

## SIXIÈME LEÇON

## RÉTENTION D'URINE CHEZ LES RÉTRÉCIS

Influence de l'hypertrophie prostatique sur la rétention d'urine dans certains cas de rétrécissement. — Diagnostic entre les prostatiques et les rétrécis par les commémoratifs et par l'exploration : nécessité de ce diagnostic. — Diagnostic différentiel de la nature et du siège des rétrécissements. — Rétention complète passagère. Sa fréquence, sa pathogénie : congestion par décubitus ; irritation par contact direct. — Rétention incomplète. — Sa gravité ; son traitement par l'uréthrotomie. — Rétention complète. — Son étiologie. — Le traitement antiphlogistique est très important, toujours utile et souvent suffisant. — Le traitement chirurgical varie selon le calibre du rétrécissement. — Indications de la sonde. — Indications de la bougie. — Cathétérisme appuyé. — De l'uréthrotomie interne immédiate. — Si le rétrécissement est infranchissable et que la rétention persiste, recourir à la ponction aspiratrice. — Cathétérisme forcé. — Injections forcées. — Uréthrotomie externe sans conducteur. — Boutonnière périnéale. — Dans la rétention avec infiltration d'urine, il faut inciser et non sonder.

Nous venons d'étudier les cas où la rétention s'établit sous l'influence de lésions temporaires et plus ou moins passagères ; nous avons actuellement à rechercher dans quelles conditions se présentent à l'observateur les sujets porteurs de lésions permanentes et plus ou moins anciennes, lorsqu'ils sont atteints de rétention d'urine.

L'état actuel ne saurait vous servir de guide. Envisagé en lui-même, le symptôme rétention n'a pas, vous le savez, de valeur sémiologique certaine. Ce sont les commémoratifs qui vont vous permettre de pressentir la nature et le siège de la lésion, dont l'impossibilité d'uriner est devenue le témoignage.

Vous aurez, dans ces cas, affaire à des rétrécis ou à des prostatiques, le plus souvent à ces derniers. Votre interrogatoire devra donc viser ces deux grandes causes de la rétention d'urine. Quelques questions vous permettront de faire facilement le départ des lésions accidentelles. Les rétentions traumatiques et mécaniques, dont nous aurons bientôt à vous parler, se montrent, en effet, dans des conditions bien déterminées : traumatisme récent ; obstruction par un calcul ou un fragment chez les calculeux, par un caillot chez les grands

hématuriques ; aplatissement de l'urètre de dehors en dedans, à la suite de certains traumatismes ou à l'occasion de certaines lésions du voisinage.

C'est à propos des rétentions dues à des lésions permanentes que la question d'âge peut surtout être prise en considération. L'étude des rétentions de cause inflammatoire vous a montré qu'il pouvait y avoir de jeunes sujets chez lesquels la rétention est de cause prostatique<sup>1</sup> ; mais, comme nous vous l'avons déjà fait remarquer, il y a aussi de vieux rétrécis, et nous ne saurions trop vous recommander de ne jamais perdre de vue, en pratique, la possibilité d'un rétrécissement, quel que soit l'âge du malade.

Chez un bon nombre de rétrécis, porteurs d'une stricture fort étroite, il n'y a pas de symptômes fonctionnels, ou du moins ils sont assez négligeables pour que les malades n'en prennent aucun souci et ne songent pas à les accuser. Ces malades pourront arriver jusqu'à l'époque de la vie où la prostate entre en scène, sans s'être plaints de la manière dont ils urinent. Et alors ce sont des symptômes prostatiques qu'ils accuseront, et ce seront, en effet, les symptômes prostatiques qui existeront.

Trompés par une symptomatologie exactement relevée et par l'âge du sujet, vous pourriez donc vous armer très mal à propos d'une sonde pour faire uriner ces malades. Ce qui pourra vous arriver de moins grave en pareil cas, c'est de ne pas réussir ; mais, avec un peu d'amour-propre, il pourrait même advenir que vous fassiez fausse route.

