

formée dans le réservoir urinaire et s'être engagée dans le canal à la suite d'une séance de lithotritie.

Le volume des calculs de l'urèthre est très variable et le plus souvent en raison inverse de leur nombre. Fleury a retiré par la boutonnière uréthrale un calcul ayant la forme d'une petite poire allongée et mesurant cinq centimètres de longueur. Civiale a retiré 220 petits calculs de la portion membraneuse de l'urèthre et d'une excavation formée entre la prostate et le rectum. Tous les intermédiaires sont possibles.

L'effet le plus constant de ces calculs sur le canal est d'en déterminer une dilatation régulière ou inégale, avec des poches et des diverticules dans lesquels les calculs se dérobent aux explorations. L'ulcération de la muqueuse peut donner lieu à une infiltration d'urine, à la formation d'abcès et de fistules par lesquels le calcul peut se faire jour à l'extérieur.

La présence d'un calcul peut ne déterminer pendant longtemps aucun phénomène appréciable; en général, le corps étranger détermine de la douleur, des envies fréquentes d'uriner et de temps en temps de la rétention d'urine. Une sonde métallique introduite dans l'urèthre est arrêtée par le calcul et fait entendre un son rude et caractéristique, au moment du contact, ou passe en donnant lieu à une sensation particulière de grattement ou de vibration. Le cathétérisme peut ne fournir aucun renseignement si la pierre est enchatonnée dans une dilatation de l'urèthre.

La palpation du canal ou le toucher rectal peuvent faire reconnaître en un point la saillie du corps étranger.

Traitement. — Si le calcul est peu volumineux et situé en arrière d'un point rétréci de l'urèthre, il peut être expulsé spontanément après la *dilatation* du canal.

Le moyen le plus sûr est l'*extraction*, soit par les voies naturelles à l'aide des instruments employés pour l'ablation des corps étrangers de l'urèthre et après broiement, soit par la boutonnière périnéale.

IV

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DE L'URÈTHRE.

1° INFLAMMATIONS DE L'URÈTHRE. — URÉTHRITES.

Les inflammations de la muqueuse uréthrale sont *aiguës* ou *chroniques*; le plus souvent la deuxième forme succède à la première.

Étiologie. — Les causes d'inflammation de la muqueuse uréthrale sont multiples et variées; l'urétrite peut être provoquée par le contact de corps étrangers, bougies ou sondes passées ou laissées à demeure dans le canal, de calculs ou de fragments de calculs, d'objets divers introduits dans l'urèthre (*urétrite traumatique*). Elle succède quelquefois au passage d'une urine chargée de principes irritants, comme les cantharides, le nitrate de potasse à haute dose, la poudre de guerre; à l'usage immodéré de la bière, du vin blanc, du cidre, des vins nouveaux non fermentés ou fortement chargés de tartrate.

Enfin on a admis des *urétrites catarrhales* atteignant un grand nombre d'individus à la fois (Mercier), des urétrites *constitutionnelles*, *rhumatismales* ou *goutteuses*, dans lesquelles le rhumatisme ou la goutte semble être une cause *prédisposante* bien plus qu'*efficiente* (Thompson, Guyon). Les urétrites de cette classe qui semblent pouvoir se déclarer, dans des cas exceptionnels, en dehors de la blennorrhagie, auraient pour caractère de présenter un écoulement d'ordinaire peu abondant, muqueux ou opalin; de débiter par les parties profondes de l'urèthre à l'inverse de l'urétrite blennorrhagique qui commence au méat, et de disparaître en général, par une médication interne, alcaline, arsenicale ou sulfureuse, suivant les indications.

Il existe aussi une uréthrite *tuberculeuse* dans laquelle les granulations d'abord grises, puis jaunes, siègent surtout dans la région du col vésical et de la prostate, mais peuvent se retrouver dans toute l'étendue du canal et jusque dans la fosse naviculaire. Leur ramollissement et leur fonte donnent lieu à des ulcérations plus ou moins larges qui occupent toute l'épaisseur de la muqueuse.

L'éclosion de ces semis tuberculeux peut se traduire par un écoulement uréthral ayant les caractères de la blennorrhagie ou de la blennorrhée.

Le type des inflammations aiguës de l'urèthre est fourni par l'*uréthrite blennorrhagique*.

A. — URÉTHRITE BLENNORRHAGIQUE AIGÜÉ. — BLENNORRHAGIE.

La *blennorrhagie* (mot créé par Swédiaur en 1784) ou *uréthrite vénérienne, contagieuse* ou *virulente* résulte du contact du pus blennorrhagique de la femme ou de l'homme.

