

vent raison ? Le médecin doit prouver son habileté manuelle et ne pas chercher à briller en faisant le cathétérisme.

De même que c'est avec la pulpe du doigt qu'il exerce le toucher, de même il doit recueillir les sensations du cathétérisme avec l'extrémité de l'instrument.

Au niveau du bulbe, le canal présente une dilatation considérable qui porte surtout sur sa paroi inférieure, c'est ce qu'on appelle le cul-de-sac du bulbe.

En arrière de cette dilatation, le canal se rétrécit tout à coup, c'est le collet du bulbe.

Là les plus habiles sont obligés de tâtonner. L'obstacle provient, ou bien de ce que la sonde étant trop courbée, son bec arc-boute contre la portion de l'aponévrose moyenne placée au dessus du collet du bulbe, ou bien de ce que la sonde étant droite ou pas assez courbée elle s'enfonce dans le cul-de-sac du bulbe et le déprime en bas.

Si l'on continue l'effort dans cette même direction, on perfore le canal. Il faut retirer quelque peu la sonde et modifier sa direction en relevant ou abaissant le pavillon avant de chercher à la réintroduire. C'est à cet endroit que l'on rencontre le plus grand nombre de fausses routes.

Les obstacles au cathétérisme sont, à la paroi supérieure du canal : 1^o les lacunes de Morgagni (entre autres la *lacuna magna*) ; 2^o la saillie de l'aponévrose moyenne. A la paroi inférieure du canal : 1^o le cul-de-sac du bulbe ; 2^o le collet du bulbe ; 3^o l'élévation du col vésical, surtout chez les vieillards atteints d'hypertrophie de la prostate, et la dépression de l'utricule.

Les grosses sondes ne pénètrent pas dans les lacunes ; les sondes à longues courbures franchissent aisément le col surélevé.

Le spasme urétral se manifeste lorsque la sonde pénètre dans la portion membraneuse ; il est passager et cesse après quelques instants, si l'on tient l'instrument en place, sans chercher à le faire avancer.

Thompson dit que souvent le *spasme* sert d'excuse aux incapables.

Jamais, au grand jamais, le cathétérisme ne doit être forcé,

Si le lobe moyen de la prostate est volumineux, c'est à la sonde à longue courbure, ou à la coudée, ou encore à l'introduction du doigt dans le rectum qu'il faut avoir recours.

Les chirurgiens diffèrent quant à la position à prendre durant le cathétérisme.

Les uns préfèrent se mettre à droite, les autres à gauche du malade ; d'autres se mettent à gauche pour pratiquer le cathétérisme *évacuateur* et à droite pour le cathétérisme *explorateur*, e.g. : constater un rétrécissement, chercher un calcul, faire la lithotritie.

Mais l'important, c'est de se placer de manière à pouvoir se servir de sa main la plus exercée.

On peut restreindre les temps du cathétérisme à trois—qui correspondent au passage du bec de l'instrument dans les portions anatomiquement définies : portions pénienne, membraneuse et prostatique.

Premier temps.—L'instrument d'abord parallèle au pli de l'aîne est ramené vers la ligne médiane à mesure qu'il pénètre.

Deuxième temps.—L'instrument franchit la portion membraneuse qui est la première partie de l'urèthre profonde et fixe.