

se contracte d'abord d'une façon réflexe et nous avertit, nous intervenons alors par la contraction volontaire. Chez l'individu qui tente de se sonder pendant qu'il a une envie d'uriner pressante, la contraction réflexe du sphincter antérieur s'oppose presque irrésistiblement à l'introduction de l'instrument; peu d'instant après, lorsque le summum du besoin est passé, ou quand un peu d'urine a été expulsé, l'instrument passe avec la facilité et l'indolence habituelles. Les excitations pathologiques qui partent de la vessie influencent aussi bien la contractilité du sphincter antérieur que les excitations qu'elle lui transmet dans l'état normal.

L'état de spasme se traduit par un obstacle non permanent plus ou moins durable, qui gêne ou empêche la miction ou s'oppose à la pénétration des instruments.

On comprend que l'inconstance de ses effets figure au nombre des signes qui aident à le diagnostiquer. Mais nous savons que les irrégularités de la miction sont tout autant la conséquence de la manière dont la vessie se contracte, que des résistances du canal (t. I, p. 40). D'autre part, le spasme qui est un phénomène réflexe est « toujours symptomatique ». Nous devons donc déclarer que, malgré la confiance si grande que nous accordons à la bonne interprétation des phénomènes rationnels pour arriver au diagnostic, nous ne pouvons ici les faire entrer en ligne de compte. Ils peuvent nous indiquer les causes du spasme nous faire prévoir que c'est à lui que nous avons affaire. Ils ne sauraient servir à déterminer la nature de l'obstacle.

Le chloroforme et les anesthésiques locaux ne peuvent non plus, comme on est disposé à le croire, avoir rang parmi les moyens qui assurent ce point du diagnostic. Il faut, en effet, que leur action soit bien complète et en quelque sorte excessive pour que l'excitabilité réflexe soit réellement épuisée. L'on sait que les sphincters sont particulièrement réfractaires à l'action des anesthésiques, aussi bien à l'anesthésie générale qu'à l'anesthésie locale. Nous avons bien des fois cherché sous le chloroforme si la résistance normale de la région membraneuse était modifiée, et nous l'avons toujours trouvée intacte. Rien n'est plus rare, chez l'homme, que l'urination ou la défécation pendant le sommeil chloroformique. Ce n'est que chez les enfants que ces

phénomènes sont constatés. Chez les urinaires eux-mêmes, l'urination est très exceptionnelle et, lorsqu'on l'observe, ce n'est que pendant la période d'excitation. De même que la défécation, elle n'a lieu que chez les malades, qui font de très grands efforts d'expulsion. Les chirurgiens savent tous que, malgré les efforts de vomissements qui, si souvent, compliquent l'administration du chloroforme, ni la vessie, ni le rectum ne se vident; cela n'arrive qu'exceptionnellement. Les sphincters continuent, malgré l'anesthésie, à rester vigilants et contractés, quoiqu'ils ne soient plus sensibles aux contacts. Le chloroforme ne peut donc servir à juger la nature de l'obstacle. Il y a même, dans l'espèce, inconvénient à suspendre l'expression de la sensibilité de la portion membraneuse, qui est l'un des éléments qu'il nous faut étudier à propos du diagnostic du spasme. Pour les mêmes motifs, l'anesthésie locale échoue habituellement.

*Diagnostic du spasme.* — Ce diagnostic est réputé très difficile. Il l'est en effet. C'est pour cela que nous cherchons à définir les conditions qui permettent de l'établir.

Vous voyez, tout d'abord, qu'il faut faire abstraction des troubles fonctionnels et ne pas trop se fier à l'usage des anesthésiques; « on doit donc s'en remettre à l'examen direct ».

Mais, s'il convient de ne pas trop se fier à l'interprétation de ces troubles, dont la valeur sémiologique est contestable, il ne faut pas procéder à l'examen direct, sans en avoir interrogé le malade.