On a tendance à admettre généralement aujourd'hui, depuis les recherches de Neisser (1879), confirmées par un grand nombre d'observateurs, que ce pus contient des parasites spéciaux, des *gonococcus* (Neisser), se présentant sous forme de granulations rondes, très régulières, de volume uniforme, groupées au nombre de deux, quatre ou davantage, quelquefois en 8 de chiffre. Des petits amas qui résultent de leur réunion, quelques-uns sont libres dans le muco-pus, mais la plupart sont contenus dans les leucocytes et accumulés principalement autour du noyau. C'est dans les cas de chaude-pisse récente qu'on les trouve en plus grande abondance. Ce micrococcus se retrouve dans toutes les inflammations d'origine blennorrhagique (conjonctivite, vaginite, métrite du col), et l'inoculation d'un liquide de culture peut reproduire la maladie (Bockhardt, Weiss, thèse de Nancy, 1885). Il peut être considéré comme l'agent de la contagion. En présence de ces données, il est difficile d'admettre aujourd'hui avec Ricord et Fournier que la blennorrhagie peut être communiquée par une femme ne l'ayant pas elle-même, par des flux utéro-vaginaux simples et même par l'écoulement menstruel, et qu'elle peut être provoquée chez l'homme par des excès de coït répété ou prolongé avec une femme présentant un des états précédents ou même absolument saine.

Des conditions prédisposantes incontestables sont créées par une conformation particulière de la verge, comme dans l'hypospadias, par des excès de boisson, par une constitution lymphatique ou rhumatismale, et surtout par l'existence d'une ou plusieurs blennorrhagies antérieures.

Symptômes. — Dans l'énorme majorité des cas, la blennorrhagie vraie manifeste ses premiers symptômes à la fin du quatrième ou au commencement du cinquième jour après le coït (Fournier).

Une sensation particulière dans le canal, un prurit, un chatouillement vers le bout de la verge, ou une ardeur insolite dans la miction, annoncent le plus souvent l'invasion de la maladie. Souvent aussi, avant tout autre symptôme, une humeur opaline se présente au méat et en agglutine les lèvres légèrement rouges et tuméfiées. La pression peut alors faire sourdre de l'urèthre une petite gouttelette d'un liquide blanchâtre ou gris, filant et visqueux.

Dans l'affection confirmée, tous ces premiers phénomènes vont en s'accroissant; le méat rougit, la miction devient plus cuisante, l'écoulement augmente, devient jaunâtre et franchement purulent et fait tache sur la chemise; le gland est un peu turgescent et injecté. A partir du cinquième jour en moyenne, tout s'exagère (*état aigu, période d'augment*), puis, après un temps variable, pendant lequel l'inflammation est à son apogée (*période d'état*), les phénomènes s'atténuent progressivement (*période de terminaison*).

Dans l'*état aigu*, le gland est gonflé, tendu, le prépuce souvent œdémateux et rosé; le méat est rouge; ses lèvres sont boursoufflées, quelquefois indurées ou légèrement excoriées.

L'urèthre est douloureux à la pression, surtout dans la région de la fosse naviculaire; il est parfois saillant sous la verge et forme corde entre les corps caverneux.

L'*écoulement* est constant et essentiel dans la blennorrhagie. Dans la période d'état, il peut être assez abondant pour couler de l'urèthre constamment goutte à goutte et faire de larges taches verdâtres sur la chemise.

Dans les premières heures de l'affection, c'est un suintement opalin d'une humeur filante; le lendemain, il devient jaunâtre, puis jaune, plus tard il est verdâtre et au summum de l'inflammation il est absolument vert; parfois il est rouillé et strié de sang. Plus tard, il redevient laiteux et opalin.

C'est dans ce liquide que l'on trouve au microscope, à l'aide de procédés de coloration par la fuchsine ou le violet de méthylaniline, les gonococcus regardés comme caractéristiques de la blennorrhagie.

A ces signes se joignent des *phénomènes douloureux*. La douleur de la miction suit en général une marche parallèle au développement des phénomènes inflammatoires : simple cuisson et ardeur au début, elle devient une brûlure atroce, une constriction, un déchirement dans la phase aiguë de l'affection (*chaude-pisse*), pour s'atténuer au bout de quelques jours, alors que l'écoulement reste encore très abondant. Certains sujets, surtout dans la blennorrhagie récidivée, ne présentent aucune douleur pendant la miction.

