

sa surface interne est lisse et égale, sans reliefs ni dépressions; ses parois paraissent minces; leur consistance est partout homogène; elle ne devient ferme que sous l'influence des contractions. Au niveau du col, cependant, l'épaisseur et la résistance des parois augmente. Dans les vessies les plus saines, le pourtour de cette région donne franchement la sensation d'une résistance réelle et d'une épaisseur assez prononcée. Mais à l'état normal le contour de l'orifice est régulier, et, ainsi que nous l'avons déjà dit, il n'y a pas de bas-fond chez l'homme; le plus souvent l'instrument ne peut tourner. Les caractères que nous venons d'énumérer sont ceux que présente au toucher instrumental toutes les vessies bien portantes.

Elles peuvent, par contre, différer dans leur capacité, dans leur contractilité et même dans leur sensibilité, sans cesser de conserver les caractères de l'état normal. La profondeur à laquelle la sonde est conduite permet de juger approximativement de leur capacité; la réaction plus ou moins hâtive des parois, la manifestation plus ou moins prompte de l'envie d'uriner, donnent un élément d'appréciation pour juger du degré de la contractilité et de la sensibilité individuelles. Néanmoins, c'est en mesurant la quantité du liquide contenu, c'est en jugeant de la force du jet que l'on peut étudier « cliniquement » la contractilité et la capacité du réservoir urinaire.

Il n'est pas besoin, dans l'état normal, de faire d'explorations pour apprécier ces propriétés; la quantité d'urine rendue dans une seule miction et l'observation directe du jet suffisent. Le jet ne témoigne jamais mieux de la force contractile du muscle vésical, que dans la dernière partie de la miction, alors que de brusques et courtes contractions expulsent plus ou moins vivement les dernières gouttes d'urine.

TRENTE-DEUXIÈME LEÇON

CATHÉTÉRISME EXPLORATEUR

(Suite)

EXPLORATION DES VOIES URINAIRES CHEZ UN SUJET MALADE

A. Technique de l'exploration de l'urètre. — Dans l'urétrite chronique. — Dans les rétrécissements. — Exploration avec l'explorateur à boule, avec la bougie conique. — Exploration des canaux indurés. — Spasme de l'urètre; son diagnostic. — Obstruction par calcul ou fragment de calcul: sensation de frottement; empreintes sur les bougies de cire. — Exploration de la portion prostatique déformée ou dilatée; nécessité du toucher rectal; exploration avec l'instrument coudé, pour s'assurer qu'on est dans la vessie et non dans une région prostatique largement dilatée. — Quatrième temps du cathétérisme avec les instruments coudés dans les cas d'hypertrophie de la prostate.

B. Technique de l'exploration de la vessie. — Le but qu'on se propose. — Instruments nécessaires: sonde coudée, lithotriteur. — Examens des différentes régions de la vessie: corps, col, bas-fond. — Manière de manœuvrer l'instrument; contact, draguage, percussion intravésicale.

Diagnostic des productions morbides des parois. — Le peu d'utilité de l'explorateur métallique à cet égard.

Examen de la contractilité. — C'est à l'aide de la seringue qu'on la peut exactement étudier.

Des entraves apportées à l'exploration par une contractilité exagérée. — Insuffisance du chloroforme et de l'anesthésie locale. — Nécessité d'un traitement préalable de la cystite.

Recherche des corps étrangers. — Avec la sonde coudée, avec le lithotriteur explorateur (conditions qu'il doit remplir, manière de le manier), avec les instruments non métalliques, tels que l'explorateur à boule, les sondes droites ou coudées. — Le nombre, la consistance et le volume des calculs peuvent être étudiés par la percussion et l'emploi méthodique du lithotriteur. — Indications du lithotriteur pour certains cas: petites pierres, fragments.