Nous vous avons montré, ce matin même, un malade venu de l'extérieur pour consulter. Cet homme est âgé de soixante et quelques années ; il nous a accusé, comme antécédents morbides, de la fréquence et de la difficulté nocturnes, et il a affirmé que ces troubles de la miction ne dataient que de six mois ; nous avons insisté pour bien établir leur ancienneté, il a persisté à ne pas les faire remonter plus loin dans le passé. C'était donc un prostatique auquel nous devons avoir affaire ;

<sup>1</sup> Il y a des hommes encore jeunes (quarante à cinquante ans) qui ont la prostate hypertrophiée, ce sont de véritables prostatiques ; j'ai toujours chez ces sujets constaté l'athérome des artères. C'est à ceux-là qu'il convient de réserver la dénomination de : *jeunes prostatiques*.

et cependant nous avons constaté la présence incontestable d'un rétrécissement valvulaire de la région bulbeuse ne donnant passage qu'à un explorateur n° 6.

Si nous n'avions pas été fidèle au principe que nous ne cessons de suivre et de recommander, si nous n'avions pas exploré l'urèthre avant de songer à aborder la vessie, nous aurions certainement subi un échec ou fait des lésions.

Ces cas ne sont pas rares, et ils suffiraient à eux seuls pour rendre obligatoire, dans les cas de rétention d'urine, ce qui est considéré comme tel dans tout autre acte chirurgical, à savoir : que le diagnostic doit être fait et bien fait, avant que le traitement ne soit entrepris.

Mais le malade ne peut uriner ; il réclame du soulagement et l'on désire lui venir le plus rapidement possible en aide. Il est convenu qu'on ne vide la vessie qu'avec une sonde, et l'on prend d'emblée une sonde. Le plus souvent celle que l'on a sous la main, c'est-à-dire la sonde de trousse, oubliant que cet instrument, incapable de vous faire faire le diagnostic, est fort peu approprié aux exigences d'un urèthre difficile à parcourir. C'est donc un instrument insuffisant ; ce peut-être un instrument dangereux. Il est métallique et donne la tentation d'employer la force.

Nous ne voulons pas dire que l'on soit à l'abri du danger avec un instrument non métallique. On n'est en sécurité que lorsqu'on a su faire le diagnostic, c'est-à-dire : lorsque l'on a reconnu le siège et la nature de la lésion qui a déterminé la rétention. Avec un faux diagnostic on fera de fausses manœuvres ; avec un diagnostic exact on n'exécutera que des manœuvres raisonnées et méthodiques, on n'ira pas à l'aventure.

On pourrait, à la rigueur, s'armer immédiatement de l'explorateur, et, sans plus ample informé, chercher à parcourir méthodiquement l'urèthre. C'est ce que vous serez quelquefois obligés de faire chez les malades que leur état de santé, leur manque d'intelligence ou de bonne foi empêcheront de vous donner des renseignements. Mais vous vous trouverez bien, à tous les points de vue, d'obéir à la règle toutes les fois que cela ne sera pas impossible, c'est-à-dire d'interroger avant d'explorer. Qui interroge doit nécessairement causer. Les questions

précises, raisonnées, attentives, qui vous préparent à entrer dans l'urèthre après avoir prévu ce que vous y rencontrerez, disposent le malade à se livrer. Il subira votre intervention avec un sentiment de véritable sécurité.

Les symptômes qui dénoncent un obstacle prostatique de nature hypertrophique sont, vous le savez, très significatifs. C'est, à la fois, la fréquence et la difficulté de la miction qui sont les symptômes les plus caractéristiques de cette espèce de dysurie. Cette fréquence et ces difficultés sont surtout nocturnes ; parfois elles se manifestent dans leur plus haute expression au réveil. C'est pendant leur toilette que ces malades sont obligés de se présenter à plusieurs reprises, d'attendre quelques instants, de faire effort pour provoquer l'arrivée de l'urine, qui ne sort qu'en petite quantité. Levés, ils urinent moins souvent et plus facilement ; mieux encore, sous l'influence d'un exercice modéré ou de la promenade.