L'interrogatoire ne vous servira, il est vrai, qu'à établir des exclusions; mais vous savez que le clinicien doit tenir compte des constatations négatives. Il faut tout d'abord que vos renseignements permettent d'établir: « quel doit être l'état de l'urètre antérieur ».

Les questions sont celles que vous avez adressées aux rétrécis. A l'homme qui vient se plaindre d'avoir des difficultés de la miction, souvent même de n'avoir pu être sondé ou de l'avoir été tantôt facilement et tantôt difficilement, vous devez tout d'abord demander: s'il a été soumis aux conditions qui peuvent créer dans le canal des obstacles matériels et permanents. L'absence bien constatée de ces conditions vous permet



de penser que vous avez affaire à un spasme et vous autorise à diriger votre examen en conséquence. A ces notions importantes, l'exploration directe va vous permettre d'ajouter celle : du siège de l'obstacle.

Si tout indique que l'urètre antérieur est libre, vous prenez un explorateur n° 21 ou 22, et vous le conduisez doucement jusqu'à l'ouverture de l'urètre profond. Jusque-là vous ne trouvez, en général, aucun obstacle, mais vous êtes arrêté à ce niveau. Vous épuisez la série des olives : la plus petite, comme la plus grosse, subit un complet échec ; souvent il en est de même des bougies fines. Si bien que le malade, auquel vous aviez peut-être manifesté votre incrédulité à l'égard de l'existence de son rétrécissement, commence à triompher. Même au prix d'une maladie, chacun tient à son opinion. Vous avez cependant une raison de plus de croire au spasme. Votre interrogation vous avait fait prévoir que l'urètre antérieur était libre dans toute son étendue ; votre exploration montre que vous n'êtes arrêtés que dans la partie profonde du périnée et que, contrairement à ce que vous observez dans les rétrécissements blennorrhagiques, il n'y a aucun point modifié dans l'urètre antérieur. Enfin, la pression sur l'obstacle détermine parfois une sensation douloureuse. Voilà donc vos présomptions qui se confirment, et vous êtes en droit de manœuvrer en conséquence.

Si les instruments souples échouent, s'ils peuvent vous induire en erreur, c'est moins encore parce que le spasme résiste à leur insuffisante pression, que parce qu'ils suivent la paroi inférieure et ne vont pas sûrement appuyer sur l'orifice membraneux. Celui-ci se défend, celle-là se laisse déprimer et, pour peu que vous pressiez, l'extrémité de votre instrument se coiffe de la paroi inférieure. C'est désormais cette paroi déprimée, et non l'orifice membraneux, qui s'oppose à la progression de l'instrument. En augmentant la pression, vous n'obtiendrez d'autre résultat qu'une fausse route.

C'est aux instruments métalliques que nous vous engageons à recourir pour trancher la question. Grâce aux manœuvres régulières qu'ils permettent, vous pouvez les placer exactement contre l'obstacle, aussi pénètrent-ils facilement et sûrement. Une sonde exploratrice à petite courbure méthodiquement conduite, une sonde pleine, courbe et lourde, telle

que les Béniqués, auront facilement raison du spasme. Il n'est pas besoin de faire effort ; il faut présenter l'instrument à l'orifice membraneux et attendre. Bientôt l'instrument passe, il pénètre dans la vessie sans rencontrer de nouvel obstacle, vous le retirez aisément du canal où il n'est même pas serré. Nous devons ajouter que, dans ces circonstances, un gros instrument pénétrera mieux qu'un petit.