Des difficultés et des causes d'erreur dans la recherche des corps étrangers. — Elles peuvent tenir à la forme du réservoir, à la nature de la pierre, à l'état des parois vésicales.

a. Relief de la prostate. — Irrégularité de la cavité vésicale. — Les vessies dites à cellules sont surtout des vessies à contractions irrégulières. — Encellulements anatomiques et encellulements physiologiques. — Étude des contractions partielles. — Vessies très spacieuses. — Recherches des corps étrangers par aspiration. — Recherche de la pierre chez la femme, chez l'enfant.

b. Pierres poreuses, pierres légères.

c. Sensations dures fournies par les parois vésicales. — Vessie à colonnes. — Incrustations calcaires (?).

EXPLORATION DE L'URÈTRE CHEZ UN SUJET MALADE

Vous pouvez avoir affaire, au point de vue de l'exploration: à un urètre atteint d'inflammation chronique, — de rétré-

cissements, — de spasmes, — plus ou moins obturé par un calcul ou un fragment de pierre, — déformé et modifié par l'hypertrophie de la prostate, par une prostatite phlegmoneuse, — par la disposition valvulaire de l'orifice vésical, — par des lacunes résultant de l'évacuation d'un abcès de la prostate à travers l'urètre, — par la dépressibilité sénile de la région bulbair, — par les changements en largeur et en longueur que subit la portion prostatique de l'urètre des vieillards.

La règle est, vous le savez, de ne commencer l'exploration qu'après interrogation. Vos questions seront posées de telle sorte et vous aurez fait l'analyse des symptômes de telle façon que votre exploration ne se dirigera pas à l'aventure vers une découverte problématique; elle ira directement contrôler ou vérifier ce que déjà vous avez pu soupçonner ou admettre.

Quelle que soit, d'ailleurs, la lésion présumée, *c'est à l'explorateur olivaire à tige souple que vous aurez tout d'abord recours*; vous l'introduirez suivant les règles déjà indiquées, à propos de l'exploration de l'urètre normal.

Urétrite chronique. — Vous interrogerez de façon à savoir exactement: depuis quand elle dure, et si elle est la première en date. Vous aurez, en particulier, grand soin de savoir: à quelle époque ont été contractées la première et la dernière chaudepisse. Si les antécédents blennorrhagiques remontent à une ou plusieurs années, vous pouvez prévoir la possibilité d'un rétrécissement; s'ils ne sont que de quelques mois en date, vous trouverez un canal de calibre normal.

L'exploration instrumentale aura pour but de vous renseigner: sur le siège et la provenance de l'écoulement, sur son aspect et sur l'état du canal.

Vous examinerez d'abord l'urètre antérieur. Avec un explorateur du n° 20 ou 21, ou même au dessus, vous parcourrez toute la partie spongieuse du canal et vous vous arrêtez dès que vous rencontrez la résistance de l'orifice de l'urètre profond. Vous avez, chemin faisant, recueilli d'utiles notions sur la « sensibilité » du canal, sur sa « souplesse », sur sa « vascularité ». La sensibilité est assez souvent accrue dans certains points; la souplesse diminue dans des régions que l'examen de l'urètre rétréci vous apprendra à bien connaître. Vous retirez

alors la boule exploratrice et vous constatez que le talon est chargé d'un muco-pus jaune, plus ou moins foncé, légèrement visqueux, non filant; il en vient parfois à la suite de l'explorateur. Quelquefois aussi, malgré la douceur et la facilité de l'exploration, vous ramenez un peu de sang. Lorsque vous recueillez ces renseignements, très pathognomoniques, vous pouvez conclure que l'urètre antérieur est le siège, ou l'un des sièges de l'urétrite.

Mais il faut examiner l'urètre profond. Après avoir soigneusement ramoné et lavé l'urètre antérieur (Voir t. II, p. 354), vous introduisez à nouveau la boule exploratrice bien nettoyée, et, lorsque vous arrivez à l'orifice de la région profonde, vous commencez votre observation. Vous notez l'exagération de sensibilité de la portion membraneuse si elle existe; vous cherchez à constater la sensibilité de la région prostatique, « toujours nulle à l'état normal »; vous arrivez au col de la vessie, puis vous ramenez l'instrument au dehors. S'il a recueilli sur son talon les sécrétions de la partie profonde, ou s'il en a entraîné à sa suite, vous remarquerez qu'elles sont souvent blanchâtres, presque franchement laiteuses. Elles sont en général moins abondantes que celles de la partie antérieure, mais le contraire peut être observé; bien plus rarement aussi, l'explorateur fait saigner le canal profond ou y provoque de la douleur. L'examen de l'urètre postérieur ne vous fournit donc d'autre renseignement que celui de la présence ou de l'absence de sécrétions. Nous n'avons pour le moment ni à discuter le siège, ni à étudier la nature de l'urétrite chronique. Nous devons seulement vous donner le moyen d'explorer méthodiquement un canal chroniquement enflammé avec la boule olivaire.

