

URÉTHRITE INFLAMMATOIRE AIGÜE.

Complications habituelles :

Prostatite.

Cystite.

Bubon, etc.

Traitement d'abord sédatif et antiphlogistique.

Cède souvent très rapidement.

Suites ordinaires : Blennorrhagie chronique, dépendant d'une uréthrite granuleuse.

URÉTHRITE CATARRHALE.

Complications communes :

Rhumatisme.

Ophthalmie.

Traitement pouvant être rapidement *antiblennorrhagique* : cubèbe, copahu, etc., injections.

Est assez souvent suivie d'une goutte, d'un suintement le matin.

Suintement dépendant d'une formation sous-muqueuse de tissu fibreux.

URÉTHRITE IRRITATIVE.

Pas de complications.

Aucun traitement nécessaire.

Ne dure que quelques jours.

Pas de suites.

Écoulements urétraux chroniques.

Nous nous sommes occupés jusqu'ici des affections *aiguës* de l'urètre; mais on observe comme continuation directe ou prolongation de ces affections, ou comme suites plus ou moins éloignées, un certain nombre d'écoulements urétraux *chroniques*. Ces écoulements peuvent être, pour la commodité, divisés en trois classes; ceux dus à un *catarrhe urétral*, qui survit souvent à une uréthrite aiguë; ceux dus à une *blennorrhagie chronique*, l'inflammation s'étant localisée en un point de l'urètre, et produisant une surface granuleuse ou même superficielle ulcérée; ceux enfin désignés communément sous le nom de *goutte*, qui, dans presque tous les cas, sont associés à des rétrécissements, souvent à des rétrécissements de large calibre.

Presque tous ces écoulements chroniques peuvent être rangés sous l'un ou l'autre de ces chefs, et comme il est très important au point de vue thérapeutique de les distinguer, nous devons examiner rapidement leurs principaux caractères différentiels. Il est naturellement entendu que les écoulements prostatiques, vésicaux ou autres, qui peuvent à certains moments se montrer au méat, ne sont pas mentionnés ici.

CATARRHE URÉTRAL.

Beaucoup de blennorrhagies, pendant quelque temps après la disparition des dernières gouttes de l'écoulement muco-purulent, laissent un état d'hypersecretion, d'augmentation de l'humidité de l'urètre qui devient souvent la source d'une anxiété bien inutile pour le malade et le médecin. Les symptômes liés à ce catarrhe muqueux varient depuis une simple sensation de *mouillé* au niveau du méat, jusqu'à la possibilité de faire sourdre par pression une goutte

ou deux d'un liquide clair, albumineux, légèrement tenace, et ressemblant à celui d'une prostaticorrhée, avec lequel, du reste, il est souvent associé. Les bords du méat ne sont pas collés; il n'y a ni douleur ni autre symptôme subjectif, sauf celui dont nous avons parlé, une sensation d'humidité tout à fait à l'extrémité du pénis. Cette sensation est souvent assez marquée pour porter le malade à un examen fréquent et inutile de l'organe, ou pour lui faire croire qu'il existe un écoulement, mais qu'il est absorbé par les vêtements ou le linge. Le traitement, quel qu'il soit, sert seulement en général à aggraver ou au moins à perpétuer cet état, lequel, dans dix-neuf cas sur vingt, cède spontanément au bout de quelques jours ou de quelques semaines. Si cependant le chirurgien, pensant que l'uréthrite est encore à l'état actif et qu'il a affaire à un suintement, continue le traitement, passe d'une injection à l'autre, et emploie les différents antiblennorrhagiques à tour de rôle, cet état peut se prolonger indéfiniment. Pour cette raison tout au moins, sans parler des autres, le dire des malades en ce qui concerne l'état de leur canal doit toujours être soumis à une inspection attentive à chaque visite par le chirurgien lui-même.

BLENNORRHAGIE CHRONIQUE.

