

naires (rétrécissement, hypertrophie prostatique surtout), beaucoup de ces malades aussi échappent et guérissent.

Le pronostic est néanmoins très grave en tout état de choses.

Traitement. — Avant d'indiquer les moyens de traiter les fausses routes, nous devons succinctement rappeler les moyens de les éviter, ces moyens préventifs reposent : sur la douceur, la prudence, la légèreté de main pendant le cathétérisme ; sur le choix des instruments ; sur la connaissance des obstacles, qui s'opposent à la pénétration des instruments dans l'urèthre. Inutile d'insister sur la douceur des manœuvres. Pour ce qui est relatif au choix des instruments, il se déduit de la lésion obstruant le passage. Les antécédents et les symptômes présentés par le malade donnent parfois une indication suffisante pour ce choix, mais il est toujours bon, indispensable même, d'explorer le canal avec l'explorateur à boule avant d'introduire tout autre instrument. La boule révèle-t-elle l'existence d'une stricture étroite, on choisira pour la franchir une bougie en gomme mince et flexible. Existe-t-il un allongement et une déformation du canal prostatique dus à l'hypertrophie, on se gardera d'employer, comme trop souvent on le fait, une sonde en gomme conique, qui ne manquerait pas de buter contre l'obstacle de la paroi inférieure et de faire une fausse route ; mais on choisira une sonde coudée ou bicoudée qui, suivant la paroi supérieure de l'urèthre, passera au-dessus de l'obstacle, ou une sonde en caoutchouc très souple qui, serpentant dans le canal déformé, parviendra dans la vessie.

La fausse route faite, les indications qu'elle réclame sont en tout semblables à celles que réclament les cas moyens de rupture de l'urèthre. Elles se réduisent à la mise à demeure d'une sonde en caoutchouc modérément grosse, ouverte dans l'urinoir. Si malgré ces divers expédients on ne peut pénétrer dans la vessie, on doit aller au plus pressé en pratiquant la ponction hypogastrique ; si malgré toutes les précautions il se manifeste des accidents d'inflammation ou d'infiltration, il faudra se comporter comme dans les cas graves de rupture et inciser largement le foyer.

§ 3. — Spasme de l'urèthre.

Le spasme de l'urèthre est une des questions les plus controversées de la pathologie uréthrale, sinon de la pathologie ordinaire. Son existence elle-même a été mise en doute et on discute encore sur son siège, sa nature, sa valeur nosologique, etc. Les classiques généraux sont à cet égard pleins d'erreurs, qu'on retrouve même dans un certain nombre de traités spéciaux. L'étude de ce symptôme (car disons-le à l'avance, ce n'est qu'un symptôme que sa fréquence a fait élever à tort au rang d'une maladie) est due principalement à Guyon dans ses leçons et aux travaux de son école (Th. de Spire, 1878 ; de Geffrier, 1884).

Le spasme de l'urèthre existe bien réellement, témoins ces malades qui à de certains moments ne pouvant uriner, malgré leurs efforts, sont obligés d'y renoncer et satisfont quelques instants après leur envie avec la plus grande facilité. Témoins encore les blessés et les opérés pris de rétention cessant quelques heures ou quelques jours après sans persistance d'aucune lésion du canal. Qu'invoquer pour expliquer la rétention dans ces cas, sinon l'effacement spasmodique du calibre de l'urèthre cédant à une grosse sonde, qui permet à la vessie de se vider avec toute sa contractilité habituelle ? Le cathétérisme lui-même est un moyen de mettre en évidence l'existence du spasme. Quand avec une sonde à boule on explore le canal d'un certain nombre d'individus, on est arrêté chez quelques-uns à une certaine profondeur plus ou moins longtemps, puis brusquement le passage s'ouvre et on pénètre librement dans la vessie sans que l'instrument constate au retour le moindre obstacle dans l'urèthre. Cet obstacle évanoui était un spasme.

Personne aujourd'hui ne nie son existence, mais on discute vivement sur son siège, et pour quelques auteurs tous les points de l'urèthre sont susceptibles de se contracter spasmodiquement, et l'on pourrait observer le spasme dans les trois grandes régions anatomiques de ce canal : région spongieuse, région membraneuse, col vésical.

