'uréthrite blennorrhagique est produite par le gonocoque de Neisser. Il existe donc une première *phase gonococcique*. A celle-ci succède souvent une seconde période d'*infections mixtes*. Enfin la *phase aseptique* fait suite aux deux précédentes et précède la guérison. Il serait très important, selon les auteurs récents, de savoir à quelle période bactériologique se trouve la maladie.

En réalité, sans aller aussi loin que ceux qui prétendent que « la théorie des gonocoques n'a aucune influence sur la thérapeutique de la blennorrhagie », nous croyons que le praticien peut traiter la blennorrhagie par les moyens habituels sans trop se préoccuper de l'examen bactériologique, qu'il ne faut cependant pas négliger, toutes les fois qu'il sera possible.

Il est beaucoup plus important de faire le diagnostic d'une blennorrhagie aiguë ou chronique, diagnostic toujours facile et de déterminer, surtout, si l'uréthrite est *antérieure* ou *postérieure*, c'est-à-dire si elle occupe l'urèthre limité par le sphincter membraneux, en avant, et le col de la vessie, en arrière. Quand il existe des douleurs, de la fréquence de la miction, des gouttelettes de sang dans les dernières gouttes d'urine, le diagnostic n'est pas douteux, l'urèthre profond est pris.

S'il s'agit d'une uréthrite postérieure latente, l'*épreuve des deux verres* la décèle assez souvent.

Après avoir lavé l'urèthre antérieur, on fait uriner le malade dans deux verres; l'urine passe et entraîne les filaments de la sécrétion, dont tout l'urèthre antérieur ou postérieur est chargé. On l'arrête avant la fin et on le fait uriner dans un deuxième verre. Si l'urine de ce second verre est trouble, c'est que l'urèthre postérieur est contaminé.

Le procédé du bleu de méthylène à 1/1.000 est encore meilleur. On instille dans l'urèthre antérieur, avec une sonde, quelques centimètres cubes de bleu de méthylène, jusqu'à ce qu'il apparaisse au méat. On attend quatre minutes. On fait uriner le malade. Dans les urines, si, à côté des filaments bleus, il existe des blancs, c'est qu'ils proviennent de l'urèthre postérieur.

La conséquence de ce diagnostic est la suivante :

Si l'urèthre postérieur est contaminé, prescrivez les grands lavages. Si l'urèthre antérieur est seul en cause, contentez-vous des injections.

Voyons maintenant le traitement de la blennorrhagie par période.

Traitement prophylactique. — Les onctions du pénis avec des corps gras, les lotions, les lavages après le coït, et surtout le *soin d'uriner après le coït*.

Moyens abortifs. — Dans les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures de la blennorrhagie, ils peuvent réussir.

On a employé le *nitrate d'argent* (1 pour 30 et 1 pour 20) en injections et instillations (10 à 15 gouttes), une fois par jour;

Le *sublimé* à 1/20.000 jusqu'à 1/8.000, qu'on injecte à canal ouvert, 5 à 6 seringues;

Le *permanganate de potasse :* solution à 1/4.000 et à 1/6.000, injections avec une seringue, 500 à 600 grammes par séance, deux fois par jour pendant les trois premiers jours, une fois pendant cinq ou six jours.

Plus souvent on aura à soigner la blennorrhagie *constituée*.

Voici ce qu'il faut faire :

1° Donner une de ces tisanes :

Bicarbonate de soude.....	5 grammes
Sucre en poudre.....	40 —
Essence de citron.....	X gouttes

Un paquet à dissoudre dans 1 litre d'eau, que le malade boira dans la journée (Fournier).

Poudre de sucre..	ãã 60 grammes.
Poudre de gomme arabique.....	
Poudre de guimauve.....	ãã 4
Poudre de nitrate de potasse.....	

Une forte pincée dans un verre d'eau. Prendre 4 à 5 verres par jour (Diday).

Salicylate de soude.....	10 grammes.
Bicarbonate de soude..	30 —
Sucre en poudre.....	60 —

Pour un paquet à dissoudre dans une bouteille de limonade de citron, qu'on prendra entre les repas (Balzer).