Ces faits et ceux observés chez les prostatiques, qui dans certaines conditions sont mieux sondés par un gros instrument, ont autrefois permis à Mayor, de Lausanne, de donner le déplorable précepte de se servir d'instruments d'autant plus gros que l'obstacle paraissait plus étroit. Cela montre une fois de plus que, pour la chirurgie de l'urètre, comme pour toute la chirurgie, le diagnostic régit absolument toutes les manœuvres opératoires. Le spasme a trop souvent permis d'enfreindre ce principe. Vous saurez agir autrement ; c'est en toute connaissance de cause que vous vous armerez d'un gros instrument, pour franchir un obstacle que vos plus fines bougies n'avaient pu pénétrer. Vous prendrez cependant garde de rien exagérer : les n°s 18, 20 ou 22 représentent les gros instruments que nous vous conseillons. Déjà la pénétration facile de ces calibres aura été démonstrative. Mais étudiez avec soin la manière dont se dégage l'instrument et vous ajouterez une preuve nouvelle et très intéressante à celles que vous avez déjà fournies.

Le spasme établit une résistance à l'entrée, il cesse d'en faire à la sortie. Il ne retient pas l'instrument et prend aisément son parti d'une défaite. Mais, s'il cesse momentanément de résister, il est prêt à recommencer la lutte à la première occasion.

Cependant l'exploration faite dans ces conditions n'est pas achevée sans quelque douleur. Ainsi que nous vous le faisons pressentir tout à l'heure, la sensibilité de l'urètre profond est augmentée et quelquefois exaltée en cas de spasme. L'on peut définir les symptômes objectifs du spasme en disant que : la portion membraneuse est à la fois plus sensible et plus contractée que dans l'état normal. Cela aide à le différencier des rétrécissements qui, en effet, ne sont pas sensibles aux pressions.

Un mode d'exploration très démonstratif et que, pour notre part, nous mettons très souvent en usage, est le suivant. Vous



introduisez, quand cela est possible et cela le devient avec de la patience, une petite bougie armée dans la vessie et vous vissez sur cette bougie une grosse bougie Béniqué en métal. Vous poussez doucement et bientôt, au grand étonnement du malade, vous voyez le tout entrer sans difficulté dans la vessie, alors même que la petite bougie difficilement introduite paraissait serrée par l'urètre. Nous nous servons pour cela des Béniqué conduits, que vous nous voyez si souvent utiliser pour la dilatation des rétrécissements. Ce n'est pas un moyen nouveau, c'est le *cathétérisme* à la suite de Maisonneuve qui, entre autres services, permet d'étudier dans de bonnes conditions et de bien reconnaître le spasme.

Ce procédé n'a d'autre défaut que de ne pouvoir être toujours applicable, puisque le spasme parfois s'oppose à l'introduction de la bougie conductrice. La question est alors jugée par la directe introduction d'un instrument métallique.

Il est donc possible d'établir, « par un examen méthodique et direct », quelle est la nature de l'obstacle qui empêchait l'introduction des instruments, ou gênait la miction. Cela est même facile si l'urètre antérieur est libre ; il peut en être autrement s'il est rétréci.

*Spasmes et rétrécissements.* — On a admis que les rétrécissements de l'urètre, et voire l'atrésie relative du méat, pouvaient déterminer et même déterminaient, presque invariablement, le spasme de la portion membraneuse. Le Professeur Verneuil a défendu la première de ces opinions, et c'est M. Otis, de New-York, qui soutient la seconde. Nous n'avons pas ici à les examiner en elles-mêmes, ni à montrer, une fois de plus, que c'est de la vessie, plus ou moins troublée dans ses fonctions que part l'excitation qui détermine le spasme. Nous devons simplement reconnaître qu'il est possible qu'il se produise dans ces conditions complexes, et dire comment on le peut diagnostiquer alors.

En ce qui concerne l'influence de l'atrésie du méat, nous avons observé autrefois un jeune garçon qui présentait les signes rationnels de la pierre, chez lequel ces phénomènes disparurent après l'incision d'un méat moyennement développé et qui d'ailleurs semblait normal. Jamais il ne nous a

été donné de revoir un cas analogue. L'étroitesse relative, sans induration ni épaissement de la région du méat, ne détermine en général aucun trouble urinaire. Sans entrer ici dans l'étude de ce sujet, permettez-nous de protester contre le singulier abus qui tend à s'établir dans la pratique de quelques chirurgiens.