Or le spasme peut-il exister dans la portion spongieuse ? Anatomiquement cela est impossible. Si chez certains animaux (cheval par exemple) il existe dans l'urèthre spongieux des fibres musculaires circulaires, nous savons qu'il n'y en a pas chez l'homme, et nous avons même vu que les fibres lisses longitudinales sont rares. Physiologiquement la chose est en apparence possible ; en effet les liquides contenus dans le canal (gouttes d'urine, sécrétions du canal, injections, instillations) reviennent vers le méat, mais cela n'est pas dû à la contractilité ; mais seulement à l'élasticité du canal dont les parois sont normalement en contact, formant ainsi, d'après Thompson, une valvule continue et fermée. C'est aussi l'élasticité qui chasse une sonde introduite dans l'avant-canal, et dans ce phénomène à l'élasticité transversale du canal vient se joindre l'élasticité longitudinale découvrant d'autant la sonde. Si l'urèthre spongieux était contractile, l'électricité devrait mettre cette propriété en relief ; or l'expérience faite avec le petit appareil de Guyon dont nous parlerons dans un instant est négative. Cliniquement les faits prouvent encore que la portion spongieuse n'est pas le siège du spasme ; c'est toujours en effet dans la portion profonde de l'urèthre en arrière du bulbe, à l'entrée de la portion membraneuse, qu'on trouve ce temps d'arrêt passager.

Lorsqu'un instrument est arrêté dans la portion spongieuse, il l'est définitivement et on le retrouve toujours, preuve qu'on a affaire à un obstacle organique et non spasmodique. Donc tout repousse l'existence du spasme dans la région spongieuse.

Le spasme existe-t-il dans la portion membraneuse? Toutes les preuves s'accablent ici en faveur de l'existence du spasme. Preuve anatomique : présence et abondance des fibres lisses circulaires, auxquelles vient se joindre un appareil musculaire spécial sphinctérien (muscles de Wilson et de Guthrie qui, d'après les recherches de Cadiat sur leur développement, font partie intégrante de l'urètre et ne sont pas des muscles à part); preuve physiologique : séparation tonique des deux urètres et contraction violente de ce sphincter interurétral par son électrisation à l'aide de l'appareil de Guyon pour l'incontinence infantile; preuve clinique : c'est toujours à ce niveau pour nous, et dans la grande majorité des cas, pour ceux mêmes qui admettent l'existence du spasme dans d'autres régions, que l'instrument explorateur est arrêté.

Le spasme existe-t-il au col vésical? La réponse à cette question est difficile. D'abord l'incertitude d'un sphincter vésical indépendant du sphincter membraneux de l'urètre est une première difficulté. Parmi les auteurs recommandables soutenant ces opinions contradictoires, citons Sappey, qui admet un sphincter vésical indépendant, et Jarjavay, qui le considère comme une dépendance du sphincter membraneux urétral. Guyon et Thompson se rangent à cette dernière opinion, et pour le premier auteur, tandis que les fibres de ce large anneau formant une couche épaisse au niveau de la portion membraneuse forment un sphincter puissant, elles ne constituent au niveau du col vésical même qu'un sphincter impuissant à fermer spasmodiquement le passage à l'urine. Donc le sphincter vésical n'est pas indépendant du sphincter urétral. Une autre preuve de la dépendance des deux sphincters est fournie par leur innervation. Ainsi que le fait remarquer Geffrier, élève de Guyon, dans sa thèse sur les troubles de la miction dans les maladies du système nerveux, le corps de la vessie, son col, son sphincter et le sphincter de l'urètre reçoivent des nerfs qui ont une commune origine (plexus hypogastrique). Cette communauté d'innervation entraîne une communauté physiologique, et si les fibres du col étaient assez puissantes pour le fermer spasmodiquement, on ne saurait comprendre leur spasme sans celui de la portion membraneuse. Mais répétons-le avec Thompson et Guyon, le spasme du col vésical n'existe pas. Une preuve de cette affirmation peut encore être fournie par l'exploration méthodique du canal. Après le temps d'arrêt et l'hésitation d'usage, une fois le sphincter membraneux franchi, l'explorateur à boule désormais libre pénètre toujours sans aucun obstacle dans la vessie; bien plus, s'il est perforé, l'urine jaillit aussitôt que le sphincter membraneux a été franchi, preuve que rien ne ferme le col même de la vessie, puisque l'urine baigne tout le canal prostatique.