Dans d'autres cas, après que tous les symptômes importants sont éteints, il reste une goutte laiteuse, ou plutôt crémeuse, qu'on peut toujours faire sourdre du méat par la pression, quelques heures après chaque miction. Cette goutte peut provenir d'une partie quelconque de l'urètre, mais vient ordinairement de la fosse naviculaire ou de la portion membraneuse antérieure. En exerçant sur l'urètre des pressions successives d'avant en arrière, en commençant chaque fois un pouce environ plus en arrière, ou en faisant un usage convenable d'une bougie à boule,

comme nous le dirons à propos du traitement, on peut se faire une idée bien nette du siège exact de la partie malade. On trouvera souvent le méat un peu rouge et gonflé, le malade ressentira en urinant une sensation anormale de chaleur, ou même une légère cuisson, les érections seront accompagnées d'une douleur sourde, et tous ces symptômes augmenteront sous l'influence d'excès vénériens, alcooliques ou autres, spécialement d'excitations sexuelles prolongées et non satisfaites, et par l'usage immodéré de spiritueux de qualité inférieure. Il n'y a pas d'intervalle entre cet état et la dernière période, ou plutôt la précédente période de l'uréthrite aiguë.

GOUTTE.

Dans quelques cas, et spécialement dans les cas de blennorrhagies longues ou fréquemment répétées, il se produira un autre groupe de symptômes, dont le principal est un *suintement* ou un écoulement muco-purulent. Le matin on trouvera les lèvres du méat plus ou moins fortement collées ensemble, et en les écartant, une goutte d'un fluide opalescent, blanchâtre, se montrera au méat spontanément ou sous la pression des doigts. Il n'y aura probablement de douleur à aucun moment, à moins que le malade ne veuille uriner le matin avant que le méat ne soit ouvert par l'écartement de ces bords; dans ce cas, le malade peut ressentir cette espèce de douleur lancinante momentanée, qu'on produit par une simple compression très modérée de l'urètre en un point quelconque pendant la miction.

Cet écoulement peut être plus abondant, mais n'est pas ordinairement suffisant pendant le jour pour être apparent, grâce aux lavages fréquents que le courant de l'urine détermine dans l'urètre. On trouvera souvent avec cet écoulement quelques autres symptômes; l'urine sortira en avant à la fin de la miction, dont la fréquence sera accrue, et le malade se plaindra de quelques douleurs lombaires ou hypogastriques vagues.

Ce groupe de symptômes a une grande importance pour le médecin comme pour le malade, pour le premier, parce que, à moins qu'il ne les observe et qu'il n'en détermine la cause, le traitement sera souvent assez infructueux pour jeter du discrédit sur le médecin et lui faire perdre son malade; pour le second, parce qu'ils indiquent la période préliminaire ou formative d'un état, qui, à une période plus avancée, prend une grave importance pathologique, et aussi

parce que, si cet état est curable à quelque moment, c'est justement à son début, et quand il peut être reconnu par les phénomènes, dont l'étude rationnelle suppose celle des rétrécissements dits *de grand calibre*. Comme l'existence même de cette espèce de rétrécissements, ou du moins comme la possibilité que ces rétrécissements jouent un rôle dans la production de l'affection en question, est assez souvent niée, il n'est pas hors de propos d'examiner ici les traits principaux de ces rétrécissements.

Rétrécissements de grand calibre.

Pour nous rendre compte des symptômes précédemment mentionnés et de l'existence de leur cause essentielle, nous devons prendre en considération certaines lois générales physiques et physiologiques. Une irritation persistante telle que celle qui résulte de blennorrhagies fréquentes ou prolongées, détermine, quel que soit le siège de cette irritation, une hypertrophie du tissu fibreux de la région, et le dépôt ou le développement d'un tissu fibreux nouveau. Cela est particulièrement vrai des surfaces muqueuses et des couches sous-muqueuses, et plus particulièrement encore de l'urètre, qui, par les particularités anatomiques déjà mentionnées, est plus apte à donner naissance à des produits inflammatoires et à les organiser. Un pareil dépôt dans la membrane muqueuse autour de l'urètre produit un rétrécissement plus ou moins marqué de ce canal. Une fois déposé, ce nouveau tissu tend ici, comme ailleurs, à se rétracter plus ou moins. Ce fait est en harmonie avec une loi pathologique bien connue, et la rétraction n'est pas plus notable ici que dans les espaces intertubulaires dans le cas de néphrite interstitielle, dans le parenchyme du foie qu'elle étouffe et détruit dans le cas de cirrhose, dans la pneumonie chronique où elle produit de l'induration du parenchyme et de la bronchiectasie, dans les inflammations des articulations dont elle détermine l'ankylose, dans les cicatrices déformantes qui succèdent aux brûlures, etc. Il faut donc reconnaître qu'il se trouve dans l'uréthrite une raison suffisante à la production graduelle d'un rétrécissement faisant obstacle à la dilatabilité du canal.

