

leurs et les besoins d'uriner ont disparu, le bien-être reparait chez le malade ; c'est ainsi que les rétrécis passent à la période de la *rétenion finale*.

Les *rétenionnistes*, voilà la troisième classe de malades que nous sommes appelés à soulager !

Urinant malaisément depuis longtemps, ils ont vu à un moment donné, l'urètre s'obstruer complètement, un excès de table ou de femmes, a déterminé une activité congestive et une hyperexcitabilité de l'appareil érectil, qui ont oblitéré la lumière, encore large, du rétrécissement et paralysé momentanément la vessie. Cette rétention passagère, nécessite rarement plus d'un cathétérisme ou deux.

Beaucoup plus tenace et plus grave est la rétention qui s'établit progressivement. Celle-ci n'est plus due à une tuméfaction congestive de la muqueuse urétrale mais à une lésion constituée qui relève d'une intervention active que nous étudions plus loin.

L'*Examen du malade* donne les renseignements les plus précieux. Après la recherche des cicatrices extérieures, au périnée, dans les aines ou ailleurs, il consiste dans l'exploration du canal, d'un bout à l'autre.

Je rappelle qu'il n'existe pas d'appareil plus sensible à l'infection, ni plus nécessaire à la vie, que l'appareil urinaire et qu'il y a des dangers à lui faire subir des manipulations qui ne soient pas suffisamment aseptiques (1). L'instrumentation, les mains de l'opérateur, les organes du malade doivent être soigneusement nettoyés.

L'Exploration est pratiquée à l'aide des explorateurs de Guyon ; ce sont des tiges, fines et graduées, en eu. soie gommée, se terminant à leurs extrémités par des renflements olivaires, dont il existe des grosseurs sériées, suivant la filière Charrière. Ces ovoïdes sont rattachés à la tige par leur grosse extrémité ou *talon*, tandis que la partie libre est plus effilée. L'introduction de ces sondes est plus facile que leur retrait, et si l'on introduit l'une d'elle jusque dans la vessie, il est possible que l'on ne sente pas grand chose à l'aller, mais au retour, à l'aide du talon plus abrupte, l'on bute sur tout obstacle périphérique et le ressaut indicateur permet, au moyen de la tige graduée, de noter la profondeur, le nombre et quelquefois même la longueur des rétrécissements. Il est bon de commencer par un explorateur assez gros, un N° 22 ou 24 ; en présence d'un échec on diminue progressivement jusqu'aux plus petits numéros.

Il existe des rétrécissements serrés qui n'admettent pas les plus petits explorateurs, on est réduit alors à pra-

tiquer le cathétérisme avec des bougies filiformes. Cette exploration a moins de valeur que la première ; elle indique bien un rétrécissement mais elle ne permet pas de prendre la topographie de l'urètre comme avec la sonde à boule. En plus elle présente quelquefois des difficultés insurmontables. La lumière de l'urètre n'est pas toujours simplement rétrécie, elle est quelquefois déviée, tordue, excentrique et l'extrémité fine et molle des bougies, s'enroule dans les replis muqueux ou cicatriciels. Aussi faut-il souvent travailler avec beaucoup de patience et essayer le cathétérisme en faisceau qui triomphe, presque toujours, des rétrécissements *perméables* les plus rebelles. Ce cathétérisme se pratique au moyen de plusieurs filiformes introduites à la fois, et que l'on pousse à tour de rôle. Elles se guident et se protègent les unes les autres, jusqu'à ce que l'une d'elles pénètre dans l'orifice cherché.

* * *

Ce qui permet ordinairement la différenciation des lésions inflammatoires et des lésions cicatricielles ou traumatiques, ce sont, la lenteur, la multiplicité et l'élasticité relative des premières, par opposition à la précocité, à l'unicité et à la dureté ligneuse des secondes.

Très rare avant la première année de l'infection, le rétrécissement blennorrhagique augmente de fréquence depuis la 2^e jusqu'à la 15^e année. On n'est pas surpris d'une évolution aussi lente, si l'on songe qu'il résulte de la sclérose progressive de l'urètre, se développant dans la sous-muqueuse, dans la couche musculaire et dans le corps spongieux, à la suite de l'infiltration embryonnaire et de l'hyperplasie conjonctive dont ces différentes couches sont le siège au cours de l'urétrite chronique. L'inflammation frappe tout l'urètre et peut persister à l'état chronique en plusieurs endroits différents ; ceci explique que le rétrécissement blennorrhagique est toujours multiple et occupe l'urètre spongieux comme l'urètre membraneux.

De son côté, le rétrécissement traumatique est précoce, il se forme en 30—40—ou 60 jours, aussitôt que la cicatrisation est survenue. Constitué par une bande fibreuse, rétractile, il se serre rapidement. Sa dureté et sa déformation font qu'il est d'un cathétérisme plus difficile et d'un pronostic plus sérieux. On le rencontre dans les endroits où l'urètre est plus exposé, par exemple à la racine de la verge et à la région périnéale. Son développement sur la cicatrice explique son *unicité*, mais il ne faut pas oublier que l'idée de traumatisme n'exclut

(1) Voir Union Médicale, Aout 1907.