Nous concluons que le spasme de l'urètre siège exclusivement dans la portion membraneuse de l'urètre; d'où la définition suivante :

Le spasme de l'urètre est une contraction pathologique du sphincter

membraneux interurétral se traduisant ordinairement pour le malade par de la rétention d'urine, et pour le chirurgien par l'arrêt des instruments au collet du bulbe.

On doit le considérer comme l'exagération pathologique du réflexe qui retient normalement les urines dans la vessie. La première partie de son arc se compose des nerfs sensitifs de la vessie et de la muqueuse de l'urètre postérieur se rendant par l'intermédiaire du plexus hypogastrique à un centre de cellules situées dans la moelle lombaire (centre génito-spinal de Budge étudié plus récemment par Kupressow, qui a montré l'existence d'un centre sphinctérien situé au-dessous du centre qui préside à la contraction de la vessie). De ce centre médullaire partent les fibres motrices qui se rendent par l'intermédiaire des mêmes plexus au sphincter vésico-urétral.

Les conditions étiologiques du spasme sont nombreuses, et ce que nous venons de dire de la pathogénie permet de les grouper méthodiquement. Qu'une excitation anormale ou violente de la muqueuse vésicale ou urétrale mette en jeu en l'exagérant les cellules du centre sphinctérien, l'on verra apparaître le spasme; premier ordre de causes naissant au niveau de la muqueuse vésico-urétrale. Mais ce réflexe peut avoir son point de départ dans d'autres parties des organes génito-urinaires; il peut en effet naître encore au niveau de la zone ano-rectale et même très loin des organes du bassin; une excitation de n'importe quelle partie du corps peut le produire. De là un certain nombre de groupes étiologiques que nous rangerons sous la dénomination commune de causes périphériques par opposition au groupe des causes centrales. Celles-ci agissent ou sur la moelle en exagérant le pouvoir excito-moteur de l'axe gris (par exemple les myélites, aiguës, chroniques totales, systématiques), ou sur le cerveau en entravant l'action modératrice qu'a ce dernier sur le pouvoir réflexe de la moelle. Mais il faut bien savoir que dans la grande majorité des cas, ce ne sont pas les lésions organiques de l'encéphale qui s'accompagnent de spasme; ce sont plutôt les états auxquels on a donné le nom de névroses. Aussi le spasme urétral est-il chose commune chez les névropathes et les individus doués d'une grande sensibilité du système nerveux toujours à l'état d'éréthisme.

Nous avons essayé de grouper méthodiquement dans le tableau suivant toutes les causes susceptibles de provoquer le spasme urétral.

Causés périphériques.	Zone génito-urinaire.	Urèthre postérieur et col de la vessie.....	Corps étrangers; traumatismes, rupture; inflammation, cystite du col; tubercules; prostatite, hypertrophie de la prostate.
		Urèthre antérieur.....	Corps étrangers; plaies, rupture; blennorrhagie; rétrécissement (?), atrésie du méat, étroitesse du prépuce, phimosis, cathétérisme.
		Corps de la vessie.....	Pierre, traumatisme, cystite, néoplasme.
		Uretères et reins.....	Corps étrangers, uretérite, pyélonéphrite; néoplasme.
		Composition des urines.	Ammoniacales, acides, trop chargées de sels (goutte) (Thompson); contenant des principes étrangers; cautharides, térébenthine, épices, condiments.
		Excitations et troubles fonctionnels.....	Abus du coït, onanisme, érections prolongées non satisfaites, miction différée.
Causés périphériques.	Zone ano-rectale.....		Prurit anal; fissure à l'anus; inflammation de l'anus et du rectum; corps étrangers (mèche), opérations diverses sur l'anus et le rectum.
		Surface des téguments et lésions de tous les organes et tissus.....	Contusion du bassin, de la hanche, luxation coxo-fémorale, amputation du membre inf. et sup. etc., froid à la surface du corps, brûlure, etc.
Causés centrales.	Moelle.....		Traumatismes : plaie de la moelle, luxation, fracture du rachis : produisent plus souvent la paralysie de la vessie que le spasme de l'urèthre.
			Myélite aiguë ou chronique. Le spasme peut être un signe prémonitoire de l'ataxie locomotrice.
			Les lésions organiques, l'anémie, la congestion, l'inflammation, les hémorrhagies produisent rarement le spasme, ce sont plutôt les troubles fonctionnels de l'encéphale. Colère, émotion, urèthre pudique (Reliquet).
	Névroses : hystérie, hypochondries, onanisme, etc.		