Dans l'étude des effets de ces rétrécissements nous devons tenir compte de quelques autres lois physiologiques. Par exemple: l'habitude facilite puissamment l'exercice et le contrôle des fonctions de la vie animale. Nous trouvons des preuves fréquentes et familières de ce fait dans d'autres appareils organiques que dans l'appareil

reil génito-urinaire. Les évacuations intestinales à certaines heures et les inconvénients qui résultent de l'inattention à ces exigences ; la facilité de la digestion des aliments pris en temps voulu, et l'anorexie et la dyspepsie qui suit l'irrégularité des repas ; l'action uniforme et non perçue du cœur dans les circonstances ordinaires, ses palpitations tumultueuses quand son action est subitement exagérée ; les troubles mentaux qu'une foule de circonstances peuvent produire, quand la routine ordinaire est troublée ; voilà quelques exemples au milieu de bien d'autres qui montrent l'influence de l'habitude sur l'accomplissement des fonctions organiques.

Pour revenir au cas en question, il est certain que, chez un adulte bien portant, il y a un certain équilibre entre les efforts habituels et les forces de la vessie, considérée comme organe d'expulsion, et une certaine dose moyenne de résistance qu'elle doit vaincre avant de pouvoir se vider. A l'âge de vingt et un ans, cette adaptation des forces vésicales dépend d'un grand nombre de mictions antérieures, d'environ trente mille, en admettant une moyenne de quatre par jour. Cet équilibre entre la force d'expulsion et la tâche qui lui incombe ne peut être troublé impunément, et une différence, si petite qu'elle soit, dans le calibre de l'urèthre tend à produire un tel trouble.

Outre la tendance aux spasmes musculaires dans le voisinage de tout rétrécissement ou en arrière de ce rétrécissement, la gêne que rencontre la vessie vient de l'empiètement du nouveau dépôt sur le calibre de l'urèthre. D'après une loi d'hydrostatique, quand un courant liquide passe par un tube, ce liquide exerce sur les parois de ce tube un certain degré de frottement proportionné au volume et à la rapidité du courant et aux dimensions du tube ; si le tube est rétréci en un point, le frottement s'accroît en ce point, et pour empêcher un ralentissement du courant, la force de propulsion derrière le liquide doit aussi s'accroître proportionnellement. La douleur provoquée par une simple compression modérée de l'urèthre pendant la miction donne une idée de ce fait, ainsi que le plus léger degré d'hypertrophie prostatique, qui suffit souvent à produire des troubles vésicaux.

Nous devons encore mentionner une autre particularité, avant de passer à l'exposé des symptômes, dont nous nous efforcerons de rendre un compte rationnel. L'acte de la miction exige, pour être accompli normalement, d'abord le relâchement de certains muscles qui doit assurer

la liberté du canal, puis la contraction à fond de ces mêmes muscles pour en évacuer complètement le contenu : sans cette contraction l'urine s'écoulerait goutte à goutte. La dernière partie de l'acte de la miction est accomplie par la contraction des fibres musculaires circulaires qui entourent l'urèthre, et qui, pendant les intervalles de la miction, à l'état normal, en maintiennent les parois appliquées exactement. Le dépôt sous-muqueux qui augmente le frottement du courant de l'urine, gêne aussi la fermeture exacte du canal par ces muscles, dont l'action est empêchée et dont les éléments sont souvent en partie compris dans le néoplasme ; la conséquence, c'est que l'urèthre se vide incomplètement à la fin de la miction. Finalement enfin, si nous rappelons les connections nerveuses intimes de l'urèthre avec tous les viscères de l'abdomen et du bassin, et avec les parois de ces cavités, et les relations mutuelles qui existent entre elles, car on sait que le ver solitaire peut déterminer tous les symptômes des rétrécissements, et que les rétrécissements très peu marqués peuvent, comme j'en ai vu récemment un exemple avec le Dr Wm. Pepper, produire une irritation intestinale dysentérique, nous sommes en mesure de résumer les rapports des phénomènes pathologiques et subjectifs de la manière suivante :