Des douleurs *spontanées* peuvent exister dans la verge, le canal, avec irradiation au testicule, au cordon, aux aines, surtout au périnée; elles s'exagèrent par la position assise, par la pression, par la marche.

Les douleurs sont surtout provoquées par les érections; celle-ci deviennent fréquentes, principalement la nuit, et ne se produisent qu'avec des douleurs plus ou moins vives; quelquefois incessantes, elles réveillent le malade dix ou vingt fois par nuit.

Le canal enflammé et devenu inextensible ne peut suivre dans l'érection le développement des corps caverneux; il en résulte un tiraillement parfois atrocement douloureux et cet état particulier de la verge qui, recourbée inférieurement, figure un arc dont l'urèthre forme la corde (*chaude-pisse cordée*). Souvent cette courbure ne se produit qu'à l'extrémité de la verge et le gland seul est *arqué*.

L'éjaculation qui suit parfois ces érections détermine, dans la période aiguë, une sensation atroce de déchirement intérieur; elle s'accompagne dans quelques cas d'une légère hémorrhagie.

Le jet de l'urine est plus mince, éparpillé à la sortie, quelquefois brusquement arrêté. L'émission du sperme se fait en bavant.

A côté de ce type de blennorrhagie aiguë, on peut observer un nombre infini de variétés : les phénomènes inflammatoires peuvent faire presque complètement défaut (*blennorrhagie subaiguë*); l'écoulement peut rester filant, visqueux, plutôt muco-purulent que purulent; enfin l'inflammation peut rester limitée à la région balanique sans envahir les parties profondes du canal (*B. partielle*).

Terminaisons. — Rien n'est plus variable ni plus incertain que

les terminaisons de l'urétrite blennorrhagique. La guérison peut être obtenue en trois, quatre ou six semaines, en deux ou trois mois, ou se faire attendre des mois ou des années entières. Les phénomènes aigus s'amendent, mais l'écoulement peut persister d'une manière indéfinie.

Dans la période de déclin, quelquefois même après plusieurs jours de guérison apparente, à l'occasion d'une reprise du coït le plus souvent, ou quelquefois sans cause connue, l'écoulement reparait comme à l'état aigu.

D'autrefois, un traitement mal dirigé ou une mauvaise hygiène, une constitution affaiblie, font passer l'affection à l'état chronique.

Anatomic pathologique. — Les lésions de la blennorrhagie n'ont guère été étudiées que d'après les résultats de l'examen fait à l'endoscope de Désormeaux. L'inflammation naît dans la fosse naviculaire et se propage de proche en proche, d'avant en arrière. La muqueuse uréthrale est le siège de l'affection et les lésions constatées dans l'état aigu consistent simplement en rougeur et injection de cette muqueuse avec desquamation de l'épithélium. Elles sont limitées d'abord au premier tiers du canal et, quelques jours plus tard, étendues au cul-de-sac du bulbe. De ce point, une influence mécanique ou autre peut permettre l'invasion de l'urèthre postérieur.

Diagnostic. — Le diagnostic de la blennorrhagie aiguë est en général facile.

La constatation bien nette de l'issue du pus par le méat fera éloigner l'idée d'une suppuration liée à la balanite simple ou chancreuse. Mais il est nécessaire de se rappeler que toutes les suppurations qui s'évacuent par l'urèthre n'ont pas nécessairement leur origine dans l'urèthre, qu'elles peuvent venir de la prostate, des vésicules séminales, du col de la vessie, d'abcès péri-uréthraux, et que tous les écoulements d'origine uréthrale ne sont pas nécessairement des blennorrhagies, mais peuvent provenir de lésions variées du canal, telles que des ulcérations herpétiques, chancreuses ou tuberculeuses.

Pronostic. — La blennorrhagie aiguë est une affection le plus souvent légère et sans conséquence (Fournier), parfois sérieuse par les complications qu'elle peut entraîner, rarement grave, c'est-à-dire susceptible d'aboutir à des troubles fonctionnels persistants ou à des lésions irrémédiables.

Complications. — Nous ne pouvons qu'énumérer ici les complications de la blennorrhagie, dont la plupart sont des affections décrites à part. Elles se divisent en complications *locales*, simples irradiations de la phlegmasie uréthrale sur les organes voisins, et complications à *distance*, résultats d'une inoculation du pus blennorrhagique (ophthalmie blennorrhagique), ou liées au transport des organismes infectieux (arthrite blennorrhagique, synovite blennorrhagique, hygromas, sciatique, ophthalmie antérieure ou Descémétite (Voy. t. I et t. II).