On a voulu décrire comme entité morbide un spasme idiopathique capable d'engendrer les plus graves lésions du côté de l'appareil urinaire; c'est faute d'avoir su saisir l'enchaînement des phénomènes morbides que l'effet a été pris pour la cause.

Deux phénomènes caractérisent la symptomatologie du spasme de l'urèthre : la rétention d'urine et l'impossibilité du cathétérisme. La rétention d'urine peut être brusque, complète et durer un certain temps. La brusquerie est ce qu'il y a de plus caractéristique; le degré et la durée sont variables. En effet le malade peut parfois uriner en partie; son jet conservant son volume normal ou diminué est lancé avec

force ou tombe sur ses pieds (dysurie); souvent le jet est entrecoupé.

Sonde-t-on un malade dans ces conditions avec un explorateur (instrument de choix absolument nécessaire), la boule est arrêtée à la portion membraneuse, ce que l'on constate non par des centimètres, mais par la situation de la boule arrêtée dans le périnée. Insiste-t-on sans agacer le canal, tout d'un coup on pénètre sans avoir la sensation de ressaut, le canal s'ouvrant largement devant la boule. Quelquefois cependant il est impossible de passer. Si alors, changeant d'instrument, on prend une petite sonde, on passe encore moins aisément; par contre une grosse sonde franchit souvent l'obstacle avec la plus grande facilité. C'est certainement là le signe caractéristique du spasme, et il est important de noter qu'avec de la patience et de l'habileté on finit presque toujours par en triompher.

Ces questions relatives à l'évolution du spasme se lient étroitement à la cause dont il dépend. Cependant le spasme ne suit pas servilement l'affection dont il relève. Il conserve une liberté d'allure qui aide à le faire reconnaître. Il est essentiellement capricieux. Jamais le spasme n'a de terminaison grave et son pronostic dépend de l'affection dont il est une des expressions. Jamais il ne devient la cause de ce dramatique tableau que Dolbeau, entre autres auteurs, a tracé dans ses leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu du spasme idiopathique.

Le spasme uréthral est facile à reconnaître pour un chirurgien bien pénétré de ces deux notions fondamentales : 1° le spasme siège uniquement au niveau de la région membraneuse; 2° tout obstacle au passage d'un instrument en ce point ne peut être produit que par une contraction spasmodique. On n'observe jamais en effet de rétrécissement dans l'urèthre membraneux, et toutes les fois qu'on y est arrêté, c'est par du spasme. Mais c'est ordinairement tout près de la région membraneuse, au bulbe, que siègent d'habitude les rétrécissements de l'urèthre, et on peut être embarrassé pour affirmer la nature de l'obstacle. Le vrai rétrécissement et le spasme donnent chacun une sensation spéciale, mais insuffisante à ceux qui ne sont pas encore rompus aux difficultés. On éclairera son diagnostic d'abord par le passé uréthral (jamais de rétrécissement sans blennorrhagie, rupture de l'urèthre, etc.), ensuite tandis que les petites bougies habilement maniées crochèteront (Guyon) le rétrécissement, elles ne pénétreront pas dans le spasme, qui par contre cédera devant l'introduction d'une grosse sonde, par exemple d'un béniqué n° 35 à 40. Pour Verneuil en France, Otis en Amérique, dans les rétrécissements péniens l'obstacle que l'on rencontre dans la portion profonde de l'urèthre est toujours un spasme de la région membraneuse. C'est là une erreur que les autopsies révèlent en montrant que les rétrécissements multiples de l'urèthre sont d'autant plus prononcés qu'on approche de la région membraneuse. C'est le point extrême de ce chapelet que les auteurs précités prennent pour du

spasme. Nous reviendrons sur ce sujet à propos des rétrécissements.