Rétrécissements. — L'exploration des rétrécissements n'a pas seulement pour but de constater la diminution du calibre du canal; elle sert à étudier l'urètre rétréci en son entier, à préciser le siège exact, le nombre et la nature des obstacles. Ce sont des renseignements « anatomiques » que vous lui demandez. Comme toujours, vous avez commencé par l'interrogation.

Les questions que vous adressez au malade sont au nombre de trois. Avez-vous eu la chaudepisse, combien de fois, et à quelle époque? Avez-vous reçu un coup, ou fait une chute qui

ait pu porter sur le périnée ou les parties génitales, et ce coup ou cette chute ont-ils été suivis d'écoulement « immédiat » de sang par l'urètre ? Avez-vous, après un coït, rendu du sang par le canal ? Ces trois questions suffisent. Il est inutile de demander au malade s'il a eu des chancres ou s'il a un prépuce étroit et adhérent ; il suffit de regarder. S'il a eu des chancres du méat, vous verrez aisément leur cicatrice ; s'il avait eu ce chancre exceptionnel que l'on désigne sous le nom de chancre du canal, il ne saurait vous renseigner, et c'est l'exploration qui vous ferait découvrir la cicatrice intra-urétrale. S'il a un phimosis étroit et qui paraisse adhérent, informez-vous s'il est congénital et tâchez de savoir s'il y a eu des balano-posthites. Sous ces influences peuvent, en effet, se constituer des rétrécissements « fort serrés, étendus et très durs », de l'entrée du canal.

Nous n'avons pas manqué l'occasion de vous dire, au cours de ces leçons : *qu'il n'y avait pas de rétrécissement sans cause*. Nous insistons encore sur ce fait capital, car chaque jour nous voyons diagnostiquer des rétrécissements chez des individus qui n'y ont pas le moindre droit. La génération spontanée des rétrécissements ne saurait être admise ; leur congénitalité est douteuse, si ce n'est au méat et immédiatement en arrière de cet orifice, peut-être aussi à l'endroit où se fait, pendant le développement, la jonction des deux urètres. Les rétrécissements sont blennorrhagiques, traumatiques ou cicatriciels ; ceux que l'on attribue à la masturbation ne se rencontrent que lorsqu'il y a eu urétrite manifeste. Il faut donc, pour qu'ils se produisent, que le malade ait eu une ou plusieurs urétrites, qu'il ait subi un traumatisme de l'urètre par coup, par chute, ou pendant le coït (ce qui est assez fréquent, pour qu'on en tienne le plus grand compte dans l'étiologie), qu'il soit porteur d'une cicatrice chancreuse ou d'un prépuce étroit, sous lequel s'est fait et répété un travail inflammatoire. Quand un malade ne vous accuse aucune de ces causes génératrices, soyez parfaitement certains qu'il n'y a pas de rétrécissement ; s'il y en a, admettez qu'il vous a trompés ou que la mémoire lui fait défaut. L'hésitation n'est guère possible, car il n'y a que les tubercules qui produisent dans le canal des ulcérations capables de constituer une cicatrice. Je vous ai dit (t. II, p. 373) combien était exceptionnelle la tuberculose de l'urètre antérieur. Le

chancre larvé est probablement plus rare encore, et rien ne démontre qu'on observe dans le canal des ulcérations d'autre nature.