La section du méat est, à coup sûr, une opération fort simple et presque toujours inoffensive. Cela ne saurait suffire pour qu'elle ne soit pas soumise à des indications précises ; mais ce principe paraît être trop souvent négligé par les méatotomistes. En pareil cas, l'examen direct est possible, l'introduction des instruments peut se faire, rien ne s'oppose à ce que le diagnostic soit complètement établi avant l'opération. Ce n'est pas trop exiger que de demander à ce que l'on en profite. Le degré d'étroitesse du méat et la nature de son atrésie seront spécifiés, tout le canal sera examiné ainsi que la vessie. On s'assurera ainsi qu'aucune des si nombreuses causes qui peuvent provoquer la résistance exagérée de la portion membraneuse n'existe ; on montrera enfin par un méthodique emploi des moyens appropriés : qu'il y a bien spasme.

En présence de rétrécissements, l'examen direct est plus difficile, etc'est cependant à lui que nous devons encore recourir. Nous nous garderons bien de dire que l'urétrotomie est un moyen de diagnostic ; nous désirons trop vivement que le diagnostic soit complètement fait avant le traitement pour avoir pareille pensée. Mais cette opération fournit un moyen de démonstration et de contrôle, que nous allons utiliser. Nous vous rendons bien souvent témoins de la résistance, de la dureté considérables, du point le plus profond et le plus rétréci. Et cette résistance, cette dureté, sont aussi grandes au retour de l'instrument qu'à son aller. Cela ressemble bien peu à cette soumission du canal en état de spasme, lorsque l'instrument qui l'a franchi le parcourt en sens inverse. Nous vous parlions tout à l'heure de ce curieux phénomène ; vous l'observerez constamment, et il mérite bien que l'on en tienne compte au point de vue du diagnostic. D'ailleurs, ce rétrécissement profond, qui résiste si particulièrement, donne, quand on le coupe, les mêmes sensations que ceux qui lui sont antérieurs. Il n'y a qu'une différence, c'est que la sensa-



tion spéciale fournie par la section de tissu fibreux est exagérée pour le dernier. C'est un tissu pathologique, un tissu très modifié, que l'on coupe; on ne peut s'y tromper.

Au surplus, l'exploration vous avait permis, avant d'opérer, d'établir normalement le diagnostic. La boule exploratrice, et même la boule exploratrice la plus petite, avait donné cette sensation d'anneaux multiples presque tranchants, ces ressauts secs et durs, ces sensations râpeuses, que fournissent si nettement les rétrécissements à l'aller et au retour de l'olive. Elle l'avait donnée surtout au fond du périnée. Sensation bien différente du spasme qui peut plus ou moins serrer, plus ou moins retenir la boule de votre instrument, simuler parfois un anneau quelque peu rigide, mais qui, alors même, ne fournit pas cette sensation particulière qui appartient aux anneaux fibreux et ne donne jamais une succession de ressauts.

Le plus souvent, en effet, vous êtes aidés dans votre diagnostic par la répétition de cette sensation de ressaut qui se reproduira deux, trois fois et plus, dans un très petit parcours ou même sur place, dans un point rétréci unique. En cas de doute, cela serait votre *criterium*. Les rétrécissements ne sont que très exceptionnellement représentés par un simple anneau; leur surface interne est par cela même râpeuse, elle donne à l'explorateur la sensation significative des ressauts multiples. Le spasme ne produit rien de semblable.