L'augmentation du frottement et de la résistance au passage de l'urine résultant d'un dépôt péri-urétral même très peu abondant, trouble les fonctions de la vessie, et en irritant détermine un des symptômes communs des rétrécissements, la fréquence des mictions (1). La ferme-

(1) L'irritabilité de la vessie peut être produite chez la femme par une cause semblable : l'observation suivante du Dr Matthews Duncan le démontre (*Med. Times and Gaz.*, 16 nov. 1878). « Une femme vint nous consulter pour une irritation de vessie. Elle urinait fréquemment, parfois à des intervalles de quelques minutes ; elle dormait par conséquent très mal. En examinant cette femme, nous ne trouvâmes pas l'orifice de l'urèthre à la place où on le trouve normalement. Elle n'avait pas eu la syphilis, elle n'avait subi aucune opération ni aucun accident. — Un peu à droite du point où s'ouvre ordinairement l'urèthre, on voyait un peu de rougeur ; une sonde enfoncée en ce point, pénétra dans la vessie. L'orifice de l'orifice était rétréci. — La vessie n'était pas plus grande que normalement, mais l'urèthre était élargi. — La cavité vésicale ne commençait pas à l'orifice interne de l'urèthre, mais à l'orifice externe. Il n'y avait pas de canal urétral. La vessie ne présentait aucun signe d'inflammation ; elle n'était le siège d'aucune douleur. Une petite opération fut pratiquée avec le bistouri

ture imparfaite du canal, dont l'action musculaire est gênée au niveau de la néoplasie détermine également l'expulsion imparfaite des dernières gouttes d'urine, et produit un autre symptôme caractéristique : ces dernières gouttes sortent en bavant. La rétention et la décomposition de ces dernières gouttes, jointes au frottement anormal du courant de l'urine contre les parois uréthrales, donne naissance à une inflammation subaiguë de la muqueuse accompagnée d'un écoulement catarrhal ou muco-purulent, qui constitue la *goutte* ; il se produit par une action réflexe ayant son point de départ au niveau du point enflammé des douleurs dans des organes et des régions éloignées, notamment dans les régions lombaire et hypogastrique (1).

Ces relations de cause à effet ont été acceptées, en général, par les médecins, il y a bien des années. Personne ne nie probablement que, dans certains rétrécissements, dans lesquels le calibre de l'urèthre est diminué d'une manière notable, les rapports entre les altérations pathologiques et les faits cliniques ne soient tels que nous venons de les indiquer. Le dissentiment porte seulement aujourd'hui surtout sur le degré de contraction uréthrale suffisante pour produire des effets appréciables, et ici les arguments doivent s'appuyer sur l'observation clinique confirmée par le résultat des autopsies.

J'observe en ce moment un cas curieux montrant l'effet sur les fonctions génito-urinaires d'un obstacle en apparence insignifiant siégeant sur l'urèthre. Un individu de trente-cinq ans, d'une vigueur peu commune, a eu, à des intervalles de quelques mois, plusieurs polypes urétraux à répétitions, sessiles, ne s'élevant au-dessus de la surface de l'urèthre que d'une

pour élargir l'orifice externe de l'urèthre, de façon à pouvoir passer des bougies n^{os} 15, 16 et 18. Au bout de deux jours, le canal de l'urèthre s'était reconstitué ; et après cette opération, la malade fut guérie. Elle dormit la nuit même, n'eut pas signe de cystite et ne souffrit pas. La guérison se maintint.

Le Dr Martin, de Mobile, à qui on doit la remarque intéressante, que les cas de rétrécissements du méat sont excessivement communs chez les Juifs, résultat, croit-il, de la circoncision précoce, a vu également que ces rétrécissements étaient accompagnés d'écoulements chroniques, d'irritabilité de l'urèthre, de rétrécissements spasmodiques, de mictions fréquentes, etc. La dimension moyenne du méat dans ces cas était un peu au-dessous de 12 millimètres.