L'exploration va, d'ailleurs, vous permettre de contrôler les dires du malade. Les rétrécissements cicatriciels siègent invariablement au méat à son voisinage ou dans la fosse naviculaire, il en est de même pour ceux qui succèdent aux balano-posthites ; les traumatiques, suite de coït ou de chaudepisses intenses dites cordées, dans la région pénienne, les premiers près de la racine, les autres vers la partie moyenne ; les rétrécissements traumatiques, suite de coups ou de chute, dans la région bulbo-périnéale ; ils occupent la portion membraneuse, lorsqu'il y a eu fracture du bassin portant sur l'une des branches ischio-pubiennes. Les rétrécissements cicatriciels et les traumatiques ont non seulement un siège déterminé, mais ils sont uniques ; les rétrécissements blennorrhagiques sont presque toujours multiples et ils ont aussi des sièges d'élection. L'exploration méthodique permet de déterminer anatomiquement toutes ces importantes particularités¹.

C'est encore avec l'explorateur olivaire souple que vous examinez le canal rétréci.

Nous avons depuis longtemps adopté un mode d'exploration que nous croyons devoir vous recommander. Il permet un examen complet du canal ; en procédant ainsi, on acquiert la conviction que les lésions de l'urétrite sont diffuses, mais qu'elles ont des sièges d'élection. On fait de l'anatomie pathologique sur le vivant. Nous commençons par un gros explorateur 20 ou 21, par exemple ; ce volume est suffisant dans la très grande majorité des cas. Nous nous rendons compte des conditions offertes par le méat, et nous poussons doucement la

¹ Un de nos anciens internes, M. le Dr Ed. Martin, de Genève, a consigné dans la traduction des œuvres de Sir H. Thompson le résultat de l'examen de 168 cas de rétrécissements blennorrhagiques observés par nous à l'hôpital Necker. Il y a 137 cas de rétrécissements multiples, 31 fois seulement il existait un seul rétrécissement. Dans les cas de rétrécissements multiples, le plus étroit siègeait presque toujours au niveau du bulbe, le moins étroit étant en même temps le plus rapproché du méat. Dans les cas où il était unique, le rétrécissement siègeait soit au niveau du bulbe, soit au niveau de la portion scrotale, soit enfin au niveau de la portion spongieuse. — *Traité pratique des maladies des voies urinaires, précédé des Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.* (Paris, 1880, p. 390.)

boule exploratrice dans la fosse naviculaire, puis dans la région pénienne. S'il s'agit d'un rétrécissement traumatique, ayant atteint un sujet vierge de toute blennorrhagie, l'explorateur ne s'arrêtera qu'au niveau de l'obstacle. Si vous examinez un rétréci pour cause blennorrhagique, l'explorateur sera arrêté, parfois dès la fosse naviculaire, presque toujours dans la région pénienne. Il est rare, dans ces cas, qu'une olive 20 ou 21 puisse arriver dans la région scrotale, et plus rare encore qu'elle ne soit pas arrêtée en entrant dans le périnée, avant d'avoir atteint le point bulbaire. Il en sera ainsi, à plus forte raison, si vous vous servez d'un explorateur plus volumineux. C'est en effet à établir le contrôle de la vraie largeur du canal et surtout de sa souplesse, que peuvent servir les très grosses boules.

Quel que soit le point d'arrêt, vous le notez en le désignant *anatomiquement* : commencement, milieu ou fin de la fosse naviculaire, de la portion pénienne, de la portion scrotale, de la région périnéale. Vous avez ainsi précisé « chirurgicalement » le siège de l'obstacle, cela est indispensable.

L'explorateur olivaire ne vous permet pas seulement de fixer le siège des rétrécissements, il vous fait nettement apprécier leur résistance, leur étendue et certains détails de leur structure. Lorsqu'il passe à travers une filière rétrécie, il donne à la main des sensations de *ressaut* qui vous permettent d'énumérer le nombre de points stricturés, d'apprécier leur épaisseur, leur résistance, la distance qui les sépare les uns des autres. Ils peuvent être, en effet, superposés ou juxtaposés. Disons en passant que, malgré des affirmations contraires et assurément basées sur de très insuffisantes observations, ces ressauts multiples ne sont pas propres aux canaux urétrotomisés. Vous les trouverez, quand vous le voudrez, dans des urètres qui jamais n'ont été parcourus par un urétrotome ni même cathétérisés. Les lésions de l'urétrite chronique sont toujours disséminées, la multiplicité des rétrécissements ne peut donc vous surprendre. Nous pouvons ajouter qu'il est fort rare que le point rétréci soit représenté par un seul anneau. La plupart du temps les rétrécissements que l'on appelle uniques sont constitués par des anneaux juxtaposés.