Il est donc possible et facile de faire le diagnostic différentiel du spasme et du rétrécissement. Mais vous n'établirez de distinction légitime que lorsque vous aurez méthodiquement procédé à l'examen direct, tenu fidèlement compte des sensations perçues au moment de franchir l'obstacle, pendant que vous le parcourrez, et alors que, revenant sur vos pas, vous ramenez l'instrument à travers les points qu'il vient de traverser. Ce n'est, par conséquent, qu'après un examen direct, après une exploration bien conduite, que vous pourrez, en toute certitude, poser ou rejeter le diagnostic: spasme. En procédant ainsi, je suis pour ma part arrivé à conclure que non seulement il ne faut pas attribuer, comme on l'a fait, à un spasme la plus grande étroitesse, presque toujours constatée à la fin de la portion périnéale dans les cas de stricture, mais que le spasme ne se surajoute pas aux rétrécissements. Cette compli-

cation est assurément possible, mais je n'ai pas eu l'occasion de la constater, et rien ne me semble justifier l'importance qui lui a été attribuée.

**Obstruction de l'urètre par un calcul.** — Déjà nous avons eu l'occasion de vous dire (t. II, p. 277) que, lorsque l'urètre est obturé par un gravier, le palper permettait souvent d'en reconnaître la présence et d'en déterminer le siège. Nous vous avons fait remarquer que la pression localisée que vous exercez sur l'urètre vous renseigne plutôt par la douleur que vous éveillez, que par une perception bien nette du relief et de la consistance du corps étranger. Ainsi la douleur localisée, jointe aux difficultés et aux douleurs de la miction, brusquement survenues chez un lithotritié, ou chez un malade qui a eu des coliques néphrétiques, est un précieux élément de diagnostic. Mais le palper extérieur et le toucher rectal ne vous renseigneront pas toujours suffisamment; l'exploration de l'urètre est toujours nécessaire. On est tenté de pratiquer cette exploration à l'aide d'un instrument métallique, le raisonnement y conduit. On espère que le contact dur révélera sûrement la présence du corps étranger. C'est une illusion que la pratique fera bientôt perdre.

Il faut faire usage d'un instrument qui se mette bien en rapport avec tout l'urètre, qui ne s'applique pas particulièrement à l'une de ses parois, et qui, en refoulant l'autre, puisse, par la même occasion, enfoncer le calcul dans une dépression, passer par dessus en le frôlant ou même sans le sentir. Il faut, en un mot, recourir encore une fois à « l'explorateur de l'urètre », c'est-à-dire à « la boule olivaire » montée sur une tige mince et souple.

Avec cet instrument qui suit la paroi inférieure sans la déprimer, s'il est convenablement conduit et qui remplit l'urètre, vous rencontrerez le calcul; si vous ne l'avez senti à l'aller, vous l'accrocherez au retour. Vous aurez, de plus, la possibilité de préciser son siège, de dire *anatomiquement* le point de l'urètre qu'il occupe; vous recueillerez enfin, suivant les cas, ou « une sensation de choc » ou « une sensation de frottement ».

La « sensation du frottement que donnent les instruments



souples au contact des calculs » mérite d'être définie. Elle peut rendre au diagnostic de très grands services. Vous la percevrez aussi en maintes circonstances dans la vessie et nous aurons bientôt l'occasion de vous la signaler. C'est un frottement qui rappelle la sensation dite : *bruit de cuir neuf*. C'est donc un frottement un peu rude, un peu râpeux ; ce n'est souvent qu'un simple frôlement, mais il est assez caractéristique pour que vous n'y soyez pas trompés.

Dans le cas où le canal est rétréci et où l'engagement du gravier se fait derrière le rétrécissement, vous ne pourrez reconnaître cette complication que par l'intermédiaire de la bougie. Après avoir franchi le rétrécissement, vous aurez, en allant et en revenant, la sensation de frottement qui ne pourra pas vous laisser de doutes. Si vous ne connaissiez pas ce petit symptôme, si vous n'aviez pas appris à l'interpréter, le diagnostic de ces cas serait impossible.