Les symptômes de l'obstacle uréthral ont une physionomie beaucoup moins accusée. Nous l'avons déjà dit, et nous le répétons, ils peuvent même faire défaut avec un rétrécissement cependant étroit ; nous ajoutons que la rétention d'urine s'observe souvent chez des individus qui n'ont encore qu'une faible diminution dans le calibre de l'urèthre. Les rétrécis accusent surtout des difficultés dans la miction, qui se fait plus lentement et avec effort. L'urine ne tarde pas à apparaître ; elle s'écoule d'une manière régulière, vive et continue, mais se débite avec un jet réduit et plus ou moins déformé.

Ce qu'il importe surtout d'établir par l'interrogation, ce sont les *antécédents du canal*. Il faut savoir si le malade n'a pas subi de traumatisme du périnée ou du bassin ; s'il n'a jamais saigné à la suite d'un coït ; s'il a eu la chaudepisse, combien de fois il l'a eue, et surtout quelle est la date de la première ; nous vous avons dit, en parlant de la valeur sémiologique des commémoratifs dans l'étude des maladies des voies urinaires, que le traumatisme local ou la blennorrhagie sont absolument nécessaires pour qu'il s'établisse dans l'urèthre une de ces lésions permanentes qui méritent le nom de rétrécissement. Nous avons ajouté que les ulcérations chancreuses qui attaquent le méat ou y pénètrent, et que même des balanites à répétition, évoluant avec persistance sous un prépuce étroit,

peuvent déterminer de graves sténoses du méat et de la portion naviculaire de l'urèthre. Hors de ces conditions, on n'a pas droit au rétrécissement<sup>1</sup>.

Après le traumatisme, la possession de ce droit s'affirme très rapidement, il en est de même après une ulcération; après la blennorrhagie, beaucoup moins hâtivement et quelquefois très tardivement. L'échéance peut être retardée de plusieurs années. Il est fort rare que le canal d'un blennorrhagique se rétrécisse dans le cours de la première et même de la seconde année. Mais il peut déjà être sous l'influence de modifications dans la souplesse de ses parois, dans l'état de sa muqueuse, modifications qui prédisposent aux rétentions d'urine. Nous vous disions à l'instant qu'elle s'observe assez souvent chez des sujets dont le calibre urétral est encore peu modifié.

Lorsque vous serez en présence d'une rétention d'urine, et que vous apprendrez que l'urèthre a un passé morbide datant de quelques semaines ou de quelques mois pour le traumatisme, d'une année ou de plusieurs années pour la blennorrhagie, vous serez en droit, pour peu que l'âge du sujet et l'absence de symptômes prostatiques n'ajoutent pas d'autres éléments pathologiques, d'affirmer que l'exploration vous fera découvrir une lésion permanente du canal. De même, en l'absence d'antécédents traumatiques et blennorrhagiques, vous pouvez annoncer que le résultat de l'examen de l'urèthre sera négatif, si toutefois le malade ne vous a pas inexactement renseignés. L'étude des commémoratifs a donc, vous le voyez, la plus haute importance.

L'examen méthodique de l'urèthre peut par lui-même juger la question de nature de la lésion, en même temps qu'il vous permet d'établir son siège et de constater son degré. Les règles de cet examen seront posées et précisées avec l'étude du cathé-

<sup>1</sup> L'expression la plus nette d'un traumatisme de l'urèthre antérieur étant le saignement par le méat en dehors de toute miction, il ne faut jamais négliger de demander au malade s'il a saigné par la verge. Il y a nombre de rétrécissements qui ne connaissent pas d'autre origine, que le saignement ait eu lieu à la suite de la rupture de la corde, ou après une fausse manœuvre du coït. Le saignement après le coït est fréquent; il témoigne d'une déchirure partielle de l'urèthre qui peut, dans des cas exceptionnels, donner lieu à une hémorrhagie abondante. Dans tous les cas, le linge est maculé, et l'interrogation rappelle aux malades des souvenirs qu'ils auraient perdus de vue, si les questions du chirurgien ne réveillaient leur mémoire.

térisme explorateur. Qu'il nous suffise de vous rappeler que c'est à l'explorateur souple à olive que vous devez toujours recourir pour faire l'examen méthodique de l'urèthre.