A l'aide de ces tisanes ou de l'eau pure et simple (eau de Vittel, etc.), on rendra les urines moins irritantes;

2° Éviter les aliments épicés;

3° Prendre des bains généraux et tenir le gland et le prépuce dans le plus grand état de propreté;

4° Porter un suspensoir et éviter les fatigues;

5° Uriner dès que l'érection nocturne réveille le malade. Boire peu le soir.

Pour *couper la blennorrhagie*, les uns sont d'avis d'attendre; d'autres conseillent le traitement local le plus tôt possible.

En réalité, je crois que le *traitement local* peut être institué *le plus tôt possible*.

Le **traitement local** comprend les *injections* et les *lavages*.

Les *injections* se font à l'aide de la seringue. Le modèle de la seringue de Janet est le meilleur.

Voici les injections qu'on préfère aujourd'hui : nitrate d'argent (0,05 0/0), sublimé (0,005 0/0), permanganate de potasse (1 p. 1.000), résorcine (3 0/0), ichtyol (5 0/0), iodoforme (10 0/0), la créosote (0,20 0/0), le formol (0,10 à 0,20 0/0), l'airol (5 0/0), le protargol (1 0/0).

L'injection doit se faire doucement. Elle ne doit pas dépasser 3 à 5 centimètres cubes (contenance du canal antérieur).

Le liquide injecté doit rester quatre à cinq minutes en contact avec la muqueuse.

L'injection se fait une ou deux fois par jour.

Les *lavages* se font avec un siphon muni d'une canule en verre à bout conique. Un entonnoir ou bock en verre avec un tube de caoutchouc de $2^{m},30$ sont nécessaires.

On se sert, en général, de la solution au permanganate de potasse, 1/4.000 à 1/2.000.

Faites uriner le malade.

Lavez le gland, le prépuce.

Pour laver l'urèthre antérieur, le réservoir est placé à 50 centimètres du méat. Enfoncez et retirez alternativement

la canule sur le méat pour laver, à coups successifs, l'urèthre; faites passer ainsi un demi-litre à 1 litre.

S'il faut laver aussi l'urèthre postérieur, élevez le réservoir à 1 mètre, $1^{m},30$.

Lorsque le malade a besoin d'uriner, on ferme le robinet, et le malade urine couché. On recommence une fois ou deux, jusqu'à épuisement d'un demi-litre.

Recommandez au malade de n'uriner qu'une demi-heure après.

Ces lavages se font, en général, une fois par jour. Lorsqu'on a fait six à huit lavages, il faut s'arrêter un jour ou deux, surveiller l'urèthre, rechercher les gonocoques.

Pour s'assurer que le malade est guéri, il faut utiliser l'épreuve de la bière ou du nitrate d'argent en instillations, qui font apparaître les gonocoques.

Les *balsamiques* sont, en général, délaissés. Cependant on peut donner le copahu ou le santal (10 ou 12 capsules par jour), si l'estomac du malade les supporte.

L'*urèthrite chronique* blennorrhagique est caractérisée surtout par la goutte matinale et par certains phénomènes douloureux pendant la miction et le coït, ainsi que par la fréquence des mictions (uréthrite postérieure).

Les injections ne sont pas efficaces. Il faut avoir recours aux *instillations*, aux *lavages*, aux *médicaments topiques* ou à la *dilatation* (*massage de l'urèthre*).

Commencez toujours par les *instillations*, après avoir déterminé le diagnostic exact des lésions (uréthrite antérieure ou postérieure).

L'*instillation* de l'urèthre est faite avec la seringue de Guyon. C'est une seringue compte-goutte analogue à celle de Pravaz, mais d'une contenance de 4 centimètres cubes de liquide. La canule est adaptée à une sonde à bout olivaire, percée d'un orifice bien central. Prenez une boule du n° 15 ou 16, ajustez-la et amorcez d'abord la seringue, de manière à voir s'écouler les gouttes de liquide au fur et à mesure que vous tournez le piston.

