

Quand il est bien démontré que la dilatation simple avec les diverses espèces de bougies est impuissante à rendre à elle seule au canal son calibre normal, il faut employer un adjuvant à la dilatation.

Cet adjuvant est l'*urétrotomie interne*, après laquelle on continuera la dilatation.

La dilatation est aux rétrécissements de l'urètre ce que la réduction est à la hernie étranglée. Il faut d'abord employer la bougie pour la dilatation, de même que le taxis pour la réduction ; si l'un ou l'autre échouent, il faut débrider, afin de pouvoir dilater l'urètre, ou réduire la hernie après le débridement. Telles sont, à mon avis, les règles qui doivent diriger le praticien dans la très grande majorité des cas.

Lorsque le rétrécissement est infranchissable et que l'urétrotomie interne ne peut être pratiquée, puisque la lame de l'instrument nécessite un conducteur, on doit songer à l'urétrotomie externe sans conducteur et reconstituer le canal sur une sonde laissée à demeure. M. Poncet pratique dans ces cas l'*urétrostomie périnéale*, c'est-à-dire qu'en suturant la muqueuse de l'urètre à la peau il établit un orifice urétral permanent au périnée. C'est, en somme, l'ancienne boutonnière périnéale. Si des recherches prolongées ne permettent pas de découvrir le bout postérieur, il faut recourir au cathétérisme rétrograde et reconstituer l'urètre sur une sonde introduite par la vessie.

Jusqu'où faut-il porter la dilatation de l'urètre? J'ai dit, dans ma thèse d'agrégation, en 1863, qu'un canal de 5 millimètres n'est pas justiciable de l'urétrotomie interne, mais je pense autrement aujourd'hui. Le canal ne doit être déclaré normal et le malade n'est à l'abri des accidents que si l'on obtient 7 à 8 millimètres de diamètre, et encore faut-il que la bougie pénètre *sans effort* : c'est pour cela que je porte la dilatation à 8 millimètres au minimum (n° 48 Béniqué).

Quand une fois l'urètre a été atteint de rétrécissement, il tend à se rétrécir de nouveau. C'est pour cette raison que la cure *radicale* des rétrécissements de l'urètre est impossible, et, jusqu'à nouvel ordre, je me sépare encore sur ce point de l'opinion exprimée par Otis, à savoir qu'une section convenable du rétrécissement en prévient à jamais le retour sans qu'il soit nécessaire de maintenir le canal dilaté. Aussi les malades doivent-ils, sous peine de récurrence, se soumettre de temps en temps à un cathétérisme dont les séances seront plus ou moins rapprochées suivant la rapidité de la reproduction. Le minimum que je conseille est deux fois par an.

Lorsque le canal de l'urètre est rétréci, il se dilate en arrière de l'obstacle : celui-ci siégeant ordinairement à la portion membraneuse, c'est la portion prostatique qui subit cette dilatation. On observe quelquefois alors une véritable poche, appréciable par le toucher rectal, et que l'on peut vider par la pression du doigt. Si un malade affecté d'un accident semblable est atteint de rétention d'urine, on voit tout de suite la cause d'erreur qui en peut résulter : la sonde, arrivée dans cette poche prostatique, laisse écouler de l'urine, et l'on peut un instant se croire dans la vessie.

Né du col de la vessie, l'urètre pénètre immédiatement dans la prostate, qui lui fournit un canal complet, s'en dégage au sommet de cette glande et arrive au-dessous de la symphyse pubienne, recouvert dans ce dernier et court