Grâce à cet examen, vous reconnaîtrez avec certitude que le canal a subi des traumatismes ou a été atteint de blennorrhagie.

Le rétrécissement blennorrhagique, dans l'immense majorité des cas, est *multiple*. Il est multiple par son siège et multiple par son architecture. Ce sont des anneaux qui le constituent. Ces anneaux sont plus ou moins complets, plus ou moins saillants, plus ou moins épais, plus ou moins rapprochés; il est aussi rare de ne rencontrer qu'un point rétréci que de constater que ce point n'est représenté que par un seul anneau. Presque toujours, l'explorateur fait percevoir une série d'anneaux superposés. Rarement distants les uns des autres, ordinairement juxtaposés et pour ainsi dire accolés, ils donnent à l'aller et au retour une sensation de frottements multiples. Ces frottements sont si nets qu'ils permettent de compter le nombre de ressauts subis par l'instrument. On les peut noter, surtout au retour, après les avoir perçus à l'aller; il est, en somme, facile d'apprécier la longueur et même de juger l'épaisseur du point rétréci, de sa résistance. L'on peut, jusqu'à un certain point, se rendre compte de la saillie relative du rétrécissement sur l'une ou l'autre paroi, et reconnaître que c'est généralement sur l'inférieure qu'elle est le plus prononcée.

Il faut, vous le voyez, pour arriver à un diagnostic précis et par cela même chirurgical, ne pas se contenter d'avoir constaté l'obstacle, il faut le franchir. C'est la condition indispensable d'une exploration complète et méthodique. Vous arriverez ainsi à connaître l'étendue, l'épaisseur, à présumer la résistance du point rétréci, à dire: si vous avez vraiment affaire à un rétrécissement et à quel rétrécissement il va falloir vous attaquer. C'est en effet le seul et vrai moyen d'examiner: la lésion.

L'on peut sans doute soupçonner un rétrécissement et même admettre son existence, sans l'avoir franchi; on sait qu'ils ne sont pas tous immédiatement perméables. Les commémoratifs, le siège de l'arrêt sont des éléments trop importants du diagnostic pour ne pas entraîner la conviction, pour ne pas autoriser à agir en cas de nécessité; mais l'on n'acquiert la

certitude, on n'a fait la preuve, que lorsque l'on a été au-delà de l'obstacle, lorsque l'on a exactement noté les sensations de l'aller et du retour. Il ne suffit pas d'avoir été arrêté, de déclarer que l'on a épuisé tous les moyens, et que l'on n'a pu passer; il faut avoir déterminé le siège, reconnu la nature de l'obstacle, relevé les causes qui lui ont permis de se constituer.

Tels sont les principes du diagnostic des rétrécissements; j'y ai insisté parce qu'ils sont trop souvent méconnus. Quand on veut bien s'y conformer, on précise les indications, on n'a recours qu'aux méthodes vraiment applicables au cas particulier, et les résultats que l'on fait connaître ont toute chance d'être réels.

S'il est vrai que les lésions de la paroi uréthrale consécutives à la blennorrhagie sont disséminées, il est néanmoins très exact que les points rétrécis du canal se rencontrent et se constatent toujours dans les mêmes régions de l'urèthre. Nous avons pour règle d'examiner l'urèthre par *régions* et non par *centimètres*. On sait ce que vaut la mesure d'un organe susceptible de varier si facilement dans ses dimensions en longueur, et que plus ou moins de traction allonge de plusieurs centimètres.

Au point de vue chirurgical, le canal doit être divisé en régions : naviculaire, pénienne, scrotale, périnéo-bulbaire, membraneuse et prostatique. Ces deux dernières ne sont jamais en cause dans les rétrécissements blennorrhagiques.