Les précautions antiseptiques sont de rigueur. La sonde

est introduite dans l'urèthre, reconnaît la portion membraneuse et s'arrête en avant, si vous devez modifier le canal antérieur, en arrière de l'obstacle musculaire, si vous devez modifier le canal postérieur.

A l'endroit où la sonde est arrêtée, tournez le piston autant de fois que vous désirez injecter de gouttes; on injecte, en général, de 10 à 30 gouttes.

Comme solution, on se sert de nitrate d'argent, 2 à 4 0/0.

Commencez toujours avec une solution faible et avec un petit nombre de gouttes (5 à 10), pour tâter la susceptibilité du canal.

Il faut faire les instillations tous les deux jours, trois ou quatre fois, et on laisse reposer le malade pendant huit jours, quitte à recommencer une nouvelle série.

L'instillation est parfois très douloureuse. Il faut alors diminuer le titre de la solution et la dose.

Si les instillations ne réussissent pas, faites des *lavages de l'urèthre*, selon la manière déjà décrite, avec une solution de nitrate d'argent au millième.

Les *suppositoires uréthraux* peuvent être parfois utiles.

Mais je ne conseille pas les *crayons*, qui sont douloureux assez souvent.

Si les *instillations* et les *lavages* n'ont pas réussi, le massage de l'urèthre peut rendre des services.

On a imaginé pour cela des instruments spéciaux, tel le dilatateur de Kollmann.

Avec les béniqués on peut avoir encore des résultats.

On conseille de faire une ou deux séances de dilatation avec des béniqués gros.

Enfin, parfois l'uréthrite chronique guérit, quand on a abandonné tous les traitements.

Le *traitement général* n'est pas à négliger : le fer, le quinquina, l'arsenic, l'iodure, sont les médicaments utiles, selon le tempérament du malade. Le séjour au bord de la mer ou à la campagne et une bonne hygiène avec l'hydrothérapie et le massage sont à conseiller.

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE

Le *rétrécissement inflammatoire* est le plus fréquent. Son étiologie réside tout entière dans l'évolution de l'uréthrite chronique. Plusieurs années après la chaudepisse, le rétrécissement peut s'installer, en provoquant des troubles fonctionnels d'abord peu accusés, qui finissent, à la longue, par préoccuper le malade, si un accident aigu ou une complication ne viennent donner l'éveil.

Le seul signe certain du rétrécissement est fourni par l'exploration intra-uréthrale, à l'aide de la bougie à boule.

Quand on soupçonne un rétrécissement (troubles fonctionnels de miction, etc.), la première chose à faire est d'explorer l'urèthre.

Prenez un gros numéro d'une bougie à boule (18 ou 20) et, après avoir satisfait à toutes les conditions d'asepsie, introduisez-la doucement dans l'urèthre.

Ne prenez surtout pas un numéro trop petit, vous pourriez être induit en erreur.

De deux choses l'une : l'explorateur 18 passe facilement. Il n'y a pas de rétrécissement, ou, s'il en existe un, ce sera un rétrécissement large : diagnostic, en somme, assez difficile.

La bougie ne passe pas. Elle est arrêtée au niveau de la région du bulbe, au passage de la portion fixe et de la portion mobile de l'urèthre.

Prenez un numéro inférieur, la bougie n° 16 ou 15, et faites la même exploration. Si ces bougies ne passent pas, arrivez à des numéros inférieurs 12, 10, 8, etc. Si aucune bougie à boule ne parvient à franchir le rétrécissement, arrêtez là l'exploration; faites donner un bain au malade; pratiquez une injection uréthrale et attendez vingt-quatre heures avant de recommencer.

Au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, si le malade n'a pas souffert, s'il n'a pas eu de fièvre, recommencez l'exploration avec des *bougies filiformes*. Dans cette nouvelle séance, qui commence par un lavage de l'urèthre,

et qui finit par une injection d'eau boriquée dans le canal, mettez de la patience et de la prudence, ne faites pas saigner le canal, procédez avec douceur, faites quelques tentatives et arrêtez de nouveau l'exploration si, au bout de quatre ou cinq tentatives, vous n'avez pas réussi.