(1) Van Buren et Keyes rapportent (*op. cit.*, p. 76) un cas curieux, dans lequel un rétrécissement, calibre 13, à 3 1/2 pouces du méat, donna naissance à une néoplasie mammaire, qui disparut quand le rétrécissement fut dilaté.

ligne au plus, absolument mous, presque gélatiniformes, situés en avant de la fosse naviculaire, entièrement indolents par eux-mêmes. Je les ai enlevés à quatre reprises différentes dans ces trois dernières années, j'ai touché ensuite la surface saignante avec une goutte d'acide nitrique ; après une période de guérison passagère, les polypes ont réapparu ; le Dr Formad les a considérés comme des papillomes mous typiques. Ce qui donne à ce cas sa physionomie particulière, c'est que, immédiatement après leur réapparition, mon malade éprouve certains symptômes bien marqués, qui lui servent à reconnaître leur présence, sans qu'il soit besoin d'y regarder. Il sent un certain prurit pendant la miction, quelquefois une légère sensation de brûlure, de l'irritabilité vésicale, et surtout une excitabilité sexuelle exagérée, — des érections et des émissions de sperme à l'excitation la plus légère, des éjaculations prématurées dans les tentatives de coït, etc., — tous ces phénomènes disparaissent toujours une semaine après l'ablation de la petite tumeur. Je ne croyais pas d'abord à un rapport quelconque entre ces symptômes et l'état du canal, je les attribuais à l'imagination du malade, mais leur répétition et leur disparition à chaque opération me convainquit de mon erreur.

J'ai vu et publié (1) une observation avec autopsie, dans laquelle un rétrécissement de 24 millimètres avait produit de la congestion et de l'ulcération de l'urèthre, de la dilatation de la vessie avec hypertrophie, et de la dilatation des uretères ; ce rétrécissement avait été reconnu pendant la vie. La mort fut la suite d'une maladie intercurrente.

Récemment, après une consultation avec le Dr Agnew, et avec son approbation, je pratiquai l'uréthrotomie interne pour faire disparaître les symptômes pénibles d'un rétrécissement qui permettait le passage d'une sonde n^o 32, mais qui se recontractait très rapidement après la dilatation. L'opération fut suivie d'un soulagement immédiat, quoique temporaire.

Je soigne actuellement un individu qui, depuis trois ans, a toujours eu une albuminurie, qui l'a beaucoup inquiété et a modifié toute sa vie. Il avait été soigné par plusieurs médecins de Philadelphie et de New-York, qui semblent tous avoir attribué cette albuminurie à de la congestion rénale. Son urèthre n'avait jamais été examiné. Une bougie à boule, n^o 26, me révéla l'existence de deux très légers rétrécissements, qui laissaient passer facilement l'instrument, situés, l'un à 3 1/2 pouces, l'autre à 5 pouces du méat.

Au moment de sa première visite (24 avril 1882), l'urine de ce malade contenait de un dixième à un douzième de son volume d'albumine, un peu de pus, et un certain nombre de cylindres muqueux ou granuleux. A cette époque, nous diagnostiquâmes une néphrite interstitielle probable, moi et le Dr Formad, qui a examiné pour moi, un certain nombre de fois, l'urine de ce malade. — Je me mis à dilater doucement l'urèthre de ce malade, et au bout de deux semaines, toute trace d'albumine avait disparu, ainsi que les leucocytes

(1) W. White, *Philadelphia med. Times*, 26 mai 1877.

et les cylindres ; ils n'ont pas reparu, comme l'ont montré des examens répétés tous les dix jours. Le malade lui-même, qui examinait son urine au moyen de la chaleur et de l'acide nitrique, affirme que c'est la première fois que son urine cesse d'être albumineuse depuis trois ans. On n'a pas employé d'autre traitement. Ces cas montrent les effets des légers rétrécissements et méritent d'être rapportés, bien que, après une expérience assez étendue de cette classe d'affections, je les considère comme très exceptionnels.