Les rétrécissements blennorrhagiques n'atteignent, en effet, que l'urèthre antérieur. Ils peuvent être rencontrés dans toute son étendue. Vous trouverez souvent un premier point rétréci dans la fosse naviculaire à sa partie la plus profonde; un anneau complet existe cependant chez un assez bon nombre de sujets immédiatement en arrière du méat. On dit alors, un peu improprement, qu'il y a rétrécissement du méat. Cette étroitesse, d'ailleurs peu prononcée, qui ne retient guère par leur talon que les olives n° 12 et au delà, est congénitale. Le second anneau blennorrhagique siège vers le milieu de la portion pénienne, là où la verge s'incurve dans certaines chaudepisses; le troisième se rencontre à sa terminaison, un peu avant l'entrée du scrotum. Dans la traversée des bourses, un ou plusieurs anneaux peuvent être sentis; enfin, ils se multiplient dans la

région périnéale, et d'autant plus qu'on se rapproche de ses confins. Souvent, l'on trouve des points intermédiaires, ce qui multiplie d'autant le nombre des rétrécissements. Assez discrets dans toute la partie de l'urèthre antérieur qui prend fin en arrière des bourses, ils deviennent nombreux dans la traversée du périnée. Aussi, dans cette partie de l'urèthre, sont-ils en général vraiment juxtaposés, tandis qu'ils restent le plus souvent assez espacés dans les régions scrotale et pénienne.

La région la plus fréquemment atteinte et la plus rétrécie est la portion bulbaire : c'est là que se trouvent les points les plus étroits et les plus résistants. Aussi, y a-t-on localisé le siège des rétrécissements blennorrhagiques. L'anatomie pathologique faite sur le cadavre a conduit à cette localisation. L'anatomie pathologique faite sur le vivant est beaucoup plus certaine dans ses résultats, et c'est à l'exploration méthodique que nous devons les constatations précises que nous vous rappelons brièvement. Pour ne pas empiéter sur l'histoire générale des rétrécissements, nous n'ajouterons plus qu'un détail important dans l'espèce, c'est-à-dire au point de vue du traitement de la rétention d'urine.

Les rétrécissements blennorrhagiques sont d'autant plus étroits et durs qu'on se rapproche davantage de la région périnéo-bulbaire, où se trouve presque toujours, nous venons de le dire, la stricture la plus prononcée et la plus résistante. Ainsi, l'anneau pénien est déjà plus serré que le rétrécissement naviculaire, le périnéal plus que le scrotal, et le bulbaire plus encore que le périnéal.

Voici donc, pour les rétrécissements blennorrhagiques, une physionomie bien accusée et bien distincte, caractérisée surtout par la multiplicité des points rétrécis, leur largeur décroissante et l'augmentation de leur résistance. Rien de semblable dans les rétrécissements traumatiques, et même dans les rétrécissements cicatriciels ou inflammatoires proprement dits que l'on rencontre au méat ou dans une grande étendue de la région naviculaire, à la suite des chancres et quelquefois des balanoposthites anciennes compliquées de phimosis.

Les rétrécissements traumatiques sont, en effet, uniques, à moins qu'ils ne se compliquent de rétrécissements blennorrhagiques. Cela peut se voir pour toutes les variétés, et surtout

pour les variétés de rétrécissements traumatiques que l'on rencontre dans la région pénienne.

Ces rétrécissements sont dus soit à la rupture de la corde, soit à une fausse manœuvre du coït, cause souvent méconnue des strictures. Chacun sait ce que l'on entend par rupture de la corde, et comment, dans la crainte de voir leur verge cesser d'avoir la faculté de se redresser, certains individus s'infligent un traumatisme brutal. Le rétrécissement qui succède hâtivement à cette manœuvre est pénien, mais peut être compliqué, on le comprend, d'un rétrécissement bulbaire purement blennorrhagique. Le rétrécissement pénien peut alors, par exception à la règle générale, être le plus étroit, le plus épais et le plus dur. Il peut en être de même lorsque le traumatisme reconnaît pour cause une fausse manœuvre pendant la copulation, ce que j'appelle le faux pas du coït. La verge en érection, soumise à une pression brusque, s'infléchit, et le canal, voire les corps caverneux dans les cas graves, se déchirent. La rupture petite ou grande, ordinairement petite, se fait nécessairement en avant du scrotum. C'est donc encore à un rétrécissement pénien et à un rétrécissement précoce que l'on a affaire après ce genre de traumatisme ; il est alors situé à la limite de la région pénienne.