Remettez à un autre jour le passage de la bougie, et, avec beaucoup de patience, vous arriverez à passer une *bougie filiforme* ou une *bougie à baïonnette*.

Dans ce cas, le rétrécissement a une lumière excentrique, ce qui fait que la bougie n'arrive pas à trouver sa route.

Puisque nous sommes sur ce chapitre, à supposer que le rétrécissement n'a pu être franchi qu'au bout de plusieurs jours de tentatives, il faut de toute nécessité profiter de l'occasion et, si la bougie a passé, il faut la *laisser à demeure*. Ce serait une faute de la sortir pour recommencer de nouveau.

La bougie reste donc à demeure vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Par sa présence, elle irrite le rétrécissement, le ramollit et, le lendemain, on est agréablement surpris de pouvoir passer une bougie n° 6, 8, etc.

Dans d'autres cas, vous êtes arrivés, dès le début, à passer une boule de 6, 8, 9 à franchir le rétrécissement, à le délimiter.

Dans les deux cas, vous êtes en présence d'un canal qui admet un numéro de 6, 8, 9 de la filière.

Allez-vous continuer la *dilatation lente?* Donnerez-vous la préférence à l'*uréthrotomie interne?*

Voilà la question que vous devez vous poser.

Le rétrécissement s'est laissé franchir dès le début. Il admet facilement les n°s 6, 7, 8 de la filière. Le malade n'a pas de fièvre, les urines sont à peu près normales.

Il n'y a pas d'hésitation, c'est à la *dilatation lente* que vous aurez recours, du moins primitivement.

Le rétrécissement se laisse franchir difficilement. Il a fallu plusieurs séances pour y parvenir. Il a fallu mettre une bougie à demeure. Le malade présentera un peu de fièvre, les urines contiennent du pus. N'hésitez pas à préconiser l'*uréthrotomie interne d'emblée*.

Mais les cas justiciables de la dilatation lente, dès le début, peuvent, à un moment donné du traitement, nésesciter l'uréthrotomie interne. Supposons, en effet, que la dilatation a pu arriver jusqu'au n° 10, 12, mais qu'à partir de ce moment vous ne gagnez plus de terrain. Préconisez l'uréthrotomie.

A plus forte raison, l'uréthrotomie sera indiquée, si, à la difficulté de la dilatation s'ajoutent des troubles généraux et de la fièvre.

On voit que nous avons établi le parallèle entre l'*uréthrotomie interne* et la *dilatation*, les deux méthodes que le praticien doit connaître, et je dirai, les deux méthodes classiques qu'on peut employer, en mettant sa responsabilité à couvert. La *divulsion*, la *dilatation immédiate progressive* et l'*électrolyse* sont, en effet, des procédés spéciaux sur lesquels on peut discuter, qu'on peut même employer avec succès, mais qui ne sont pas classiques et qui ne doivent être employés que par des spécialistes expérimentés.

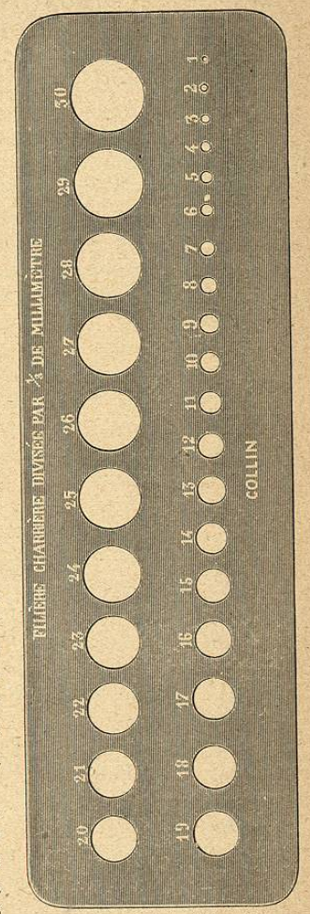

Fig. 99. — Filière Charrière.

Pour résumer notre pensée, nous dirons que la dilatation progressive est la méthode de choix, celle à laquelle on aura recours dans la grande majorité des cas celle aussi par laquelle on commencera presque toujours le traitement. Quand la