Traitement. — Toujours symptomatique, le spasme urétral a comme première indication thérapeutique le vieil adage « *sublata causa, tollitur effectus.* » Les autres indications consisteront à le combattre par une médication antispasmodique appropriée, et à vider la vessie par des cathétérismes répétés.

§ 4. — Corps étrangers de l'urèthre.

Les corps étrangers de l'urèthre peuvent venir des parties supérieures de l'arbre urinaire, se former dans l'urèthre même, ou être introduits par le méat.

Les premiers sont les petits calculs descendus des reins, s'engageant directement ou après un court séjour vésical dans l'urèthre, ou encore les fragments de calculs vésicaux brisés spontanément (rares), ou après la lithotritie ancienne ou nouvelle sans aspiration totale.

Les seconds formés sur place se développent en arrière d'un rétrécissement, dans le foyer d'un abcès, d'une poche urinaire ou même dans un sinus.

Nous laisserons de côté ces deux premières variétés, pour ne nous occuper que des corps étrangers venus du dehors. C'est d'ailleurs la variété la plus intéressante, surtout au point de vue des indications thérapeutiques, qui doivent être rapidement saisies et remplies.

Origine, nature, étiologie. — Le tableau suivant (Poulet) reproduit l'origine et la nature des innombrables corps étrangers qu'on a rencontrés dans l'urèthre.

Origine thérapeutique :	Sondes, débris de sondes (métalliques, en gomme, en gutta-percha).			
	Bougies. Fragments de brise-pierres. Morceau de nitrate d'argent. Cuvette porte-caustique. Pavillon de sonde anglaise, en ivoire. J'ai vu dans un cas un fragment d'uréthrotome.			
Origine érotique :	Aiguilles.	Tuyaux de pipe.	Épingles à cheveux de femme	Paille, petite clef
	Épingles.	Épis et épillets.	Fouchette de 4 pouces.	Poinçon, rat-de-cave.
	Plumes.	Noyaux de fruits	Cure-oreilles.	Étuis à aiguilles
	Porte-plumes.	Boules de verre.	Branche de sapin.	Morceau de cuir verni.
	Crayons.	Boules de métal.	Mèche de coton.	Gousse d'ail.
	Morceaux de bois.	Morceaux de craie.	Fil d'archal.	Arêtes de poisson.
	Morceaux de baleine.	Manche de pinceau.	Agrafes.	Vertèbres caudales d'un écreuil.
	Épinglettes de soldats.	Tige de glaïeul.	Cylindre d'albâtre.	
	Sarments de vigne.	Bâtons de cire à cacheter.	Bougie, tube de verre.	
	Canule à lavement.	Allumettes.		
Alène de cordonnier.	Bague en cheveux.			
Origines diverses :	Cailloux.			
	Chaîne de montre.			
	Anneau de cuivre.			
	Haricots, pois.			
ivresse, folie.	Épingles.			

On trouve dans les conditions sociales, les professions, l'âge des individus quelques notions importantes à connaître. Les corps étrangers thérapeutiques se rencontrent indifféremment dans toutes les professions, les corps introduits par folie également; ceux introduits par ivresse (pari, gageure) se trouvent surtout chez les gens du peuple ignorants; ceux qui relèvent d'une aberration génésique s'observent dans les professions exigeant peu d'activité intellectuelle ou physique (tailleurs, coiffeurs, bergers), chez les gens menant une vie contemplative (religieux). Ce sont ordinairement les corps étrangers que ces individus ont à leur portée qu'ils s'introduisent dans le canal; par exemple, une aiguille chez un tailleur, un fer à friser chez un coiffeur, un morceau de cordelière chez un capucin, etc.