C'est, au contraire, un rétrécissement périnéal ou périnéo-bulbaire unique, que vous observerez après les traumatismes directs du périnée, coup de pied, coup de bâton ou chute à califourchon.

Enfin, vous pourrez constater que le rétrécissement a pour siège exceptionnel la portion *membraneuse* elle-même chez les sujets qui ont été atteints de fractures de branches de l'arcade pubienne.

L'interrogatoire vous aura donc permis de prévoir la nature et le siège de la lésion qui fait obstacle à l'émission de l'urine ; l'exploration méthodique vous fera constater, d'une façon certaine, tous les détails du diagnostic. Avant de poser des indications et afin de bien les remplir, vous aurez encore à ajouter au diagnostic anatomique, que vous venez de faire, le diagnostic étiologique de la rétention, dont nous signalerons aussi les symptômes et la marche chez les rétrécis.

Le rétrécissement prédispose à la rétention ; mais ce serait sortir de la vérité clinique que d'admettre qu'il y conduit né-

cessairement. Il est beaucoup de rétrécis qui n'ont pas de rétention d'urine, et nous ne croyons pas exagérer en disant qu'il y a quatre rétrécis sur cinq qui échappent à cette complication. Nombre de malades peuvent, en effet, arriver au dernier degré de la coarctation uréthrale, sans avoir été jamais atteints de *rétention véritable*.

Ce qui prouve, soit dit en passant, que l'on urine avec sa vessie et non avec son urèthre.

La vessie des rétrécis reste le plus souvent puissante, et sa musculature assure sa complète évacuation, même à travers la filière étroite d'un rétrécissement prononcé. Il n'en est pas de même, nous le verrons, de la vessie des prostatiques ; aussi les conséquences de la rétention chez les prostatiques sont-elles tout autres que chez les rétrécis. La facilité remarquable avec laquelle ces derniers reviennent à une miction vraiment satisfaisante explique bien des illusions thérapeutiques.

Cette dénomination : *rétention véritable*, mérite une explication. Nous vous avons parlé jusqu'ici de rétention complète ou incomplète, de rétention aiguë ou chronique. Ces formes types de la rétention, nous les retrouvons chez les rétrécis ; ce sont là de véritables rétentions avec tout leur appareil symptomatique, leurs lésions et les grandes indications de leur traitement.

Les rétrécis, s'ils ne sont pas toujours atteints de rétention véritable, en sont, par contre, bien souvent menacés. Il en est peu qui n'aient éprouvé une impossibilité d'uriner, une impossibilité complète. Mais cette impossibilité a été passagère, presque éphémère, et l'avertissement n'ayant pas été renouvelé à courte échéance et n'ayant pas eu de conséquences, le malade n'a tenu que peu de compte de cette *rétention passagère* et cependant complète, à laquelle il n'a manqué que la durée pour être véritable.

C'est plutôt un retard de la miction qu'une rétention, à proprement parler ; mais pendant ce retard le malade a toutes les angoisses de rétention. Il veut uriner, il en a le besoin, il se présente ; c'est en vain qu'il pousse, c'est en vain qu'il attend ; le besoin s'exagère, l'effort augmente et cependant aucune goutte d'urine ne se présente au méat. Cet état est tantôt absolument transitoire (quelques minutes), tantôt plus persistant (un quart d'heure, une demi-heure, une heure, plu-

sieurs heures même); après quoi, l'urine finit par s'écouler, et la miction redevient ce qu'elle était avant cet incident, jusqu'au moment où une nouvelle crise se produira. Ces rétentions passagères ont des moments d'apparition assez réglés et bien connus du patient; c'est à certaines heures plutôt qu'à d'autres, c'est surtout le matin, au moment du réveil, qu'on les voit apparaître et se produire avec un caractère de périodicité souvent très net.

