

poucè en avant de ce point. Il n'y a jamais de rétrécissement dans la portion prostatique.

Pour les rétrécissements *traumatiques*, le siège ordinaire est la courbure permanente de l'urètre, comme dans le cas d'une chute à califourchon, etc.

Le rétrécissement du méat résulte d'un chancre à cet endroit.

*Les bougies à boule sont les véritables explorateurs de l'urètre.* Celles à bout perforé laissant passer l'urine ont l'avantage d'avertir le chirurgien qu'il a pénétré dans la vessie.

Au nombre des symptômes concomitants du rétrécissement, sont, outre la petitesse du jet etc., les efforts de miction qui peuvent causer des hernies, hémorroiés etc. Le jet a souvent une forme particulière, il est fourchu, en tire-bouchon etc. Un autre symptôme remarquable est l'écoulement uréthral qui est si souvent pris pour une blennorrhée.

Si un écoulement de l'urètre, consécutif à une blennorrhagie dure des mois et réiste aux moyens ordinaires, il devient indispensable de faire le cathétérisme explorateur avec la sonde à boule, afin de s'assurer s'il n'y aurait pas là des rétrécissements. Car dans ce cas le traitement interne serait absolument inutile.

Dans le rétrécissement il survient de la rétention d'urine, puis miction par regorgement, surtout quand le patient a fait une débâche.

La cause des rétrécissements dans la moitié des cas est la blennorrhagie; dans un quart, ce sont les injections fortes. Les rétrécissements déterminent des maladies de la vessie, des reins etc. Un patient dont les reins sont malades, dit Thompson, est sur le bord d'un pré-cipice.

Le traitement est basé sur la pathogénie de la stricture. Or la stricture est un dépôt d'excès d'humidité inflammatoire dans le tissu sous muqueux.

Pour faire résorber ce produit, le traitement le plus convenable dans la majorité des cas est la *dilatation simple et progressive*. Cette dilatation peut guérir la plupart des rétrécissements. Il est donc important d'en connaître le mode d'action.

Les effets de ce traitement sont dus à une simple action de contact, à la seule présence de la sonde qui dilate le rétrécissement.

La sonde agit dynamiquement, non parce qu'elle *refoule* et *écarte* les parois du rétrécissement, mais parce qu'elle met en jeu les *actes organiques propres à la transformation du tissu pathologique*. Tout dépend donc du contact. Il ne faut pas exercer une forte pression pour introduire la bougie, car il s'en suivrait de l'inflammation. La pression urétrale doit être dosée comme les médicaments. (F. Guyon.)

Quand il s'agit de franchir un rétrécissement difficile, il faut procéder méthodiquement dans l'introduction de la bougie. Vous devez longer alternativement la paroi antérieure, la paroi postérieure, puis les parois latérales. A cet effet vous vous servez de bougies en tire-bouchon ou en bayonnette. Vous pouvez aussi vous aider du doigt introduit dans le rectum.

Quand on sent que la bougie est serrée et qu'on éprouve de la difficulté à la retirer, c'est qu'on a bien pénétré dans le rétrécissement. Au contraire, si l'instrument avance et glisse tout à coup, c'est qu'on a fait une fausse route.

Au début du traitement des rétrécissements, l'introduction de la bougie doit être faite tous les deux jours.