Un explorateur moins volumineux, de deux ou trois numéros au dessous, succède au premier ; il franchit les premiers obs-

tacles, mais le plus habituellement en rencontre d'un peu plus profonds qui l'arrêtent. Si le premier n'a pu franchir la fosse naviculaire, le second sera arrêté dans la portion pénienne.

La filière urétrale des blennorrhagiques se rétrécit, en effet, de plus en plus, à mesure que l'on se rapproche de la région périnéo-bulbaire. Déjà, dans les rétrécissements blennorrhagiques prononcés, la traversée de la région scrotale ne peut se faire qu'avec des boules de petites dimensions.

Afin de ne pas multiplier les introductions, vous pouvez donc rapidement descendre et prendre, par exemple, le numéro 12, puis le numéro 8, et, si vous n'avez pu franchir la partie la plus étroite, le numéro 6, qui lui-même sera souvent arrêté. Vous avez, dès lors, recours aux bougies fines qui vous permettent à la fois de franchir la portion la plus rétrécie, d'en déterminer le diamètre et d'en sentir la résistance.

Nous vous avons dit que cette portion la plus rétrécie était la plus profonde. Il n'y a d'exception que lorsque vous rencontrez des rétrécissements péniers très prononcés. Mais ces rétrécissements péniers très étroits, qui n'excluent pas, d'ailleurs, la possibilité d'un point bulbaire très accusé, sont des rétrécissements traumatiques dus à des chaudépisses cordées. Ils ont deux générateurs : l'inflammation blennorrhagique violente qui a déterminé la formation de la corde et la plaie résultant de sa rupture. Aussi ces rétrécissements sont-ils particulièrement épais et résistants ; ce sont les plus réfractaires aux traitements. L'on peut avoir affaire, dans cette même région, à des rétrécissements traumatiques simples, qui sont la conséquence de blessures subies pendant le coït et siègent ordinairement à la racine de la verge.

Avec le mode d'exploration que nous vous recommandons, vous n'avez pas seulement la notion du point le plus étroit ; vous avez examiné tout l'urètre, vous avez apprécié la résistance et jusqu'à un certain point, l'épaisseur de ses divers points. Nous vous disions que cette résistance était plus ou moins prononcée, plus ou moins étendue. Vous en jugez surtout bien, au retour de la boule, lorsque vous explorez à l'aide de son talon. En règle, à ce moment, tout rétrécissement donne une sensation de ressaut. Il semble que la sonde exploratrice franchit un ou plusieurs petits anneaux à bords très nets, et

cette sensation exprime bien la vérité anatomo-pathologique. L'anneau, qu'il soit complet ou incomplet, est en effet la lésion caractéristique, seule sa constatation assure la vérité du diagnostic. C'est pour cela, et en raison de l'exacte détermination du siège des anneaux, de leur superposition, de leur juxtaposition, de leur multiplicité et de leur dissémination dans l'urètre antérieur, de même que de leur invariable localisation à cette partie du canal, sauf pour le rétrécissement traumatique consécutif aux fractures du bassin, que nous disons que l'exploration méthodique peut être considérée : comme une démonstration anatomo-pathologique faite sur le vivant. Vous faites, en procédant ainsi, le « diagnostic anatomique des rétrécissements ». Et, comme il vous a été possible d'en établir le « diagnostic étiologique », vous êtes en possession d'un véritable diagnostic chirurgical. On procède si souvent d'autre façon, quand il s'agit des rétrécissements, que je ne saurais trop insister sur la nécessité : d'une interrogation bien faite et d'un examen méthodique.