Dans la vieillesse on ne trouve guère que des corps d'origine thérapeutique introduits par le chirurgien ou le malade lui-même. Dans l'enfance et l'adolescence ce sont des corps employés dans un but inavouable; mais c'est surtout dans l'âge adulte qu'on rencontre les corps les plus nombreux et les plus bizarres. Cela chez les gens pervers dont les sens émoussés ne leur donnent quelque satisfaction qu'au prix d'une vive souffrance, chez ceux dont la volupté même cherche à s'irriter par la douleur. « Elle est bien plus sucrée quand elle cuit et qu'elle écorche, » dit Montaigne.

Il y a des corps *sphériques* (pois roulant dans le canal), d'autres *cylindriques* plus ou moins allongés (sondes, crayons, tuyaux de pipe). Ces corps appartiennent à la catégorie des corps *réguliers*; d'autres sont *irréguliers*. Ce sont les corps pointus, hérissés de pointes (aiguilles, épingles, arêtes de poissons). Leur longueur a aussi une importance pratique à cause des brisures possibles, de même leur volume. Il en est qui obturent complètement et distendent même le canal élastique de l'urèthre, d'autres n'obstruent qu'une partie de son calibre. De la forme, de la longueur et du volume des corps étrangers se déduisent les caractères importants de *mobilité* et d'*immobilité*.

Rarement les corps étrangers de l'urèthre y sont fixes, même lorsqu'ils sont irréguliers. Là plupart sont animés d'un mouvement de progression dont l'explication a suscité bien des théories. Pour Civiale les corps étrangers introduits par le méat ont de la tendance à gagner la vessie, ceux qui viennent de la vessie ont tendance à gagner le méat. C'est là une théorie purement imaginative. Elle fut combattue par Ségalas, qui, somme toute, ne donne aucune explication plus plausible. Denucé invoqua pour expliquer la progression centripète des corps étrangers une loi physiologique générale qui est loin d'être démontrée: pour lui tous les canaux excréteurs après l'acte d'émission jouissent d'un mouvement antipéristaltique excité par les dernières parties de la matière excrétée, qui tend à les ramener violemment vers leur réservoir. Mercier invoqua la contraction des fibres musculaires de l'urèthre

tendant à absorber les corps mobiles dans le canal; cette théorie ne peut s'appliquer qu'au col de la vessie. Foucher et Granjux ont donné la véritable explication de la progression du phénomène. Il est la conséquence du retrait de la verge après l'érection et des manœuvres d'allongement de cet organe faites par le malade lui-même pour se débarrasser du corps étranger. On ne saurait mieux comparer cette progression, à notre avis, qu'à un mouvement de reptation du canal sur le corps; l'urètre étant fixe, c'est le corps qui se déplace.

Dans leur progression, la majorité des corps étrangers trouvent un temps d'arrêt au bulbe; mais dès qu'ils ont franchi la portion membraneuse, ils sont avec la plus grande facilité et par le mécanisme invoqué par Mercier, pour ainsi dire avalés par la vessie. Leur vitesse de progression est très variable; elle dépend de la fréquence des érections, des manœuvres, etc., etc. Dans un fait de Terrillon, un crayon est resté quinze jours dans l'urètre avant de passer dans la vessie.

D'après ce qui vient d'être dit, on comprend qu'au bout de peu de temps de séjour, c'est le bulbe qui est le siège habituel des corps étrangers. Il est inutile d'insister sur les désordres anatomiques qu'ils engendrent; ils varient avec la forme, le volume et surtout le siège des corps étrangers. Quelquefois nuls si le corps étranger est petit, lisse, régulier, ce sont dans le cas contraire des plaies, des déchirures du canal, donnant lieu à des tumeurs, des abcès, des infiltrations d'urine, etc., etc.

