

instrument droit dans la vessie, c'est à la condition d'abaisser fortement le pavillon entre les jambes du malade, en mettant en jeu l'élasticité du ligament suspenseur de la verge.

Le canal de l'urètre décrit donc une courbure fixe autour de la symphyse pubienne, et l'une des principales difficultés du cathétérisme serait résolue si l'on pouvait donner aux sondes une courbure identique à celle du canal. Malheureusement, cela est impossible à cause des modifications individuelles, de celles surtout qu'apporte si fréquemment l'hypertrophie de la prostate. Il est donc indispensable d'avoir des sondes de courbure différente, mais c'est là un point de pratique de la plus haute importance, sur lequel je reviendrai en étudiant la portion prostatique.

Il est très facile de franchir la portion mobile du canal, celle qui s'étend du méat à l'angle pénien ; il n'est pas nécessaire pour cela, ainsi qu'on le conseille généralement, de ramener la verge au parallélisme avec l'abdomen : on peut donner à la sonde, pour ce premier temps, la direction que l'on veut. La manière la plus simple consiste à présenter au canal la sonde tenue entre le pouce et l'index parallèlement au pli de l'aine droite, et à la pousser dans cette direction jusqu'à ce qu'elle soit arrivée au bord inférieur de la symphyse. On fait alors décrire à la sonde un quart de cercle environ, de façon qu'elle se trouve exactement sur la ligne médiane, et l'on abaisse ensuite le pavillon de la sonde entre les cuisses du malade. Dans ce mouvement, en même temps que le pavillon s'abaisse, l'extrémité opposée, ou *bec* de la sonde, se relève, s'engage dans la portion fixe et la parcourt aisément, si les deux courbures se correspondent à peu près. Ce troisième temps de l'opération est difficile, si difficile qu'on ne saurait trop engager les jeunes gens à le répéter sur le cadavre. Il faut acquérir un tour de main que la pratique donne seule, et il est trop grave, dans l'espèce, de faire son apprentissage sur le vivant.

Indépendamment de la direction incurvée du canal, il est un certain nombre d'autres obstacles au cathétérisme, les uns physiologiques, les autres pathologiques, qui seront signalés chemin faisant. La règle la plus générale que l'on doit formuler est celle-ci : imprimer à la sonde une direction telle qu'elle suive la courbure du canal, en quelque sorte par son propre poids ; *diriger la sonde et ne jamais la pousser*. A la moindre résistance, il faut s'arrêter, rétrograder, et imprimer une direction différente à l'instrument, soit en relevant, soit en abaissant le pavillon.

Jarjavay a remarqué que l'urètre présentait une légère inflexion latérale. Il serait oblique à gauche, à partir du col jusqu'au bulbe ; oblique à droite jusqu'à l'angle prépubien, et de nouveau oblique à gauche jusqu'à sa terminaison. Cette inclinaison, toutefois, n'est pas suffisante pour modifier la manœuvre du cathétérisme.

*Longueur de l'urètre.* — Peu de sujets ont été autant discutés que la *longueur de l'urètre*, et il en est peu qui aient donné des résultats aussi discordants ; c'est ainsi que, pour Boyer, la longueur de l'urètre variait de 27 à 33 centimètres, tandis que pour d'autres auteurs elle oscille entre 12 et 16, plus de moitié de différence. Cela tient aux dispositions individuelles, mais surtout à la manière de mesurer. Il est bien certain que, si l'on procède à la mensuration du canal après l'avoir détaché complètement, on peut en augmenter considérablement la longueur en lui faisant subir des tractions.