Il est évident que tout rétrécissement urétral suite d'urétrite a commencé par être un rétrécissement léger, mais on ignore à quel moment un rétrécissement devient un facteur pathologique actif et est capable de donner naissance à des symptômes appréciables. Il n'est pas probable que ce moment puisse jamais être déterminé mathématiquement. On a depuis longtemps abandonné l'idée que le canal de l'urètre doit avoir, pour être normal, un calibre déterminé ; les variations dans les dimensions de ce canal sont telles qu'on ne peut lui assigner un calibre au-dessus duquel l'état morbide commencerait. Le vieil usage de regarder les dimensions du méat comme une indication de celle de l'urètre est également sans valeur : il n'existe pas de rapport fixe entre ces deux parties, pas plus qu'entre un canal muqueux quelconque et son ouverture, entre la bouche et l'œsophage par exemple, l'anus et l'S iliaque. Il est vrai qu'il y a une certaine correspondance entre les dimensions de l'urètre et celles du pénis à l'état de flaccidité ; le calibre du canal, en effet, augmente avec la circonférence de la verge, mais il n'a jamais été démontré que le calibre du canal et celui de la verge soient strictement ou invariablement proportionnels l'un à l'autre. Tout au plus, le volume du pénis peut-il donner une idée des dimensions de l'urètre, mais une idée purement approximative. D'autre part, on a montré qu'il y a communément certaines variations normales même dans la portion spongieuse, où siègent le plus fréquemment les rétrécissements, et qu'il est impossible, avec les moyens dont nous disposons, de distinguer ces irrégularités normales des rétrécissements pathologiques au début de même calibre.

La discussion de ces opinions opposées, dont aucune n'est exempte d'erreur, excéderait les dimensions de ce travail ; je répéterai seulement ici, ce que j'ai déjà dit ailleurs, que, bien qu'il soit impossible de déterminer dans chaque cas la nature exacte ou la valeur pathologique de tout rétrécissement urétral, exempt de tout symptôme, il est permis pourtant, de par la cli-

nique et l'anatomie pathologique, d'établir, sans courir grand risque d'être contredit, les propositions suivantes, applicables à la plus grande majorité des cas :

1° Un malade, qui, après une blennorrhagie, présente une *goutte*, surtout si cet écoulement est accompagné des autres symptômes du groupe, a, selon toute probabilité, un rétrécissement commençant ;

2° Si un examen attentif avec une bougie à boule révèle un rétrécissement anormal, ce rétrécissement peut être considéré comme dû à un néoplasme fibreux sous-muqueux, et les symptômes peuvent lui être rapportés ;

3° Le rétrécissement, bien que facile à guérir, produit quelquefois, quand on le néglige, des conséquences sérieuses, qui, dans des cas très rares, peuvent même compromettre la vie par l'irritation continuelle de cette portion du conduit génito-urinaire qui est située derrière le rétrécissement.

Diagnostic des écoulements urétraux chroniques.

Il ressort des pages précédentes que, pour se rendre un compte exact de la cause d'un écoulement urétral, il sera souvent nécessaire



Fig. 47. — Bougie à boule, ou bougie à bulbe pointue.

de recourir à l'usage des bougies à boule, qui sont pour le diagnostic les plus utiles des instruments urétraux. Ces bougies peuvent être métalliques à tige flexible, terminées par une portion plus large au manche, sur lequel le numéro de l'instrument peut être marqué ; ce numéro doit représenter en millimètres la circonférence du bord de la boule. Pour moi, les meilleures bougies sont ces bougies flexibles de gomme figurées ici (fig. 47) ; la boule doit faire avec la tige un angle presque droit et non pas un grand angle obtus qu'on voit sur beaucoup d'instruments, dont la forme est vicieuse. La dimension de la bougie choisie pour l'exploration doit être déterminée approximativement, comme nous l'avons dit, en prenant la circonférence du pénis à l'état de flaccidité. L'échelle

que j'ai adoptée, et qui diffère de celle du D^r Otis, est la suivante :

Un pénis de 3 pouces de circonférence, mesuré au milieu de la portion spongieuse, indique un urètre devant admettre normalement un instrument de 26 à 28 millimètres ; si le pénis mesure 3 1/4 pouces, le calibre de l'urètre est de 28 à 30 millimètres ; si la mesure 3 1/2 pouces, 30 à 32 millimètres ; si 3 3/4 pouces, 32 à 34 millimètres ; si 4 pouces, 34 à 36 millimètres ; il est rarement nécessaire de dépasser ces dimensions.