Les symptômes qu'ils déterminent sont très variables suivant les divers caractères du corps étranger, son siège et aussi suivant le malade lui-même. La douleur est quelquefois nulle ou peu prononcée au moment de l'introduction du corps (orgasme vénérien), elle se réveille quelque temps après et varie de siège et d'intensité (aiguë, déchirante, contusive). Les érections et les manipulations de la verge l'augmentent. Les troubles de la miction sont variables aussi: toujours gênée, la miction n'est presque jamais rendue impossible; quelquefois même elle se fait dans des conditions à peu près normales, par exemple, dans les cas de corps tubulé, sondes, tuyaux de pipe; souvent la rétention survient dans les jours qui suivent, par gonflement ou par spasme. Rarement on observe une uréthrorrhagie abondante, il y a tout au plus un léger suintement sanguinolent. Les urines conservent leurs caractères normaux, mais il y a de la polyurie et des envies très fréquentes. Souvent après quelques jours il se fait un écoulement urétral abondant, uréthrite irritative.

Les phénomènes inflammatoires imminents dès qu'un corps étranger est introduit dans l'urètre, sont souvent accélérés et aggravés par les manœuvres d'extraction faites par le malade lui-même. Ce sont de l'inflammation du pénis, véritable phlegmon de cet organe, d'autres fois des inflammations circonscrites donnant lieu à des abcès s'ouvrant à l'extérieur et éliminant les corps étrangers, souvent au prix d'une fis-

tule. Lorsque le corps siège au bulbe, l'infiltration d'urine n'est pas rare. Plus profondément enfin se développe de l'inflammation de la prostate, de la vessie. Tous ces phénomènes s'accompagnent souvent d'une réaction intense entraînant la mort du malade.

Mais la terminaison n'est pas toujours aussi grave et on peut voir les corps étrangers: 1° être expulsés spontanément de l'urètre à la faveur de la miction (rare); 2° être entraînés vers la vessie; d'après Poulet cette évolution serait plus fréquente qu'on ne le pense généralement; 3° séjourner dans l'urètre, cela se produit surtout quand le corps est dans le cul-de-sac du bulbe, très rarement dans le canal pénién; à la longue le corps s'incruste alors de sels calcaires et crée un danger constant pour le malade.

L'introduction des corps étrangers est en général facile à reconnaître, lorsque le malade avoue; s'il n'avoue pas, la difficulté est plus grande, car souvent il cherche à égarer le chirurgien. Celui-ci doit alors user de sagacité, accueillir les histoires fantaisistes que le malade raconte sur l'origine de son accident; peu importe en effet cette origine, ce qu'il importe, c'est d'être sûr de la présence du corps étranger. S'il y a doute sur sa présence, il faut le chercher par l'exploration. Cette recherche se fera par la palpation méthodique et prudente de tout l'urètre, directement pour les portions antérieures, indirectement par l'intermédiaire du toucher rectal pour la portion périnéale profonde; on devra aussi avoir recours au cathétérisme avec un explorateur prudemment manié, afin de ne pas augmenter les lésions du canal et de ne pas repousser le corps dans la vessie. Pour prévenir ce dernier accident, il convient de ne jamais explorer le canal sans fixer préalablement l'objet dans l'urètre à l'aide d'un doigt introduit dans le rectum. L'existence du corps étranger étant reconnue, il reste à s'enquérir de son siège, de l'état du canal, de la nature et des caractères de ce corps. On recueillera à ce sujet des renseignements précieux de la bouche même des malades; les moindres circonstances peuvent servir précieusement pour la thérapeutique. On ne craindra pas d'insister; souvent il faudra se faire présenter des objets analogues, etc., etc.

Les accidents à redouter sont très variables suivant la nature, le volume, la forme du corps étranger, son siège au périnée ou dans la portion péniénne.

Traitement. — Innombrables sont les procédés pour extraire les corps étrangers de l'urètre. Ils varient presque avec chaque cas particulier. Ainsi que Poulet, nous les rapporterons tous à trois grandes méthodes:

1° *Méthode comprenant les procédés ayant pour but de favoriser l'expulsion spontanée.* — a. Succion du gland recommandée par les Arabes. C'est, on le comprend, une méthode infidèle et répugnante.

b. Miction violente avec la précaution de pincer d'abord le méat de