Alors qu'il n'y a pas rétrécissement et que le canal peut être exploré dans toute son étendue par les olives, il peut arriver qu'elles passent sans donner de sensation. La bougie de cire est alors utilisée. Elle ne donne pas de frottement, mais elle rapporte une empreinte. Vous trouvez, en effet, sur l'une de ses faces, une sorte de rainure plus ou moins prononcée, plus ou moins étendue, tracée au contact du calcul. Il est extrêmement rare que cette exploration soit nécessaire ; la bougie de cire a, du reste, vis-à-vis de l'olive, cette infériorité que, si elle vous renseigne sur la présence du corps étranger, elle ne peut que très imparfaitement vous en indiquer le siège.

A tout autre genre de recherche, préférez celle que vous permet la boule exploratrice dont vous varierez, suivant les circonstances, le volume et la forme ; recourez par exemple, pour assurer les sensations du retour, aux boules dont le talon est très prononcé et même un peu anguleux. Vous le voyez, et nous allons encore y insister à propos de l'exploration de la partie prostatique du canal : *les instruments souples sont les véritables explorateurs de l'urètre*.

Faites donc usage de la bougie à boule et, dans les quelques circonstances que nous avons définies, des bougies coniques. C'est la règle, aussi bien dans l'état normal que dans l'état pathologique. Il importe de ne pas l'oublier, car les services

rendus par les instruments métalliques dans l'exploration de la vessie conduisent trop souvent à en user, par analogie, pour l'urètre. Ne faites pas cette erreur. Quand on la commet, c'est à la fois au détriment du diagnostic et du canal.

**Exploration de la partie prostatique de l'urètre.** — L'exploration de la partie prostatique de l'urètre, chez un sujet malade ou chez un vieillard, a pour but de se rendre compte des obstacles que peuvent apporter au passage d'un instrument : le gonflement phlegmoneux de la prostate ou les abcès qui en sont la conséquence, — les lacunes qui en résultent lorsque des foyers prostatiques se vident dans l'urètre, — d'apprécier les modifications en longueur et en largeur qui, presque normalement, s'établissent avec l'âge, — les déformations hypertrophiques de l'un ou de plusieurs des lobes de la prostate, ainsi que leur relief intra-urétral.

Il est tout d'abord nécessaire de vous faire remarquer que toutes ces modifications morbides ou séniles ont « un siège exclusif ». C'est sur la *paroi inférieure* que vous rencontrerez la saillie des abcès et des lobes prostatiques hypertrophiés ; c'est à travers cette paroi que se fait l'ouverture des abcès, c'est à ses dépens que se creusent les lacunes quelquefois considérables qui succèdent à certains d'entre eux, ainsi que les modifications de forme et de longueur.

L'étude anatomique vous a démontré que la paroi supérieure échappe aux conséquences de la sénilité, que l'élargissement et l'allongement des lobes prostatiques et de la portion urétrale correspondante affectent, non pas leur face pubienne, mais leur face rectale. Au point de vue de l'exploration, de même qu'à celui du passage des instruments, la constatation de ces faits a une fort grande importance. Il est naturel de confier le soin d'explorer la paroi inférieure à un instrument qui la suive sans la modifier, qui, par conséquent, vous la montre telle qu'elle est et non *telle que vous pourriez la faire en la déprimant*.

« L'explorateur olivaire à tige droite et souple, l'explorateur de l'urètre, en un mot, est donc l'instrument auquel vous devez recourir ».

Quelques questions vous auront à l'avance éclairés sur la nature probable des lésions que vous avez à reconnaître direc-



tement. Les prostatites aiguës sont bien souvent observées chez les blennorrhagiques; elles s'accompagnent, dans tous les cas, d'un cortège d'accidents généraux et locaux qui suffit à les faire soupçonner.

Le toucher rectal est la première exploration directe à faire, toutes les fois que les symptômes rationnels indiquent que le siège de la lésion, doit être cherché dans la prostate. Souvent aussi, vous aurez à le pratiquer concurremment avec l'introduction de l'explorateur, et cette combinaison du toucher intra et extra-urétral donnera au diagnostic une très grande précision.

