

parce qu'à ce niveau la muqueuse est parfois déprimée ; je reviendrai, d'ailleurs, sur ce point important en étudiant la portion spongieuse. A cette deuxième dilatation succède un point rétréci (CB) : c'est le *collet du bulbe* ; puis vient une nouvelle portion cylindrique et régulière très courte : c'est la *portion membraneuse*, et une troisième dilatation en PP, *dilatation prostatique*, à laquelle succède le col de la vessie, moins large que le reste du canal.

L'urètre présente donc successivement sur son trajet trois points rétrécis : méat urinaire, collet du bulbe, col vésical, et trois points dilatés : fosse naviculaire, fossette du bulbe, dilatation prostatique.

L'un des grands inconvénients de la lithotritie lente, c'est le passage dans l'urètre de graviers souvent anguleux, qui s'arrêtent en route, déchirent parfois le canal et provoquent de graves accidents. Or, ces graviers s'arrêtent presque toujours au niveau des points rétrécis du canal. Ils s'accumulent ordinairement en arrière du collet du bulbe et, s'ils franchissent cet obstacle, arrivent dans la fosse naviculaire en arrière du méat, qui les arrête à son tour. Dans le premier cas, le mieux est de les repousser dans la vessie avec une sonde et de les broyer à nouveau ; s'ils sont derrière le méat, il faut en tenter l'extraction avec une curette spéciale, ou les fragmenter sur place avec le brise-pierre urétral. Pour éviter l'engagement des graviers dans le canal, il convient de tenir les malades au lit pendant le traitement, ou, du moins, de ne leur permettre d'uriner que dans la position horizontale ; il serait même préférable de pratiquer chaque fois le cathétérisme pour mettre la vessie à l'abri de toute contraction, mais ces accidents sont évités par la lithotritie rapide et la *litholapaxie* de Bigelow.

C'est également dans les points normalement rétrécis du canal, et en particulier au collet du bulbe, que l'on observe presque tous les rétrécissements organiques d'origine inflammatoire.

En dehors de la miction, les parois de l'urètre sont adossées l'une à l'autre de telle sorte que, sur une coupe transversale de la verge, le canal se présente sous l'aspect d'une fente dont la forme varie suivant le point où porte la coupe, mais est toujours linéaire. Il en résulte qu'on a quelque peine à retrouver le canal. Cette difficulté était surtout grande quand on se servait de l'écraseur de Chassaignac comme moyen de diérèse dans l'amputation de la verge ; les lèvres du canal étant alors fortement accolées, on conseillait même, pour éviter cet inconvénient, d'introduire préalablement une sonde dans la vessie.

L'urètre est très extensible ; on peut arriver par la dilatation à lui donner jusqu'à 1 centimètre et plus de diamètre chez certains sujets. Le Dr Otis (de New-York) s'est beaucoup occupé de cette question, et se servant, pour mesurer l'urètre, d'un instrument spécial, l'*urétromètre*, il est arrivé aux conclusions suivantes : sur 100 urètres sains, le calibre a varié entre 28 et 40 millimètres de circonférence. Le calibre serait donc beaucoup plus considérable qu'on ne l'a dit jusqu'alors. Il en résulte, d'après Otis, que le rétrécissement de l'urètre est très relatif, puisqu'il pourra exister sur un sujet dont le canal reçoit aisément le plus gros numéro de la filière Béniqué, mesurant 1 centimètre de diamètre. Ce sont là des observations que j'ai peine à admettre, et je continue à croire, d'après les faits de ma