Si le méat est trop étroit pour permettre l'introduction d'une bougie à boule de la dimension voulue, il doit être élargi. On saisit alors le pénis derrière la couronne du gland entre le pouce et l'index, le prépuce étant refoulé en arrière s'il le faut. Le dos du pénis est opposé à la paroi abdominale. La bougie bien huilée est alors poussée doucement dans la vessie. Si elle est arrêtée, on marque sur la tige le point correspondant au méat ; la distance de ce point à la boule indique le siège de la face antérieure du rétrécissement. Si on peut pousser plus

loin le même instrument ou un autre d'une dimension moindre, on le retire au bout d'un instant, et si, pendant qu'on le retire, on sent un obstacle ailleurs qu'au niveau du ligament triangulaire, obstacle normal (1), il est dû probablement au rétrécissement, bien qu'un spasme, qui cesse au bout de quelques secondes ou change de place, puisse donner naissance à des erreurs de diagnostic. Un rétrécissement ne peut pas toujours être reconnu avec certitude. Si l'écoulement est dû à une blennorrhagie chronique, l'instrument éveillera de la douleur en un certain point présentant une surface inégale, mais ne donnera pas la sensation d'une résistance. En tout cas le bord de la boule ramènera un peu de pus. Dans la blennorrhagie chronique quelques gouttes de sang pourront se montrer.

Nous examinerons ailleurs le traitement de ces cas, mais nous pouvons dès maintenant mettre en parallèle les caractères différentiels des différents écoulements urétraux chroniques.

CATARRHE DE L'URÈTHRE.	BLENNORRHAGIE CHRONIQUE.	GOUTTE.
Suit immédiatement la blennorrhagie.	Continue l'attaque de blennorrhagie, souvent la première.	Ordinairement après un intervalle variable, après la gonorrhée : généralement après plusieurs attaques.
Écoulement aqueux, mucus tenu.	Écoulement laiteux ; pus.	Écoulement laiteux ou aquoso-laiteux, muco-pus.
Peu affecté par les habitudes.	Aggravé par les excès alcooliques ou sexuels.	Aggravée par les mêmes causes, mais non au même degré.
Pas de symptômes subjectifs.	Chaleur ou brûlure pendant la miction ; très peu de tendance à la production de la corde.	Écoulement de l'urine goutte à goutte après la miction ; mictions fréquentes ; douleurs hypogastriques et lombaires.
N'affecte aucun point spécial de l'urètre.	Se cantonne principalement du côté de la fosse naviculaire et le point de jonction du bulbe et de la portion membraneuse.	La source de l'écoulement est toujours derrière la coarctation.
Cause : perte de la tonicité et dilatation des capillaires.	Persistance d'un léger degré d'inflammation. Congestion circonscrite avec petites granulations.	Dépôt sous-muqueux autour de l'urètre, diminuant plus ou moins son calibre.
Pronostic : guérit sans traitement.	Exige un traitement local.	Si on ne fait pas disparaître la cause, empire inévitablement.
Traitement : expectation.	Injectons.	Dilatations et injections.
Avec la bougie à boule, on trouve l'urètre sain.	Points douloureux d'où la bougie ramène du pus.	Points de résistance modéré au passage de la bougie.

PLÉTHORE SÉMINALE ET HYPÉRÉSTHÉSIE URÉTHRALE.

Avant de quitter l'étude des symptômes et des complications de la blennorrhagie chez l'homme, nous devons mentionner une cause d'er-

reur qui peut tromper le médecin et le malade. Dans quelques cas le traitement est prolongé sans nécessité, le médecin se fiant au dire du

(1) William White, *Diagnosis of urethral stricture by bulbous bougies*, Philadelphie, 1877.