

Il y a environ quinze ans, nous avons traité un cas semblable, avec cette différence toutefois, que le patient était plus âgé, le rétrécissement plus ancien et la vessie plus malade, elle était prise d'un véritable catarrhe.

La continuité du canal n'ayant pu être maintenue après l'uréthrotomie externe, le malade a continué à uriner par la boutonnière périnéale en se tenant accroupi, comme une femme, et cela sans efforts et sans douleurs ; son catarrhe vésical a presque complètement disparu, et le patient, qui avait tant de difficultés à vider sa vessie, ne cessait de nous témoigner sa reconnaissance pour l'avoir ainsi fait changer de sexe..... pour uriner seulement.

Observation II.—M. X, âgé de 40 ans, italien d'origine, a eu plusieurs biennorrhagies durant sa jeunesse. La miction est très gênée et on constate à la région bulbeuse de l'urèthre une induration de deux pouces de longueur, dans laquelle existent des signes évidents d'inflammation : sensibilité, douleur, etc. Il est impossible d'introduire une bougie filiforme, même avec anesthésie.

Après quarante-huit heures d'application de cataplasmes, la suppuration est évidente ; l'abcès est ouvert et on met un tube à drainage. Quelques jours plus tard, l'urine passe par la plaie, puis le scrotum s'enflamme. Nous tentons alors de rétablir la continuité de l'urèthre en perçant un canal à travers les tissus indurés ; nous cherchons une heure durant le bout postérieur du canal sans réussir à le trouver, n'ayant pu introduire aucun conducteur pour nous guider. Nous avons eu là, et par nous-mêmes, la preuve que les auteurs qui disent que l'uréthrotomie externe *sans conducteur* est l'opération la plus épineuse et la plus délicate de la chirurgie ont bien raison.

Cependant, après cette opération, le malade a pu uriner encore plus facilement par la plaie périnéale. Ce patient, tout à fait récalcitrant, ne voulait plus permettre ni drainage, ni cathétérisme dilatateur. La bonne nature est venue à son secours, car la boutonnière s'étant refermée graduellement, le canal a fini par donner passage à l'urine dans toute sa longueur. Malgré cette amélioration nous sommes loin de considérer ce malade comme guéri.

Les déductions pratiques à tirer de ces observations sont :

1^o Que les rétrécissements de l'urèthre doivent être traités à bonne heure, par la *dilatation simple et progressive*. La dilatation est alors facile à faire avec des bougies coniques, et le succès est certain pourvu que le patient y mette de la *persévérance*.

2^o Quand le rétrécissement est devenu étroit, coriace, rétractile, mais, tout de même, encore franchissable, l'uréthrotomie *interne*, la dévulsion ou l'électrolyse doivent avoir la préférence sur les autres moyens.

3^o Si l'incurie du patient l'a poussé jusqu'à avoir un rétrécissement infranchissable comme dans les trois cas ci-dessus rappor-