Ces données, qui, tout d'abord, surprennent et étonnent l'observateur, présentent, en réalité, une interprétation facile et sont les agents mêmes du diagnostic étiologique. Le décubitus et le sommeil, les observations de chaque jour le démontrent, congestionnent, l'appareil génito-urinaire. Lorsque les voies d'excrétion ne sont plus à l'état normal, cette congestion détermine des troubles de la miction. Dans l'espèce, elle ajoute à l'étroitesse du canal et rend momentanément difficile ou impossible l'émission des urines.

Quant aux mictions retardées, qui peuvent apparaître au cours de la journée, les aveux du malade en précisent nettement la cause. C'est après un bon repas, c'est après un léger excès de boisson, c'est après un coït, qu'il pisse avec peine. Ces renseignements nous montrent bien qu'ici encore il s'agit de phénomènes congestifs. Il en est encore de même si la rétention temporaire est la conséquence de l'érection, du coït ou du traitement.

Rien n'est plus ordinaire que les rétentions dues au traitement. Ces rétentions thérapeutiques surviennent dans deux conditions très différentes: chez des sujets essentiellement prédisposés, ou chez des sujets soumis à des manœuvres peu mesurées, irrégulières en un mot.

Chez les sujets prédisposés, la manœuvre la plus sage, la plus méthodique, devient l'occasion d'une réaction, et cette réaction se caractérise par une rétention complète et passagère. Chez ces malades, il est facile de se convaincre de l'importance du *dosage* dans l'administration des bougies ou autres moyens de dilatation. Dépasse-t-on le degré supportable de contact, on détermine une rétention, et à la séance suivante on constate que le rétrécissement est plus étroit, plus serré. Cette prédisposition fâcheuse, qui rend difficile et délicate l'application de

toute espèce de traitement, reconnaît pour cause ou la nature impressionnable du rétréci, ou la nature du rétrécissement.

Les névropathes et toute la série de ces malades que je qualifie d'impressionnables sont bien souvent sous le coup de ces rétentions dues au traitement.

Les vieux rétrécissements, ceux que l'on qualifie d'élastiques, fournissent aussi, à cet égard, les faits d'observation les plus curieux.

Nous avons observé, entre autres exemples, chez un vieillard dont le rétrécissement, deux fois uréthrotomisé, était dur, épais et élastique, le phénomène suivant. Un an après la dernière uréthrotomie, le malade passait encore le n° 17, mais les parois épaisses de son urèthre résistaient toujours à la pression de la colonne urinaire qui sortait péniblement et d'une façon un peu insuffisante. Nous tentâmes d'augmenter le calibre du canal, en nous servant des cathéters Béniqué conduits avec toute la prudence désirable. A peine avions-nous gagné un millimètre, que survint une rétention passagère, et dès lors nous ne pûmes passer, pendant plus de six semaines, que les n° 8 et 9. Ces numéros remplissaient le canal, y étaient tenus serrés, alors que les jours précédents le n° 17 passait régulièrement et sans difficulté.

Certains rétrécissements reviennent donc sur eux-mêmes; ils saisissent l'instrument qui les pénètre comme le fait un tube en caoutchouc; ils sont enfin susceptibles de ces réactions subites dont nous venons de vous donner un si bel exemple.

Ils paraissent doués des propriétés qui appartiennent aux tissus élastiques. Et cependant, je le dis bien souvent: Les rétrécissements que l'on appelle élastiques sont précisément ceux qui sont dépourvus de toute apparence de fibres élastiques. Cela est intéressant, car à l'état normal, vous le savez, l'urèthre est très élastique, parce qu'il est fort riche en tissu élastique.

Le derme de la muqueuse uréthrale en est doublé de telle sorte que dans sa profondeur se voit une couche circulaire et continue de fibres de ce tissu. Peu visible chez l'enfant, cette disposition s'accroît chez l'adulte et reste très marquée chez le vieillard. La couche élastique de l'urèthre existe dans toute l'étendue du canal, aussi bien dans l'urèthre postérieur que