Dans la région périnéo-bulbaire, en particulier, vous trouverez souvent des rétrécissements, constitués par une série d'anneaux fort rapprochés ou tout à fait juxtaposés. Lorsque vous obtenez les sensations de ressaut à l'aller et au retour, il semble que votre instrument passe dans une râpe. Ce ne sont plus des rétrécissements « annulaires », ce sont de véritables rétrécissements « cylindriques ». La résistance opposée au passage de l'urine étant à la fois en rapport avec le degré d'étroitesse et l'étendue de la surface qui résiste, il n'est pas sans utilité de préciser ce point du diagnostic. Cela est d'autant plus intéressant à constater que vous pourriez ainsi comprendre comment un canal, dont le calibre est resté en apparence suffisant, fait cependant obstacle à la miction. L'épaississement de la paroi, quand elle a quelque étendue, gêne sérieusement l'expulsion de l'urine. C'est ainsi que s'expliquent les méfaits de ce que l'on appelle « les rétrécissements larges ».

Il importe de bien noter cette sensation « râpeuse » que fournissent les rétrécissements, elle est très caractéristique. Elle ne peut, en particulier, être fournie par l'état spasmodique du canal. Cet état, souvent confondu avec le rétrécissement proprement dit, s'en différencie par plusieurs autres caractères, sur

lesquels nous allons bientôt attirer votre attention. Celui dont nous vous entretenons actuellement pourrait à lui seul juger la question.

La boule exploratrice ne vous permet cependant pas de relever tout ce qui peut être utile à connaître, dans un canal rétréci. Elle se présente à la coarctation par sa grosse extrémité et ne subit d'autre impulsion que celle d'une tige mince et souple. Elle ne peut donc vous renseigner sur le degré de distensibilité du rétrécissement, et, comme elle procède point par point à l'exploration du canal, elle ne donne pas de notions sur la « résistance d'ensemble ».

La bougie conique olivaire vous fournira ce complément nécessaire d'informations. Ce n'est plus un instrument de toucher limité, c'est un instrument destiné à pénétrer à travers les points rétrécis et qui les met en tension. A mesure qu'elle avance et que sa partie la plus renflée s'engage dans la portion la plus serrée, vous appréciez le degré de résistance. Lorsqu'elle est introduite et que vous la retirez, vous pouvez, au fur et à mesure qu'elle quitte l'urètre, juger du degré de striction qu'elle supporte, suivant les régions qu'elle traverse. Lorsque le canal a acquis cette propriété fâcheuse qui lui a valu cliniquement la qualification d'urètre élastique, vous le voyez si étroitement accolé à la bougie que, sous l'effort que vous faites pour la retirer, la verge se tend et s'allonge. L'instrument est fortement tenu par le canal.

L'examen de l'urètre rétréci ne serait pas encore complet si vous n'ajoutiez aux renseignements du toucher intra-urétral ceux que peut fournir le palper. Le rétrécissement lui-même ou ses complications peuvent devenir l'occasion d'un épaississement plus ou moins considérable des tissus. L'urètre peut être partiellement épaissi, présenter des viroles que l'on reconnaît par le palper simple, ou mieux lorsqu'une sonde ou une bougie ont été préalablement introduites. Le périnée, le scrotum sont souvent le siège d'épaississements et d'indurations considérables.

Ces cas assez nombreux paraissent même, au premier abord, se soustraire aux règles de l'exploration que nous préconisons ; vous ne pouvez reconnaître, à travers ces sortes de murailles irrégulières, le point de l'urètre où s'est arrêtée la boule explo-

ratrice. Vous ne le pouvez, en effet, d'une façon absolument précise, mais il est cependant facile, grâce à un léger artifice, de déterminer la région où s'est opéré l'arrêt. Lorsque cet arrêt a eu lieu, vous placez à l'affût un des doigts de la main gauche sur la portion saine de l'urètre, qui se trouve immédiatement en avant des parties indurées. Vous saisissez la tige de l'explorateur au ras du méat avec le pouce et l'index de la main droite. Vous attirez doucement l'instrument, et bientôt la boule exploratrice est sentie. Vous n'avez plus qu'à juger quelle est la longueur de la tige, qui est comprise entre le point où vous l'avez saisie, et celui où maintenant elle affleure le méat, pour désigner le point d'arrêt. Il se trouve évidemment à la distance que représente cette portion de tige, en arrière du point où vous avez reconnu la boule exploratrice.