Le toucher rectal préalable vous fournit, avant tout cathétérisme, d'importants renseignements. Dans les prostatites il vous renseigne assez complètement, pour que vous puissiez considérer le diagnostic comme établi, après l'avoir pratiqué.

C'est grâce à l'exploration rectale que vous pourrez juger de la tuméfaction, de son siège exact et de ses limites, de sa nature, que vous saurez s'il y a de la fluctuation ou si elle se prépare. Dans les cas de lacunes un peu étendues, vous serez presque aussi sûrement renseignés. Au niveau de la cavité, la muqueuse rectale est molle, se laisse déprimer sans résister; au pourtour elle s'appuie, au contraire, sur un cercle plus ou moins irrégulier, assez franchement en relief et parfaitement résistant. Ce n'est pas de la fluctuation que vous percevez, on peut dire que c'est de la dépressibilité. Vous avez la sensation d'une étoffe peu épaisse et souple, mal tendue sur un cadre épais et dur.

Ainsi que nous vous l'avons déjà dit en parlant du toucher rectal, le relief des lobes prostatiques dans le rectum ne donne aucunement la mesure des saillies intra-urétrales. Un développement intra-rectal très prononcé peut être constaté chez un sujet dont l'urètre n'est pas déformé, et réciproquement. Ce qui est plus important et ce que nous ne faisons que vous rappeler, puisqu'il en a déjà été question (t. II, p. 285), c'est la consistance de la prostate. Au point de vue de l'étude de ses dégénérescences, la dureté en masse, l'irrégularité de la surface jointes à un grand volume pour le cancer; les noyaux durs noyés dans un tissu de consistance encore normale dans les premières périodes de la tuberculose, ont une grande signification. Seule l'exploration rectale de la prostate ren-

seigne sur ces points et permet le diagnostic du cancer et des tubercules.

Nous revenons au sujet actuel en vous exposant: les renseignements que peut vous donner l'explorateur olivaire à tige droite et souple et les moyens de les recueillir. C'est « le toucher intra-prostatique ».

*Exploration urétrale de la prostate, dans les cas d'hypertrophie.* — Lorsque vous voulez examiner la région prostatique de l'urètre avec la boule olivaire, vous prenez tout d'abord grand soin de noter son passage dans l'urètre membraneux. A peine la traversée de cette courte portion du canal s'est-elle accomplie, que l'exploration de la région prostatique commence. Si vous suivez attentivement l'olive, vous vous rendrez parfaitement compte de la longueur et de la direction du trajet qu'elle parcourt. Vous appréciez, en effet, aussi bien le moment où vous quittez la portion membraneuse, que celui où vous entrez dans la vessie. Vous pourriez même, en vous servant d'un explorateur perforé, qui laisserait échapper l'urine, mesurer exactement l'étendue en longueur du canal prostatique. Semblable rigueur n'est pas nécessaire. Les sensations perçues pendant le cheminement de la boule olivaire pleine suffisent pour vous apprendre: « que la traversée est longue, qu'elle est directe ou sinueuse ». Cela a une très grande importance. Il faut toujours, pour bien conduire les instruments métalliques et, en particulier, des instruments coudés, savoir à l'avance s'il y a allongement de l'urètre prostatique.

Vous savez, en effet, « que l'allongement ne va pas sans l'élargissement ». L'urètre des vieillards augmente à la fois d'étendue, dans le sens transversal et dans le sens longitudinal. Tenez-vous donc pour avertis. Votre instrument métallique à petite courbure pourrait se perdre dans ce trajet; s'il quitte la paroi supérieure, il ira déprimer la paroi inférieure avec son bec et se coiffer de manière à être retenu, comme dans le cul-de-sac du bulbe. Il n'y aurait d'autre différence que la région et que la nature de l'obstacle. C'est, en effet, contre la lèvre inférieure du col qu'appuierait le bec de la sonde. Et cela pourra d'autant plus aisément se faire que l'élévation de la lèvre inférieure épaissie coïncide, le plus habituellement, avec