C'est dans les rétrécissements compliqués qu'il importe surtout de méthodiquement se rendre compte de l'état des divers segments de l'urètre, si l'on veut choisir en toute connaissance de cause, le mode d'intervention chirurgicale qui convient au cas particulier. On a souvent proposé, pour ces cas, l'urétrotomie externe sur conducteur. Il n'est pas indifférent de savoir que fort souvent, dans ces cas complexes, l'urètre est rétréci dans une grande étendue, et que non seulement la portion périnéo-bulbaire, mais la portion scrotale ont subi une très grande diminution de calibre. Sans doute la partie la plus rétrécie sera périnéale ou bulbaire; mais, si ces portions admettent une bougie n° 6, la portion scrotale tout entière ne laisse guère passer qu'un explorateur n° 8. Ce n'est donc plus la section périnéale qu'il faudrait pratiquer, mais la section périnéo-scrotale, si l'on veut atteindre réellement les parties rétrécies. Et, comme de semblables données ne peuvent être fournies que par l'exploration méthodique de tout le canal par des olives successivement décroissantes, nous joignons ces exemples aux considérations que déjà nous vous avons soumises, pour faire comprendre l'utilité, nous nous permettrons même de dire: l'absolue nécessité, de ce mode d'exploration.

Nous donnerions une idée très incomplète de l'exploration de l'urètre chez un sujet malade, si nous ne vous parlions de l'examen du canal dans les cas de spasmes.

Spasme de l'urètre. — Le spasme de l'urètre a fourni et fournira encore le sujet de plus d'une controverse, l'occasion d'édifier des théories, de préconiser un mode de traitement, d'opérer ou de dilater avec succès un rétrécissement qui n'existe pas. Nous n'avons pas à aborder ces côtés de la question, mais à dire comment se fait le diagnostic du spasme. Il nous suffit de savoir que le spasme existe, pour avoir à nous préoccuper des moyens de le reconnaître. Cela a une véritable importance pratique.

Siège et nature du spasme. — Vous avez le souvenir de ce que nous vous avons enseigné à propos de l'anatomie et de la physiologie de l'urètre (t. II, p. 337 et 358). L'urètre profond est seul en possession d'un appareil musculaire. De ses deux portions, la partie membraneuse se fait remarquer par la richesse de cet appareil et par la large part qui y est faite à l'élément strié. Il ne peut donc y avoir doute sur le siège du spasme. « On ne peut avoir affaire à une résistance musculaire que dans l'urètre postérieur. » L'observation a bien vite démontré que c'est dans sa région membraneuse qu'il se manifeste avec évidence. Il nous serait, pour notre part, difficile de dire que nous avons pu, ou su, constater le spasme de la portion prostatique et du col de la vessie. Nous pouvons par contre déclarer que : très nombreuses sont les occasions d'en constater et d'en démontrer l'existence, dans la région membraneuse.

L'une des plus ordinaires est celle que vous fournissent les malades habitués à se sonder. La plupart sont d'une habileté peu commune, et cependant ils vous diront que : s'ils veulent introduire l'instrument, alors qu'ils se trouvent sous l'influence d'une forte envie d'uriner, ils ne peuvent y parvenir. Si vous vérifiez le fait, vous verrez que vous êtes arrêtés, comme eux, à l'entrée de l'urètre profond; vous ne passez qu'avec difficulté et douleur; mais, dès que cette étape est franchie, vous pénétrez aisément dans la vessie. C'est l'exagération de ce qui est constaté à l'état normal, de cette résistance que l'on peut appeler le spasme physiologique. Vous savez, en effet, que, lorsque se manifeste une vive envie d'uriner, c'est grâce au sphincter membraneux strié que nous y résistons (t. II, p. 358 et suiv.). Il