Les complications *locales* comprennent : 1° l'*adénite inguinale*, ordinairement bénigne et sans tendance à la suppuration; 2° la *lymphangite* de la verge, se traduisant par des traînées rougeâtres sillonnant les téguments de la verge avec cordons durs et douloureux, quelquefois indolents, surtout marqués sur le dos de la verge; 3° la *balanite* et la *balano-posthite* et, comme conséquence fréquente, le *phimosis* et le *paraphimosis*; 4° l'*urétrorrhagie*, en général peu abondante, produite pendant une érection ou un coït intempestif; 5° la *rétenion d'urine*, très rare, déterminée le plus souvent par un spasme de la portion membraneuse de l'urèthre. Elle se produit surtout chez les sujets antérieurement affectés de blennorrhagies multiples ou de rétrécissement; 6° des *abcès péri-uréthraux* surtout fréquents au niveau de la fosse naviculaire, sur les deux fossettes latérales du frein et au niveau du bulbe; 7° la *coopérite* et la *périscoopérite* ou inflammation des glandes de Cooper ou de Méry, situées en arrière du bulbe de l'urèthre. Cette petite affection signalée par Ricord, a été bien étudiée par Gubler (Thèse de Paris, 1849). Elle occupe le plus souvent une seule des deux glandes et particulièrement la gauche, et se traduit par de la douleur et une tuméfaction allongée, piriforme, à grosse extrémité regardant l'anus, du volume d'un haricot, latérale par rapport au raphé médian. Le gonflement phlegmoneux envahit les parties voisines du périnée quand il y a *périscoopérite*, et l'affection se termine alors le plus souvent par la formation d'un abcès.

Les autres complications de la blennorrhagie aiguë, comme l'*inflammation des vésicules séminales*, la *prostatite*, la *cystite* et l'*épididymite*, ont été ou seront décrites en d'autres endroits de cet ouvrage.

Traitement. — Le traitement *abortif* de la blennorrhagie, aiguë

c'est-à-dire les moyens employés dès les premières heures pour s'opposer au développement de l'affection, n'est guère recommandable. Les injections *substitutives* de nitrate d'argent en solution au 30° ou au 60°, les balsamiques à hautes doses, l'association des injections et des balsamiques, ne fournissent que de rares succès et le plus souvent ne font qu'exagérer les phénomènes inflammatoires.

Le seul moyen véritablement abortif consiste à instiller tous les jours par le procédé de Guyon 5 à 6 gouttes d'une solution de nitrate d'argent au 50° dans le cul-de-sac du bulbe, après avoir pratiqué des lavages de l'urèthre à canal ouvert avec un peu d'eau tiède. L'écoulement peut être tari en quelques jours après une légère douleur consécutive à l'instillation et une exagération momentanée dans la quantité de la sécrétion. On peut aussi, dès les premiers jours de l'affection, modifier l'écoulement à l'aide d'injections parasitocides; les injections au sulfate de quinine (1 p. 250) au sublimé (1 p. 5000), à la résorcine (1 p. 200), font rapidement diminuer l'écoulement et les phénomènes douloureux du début, mais n'abrègent pas d'une manière sensible la durée totale de l'affection.

Le traitement *rationnel* ou *méthodique* peut se formuler en quelques règles simples, variables avec chaque période de la maladie.

L'hygiène et le régime doivent être rigoureusement surveillés; le malade évitera les fatigues, les excès, toute excitation vénérienne, s'abstiendra de bière, de liqueurs, de mets épicés, etc.

Il sera prévenu de la nécessité de porter un suspensoir pendant toute la durée de l'affection et de l'immense danger qu'une inoculation possible peut faire courir à ses yeux.

Dans les premiers jours, pour les cas légers, il suffit d'associer à ces soins hygiéniques quelques tisanes rafraîchissantes, d'orge, de chiendent, de graine de lin, etc., additionnées de bicarbonate de soude.

A la période aiguë, tant qu'il y a des phénomènes inflammatoires, tant que se manifestent de vives cuissons dans la miction, des érections nocturnes douloureuses, tant que l'écoulement est verdâtre et très abondant, il faut *laisser couler*. Il est nécessaire d'insister sur les boissons délayantes, qui seront prises en grande quantité.

Suivant l'intensité des phénomènes inflammatoires, de grands bains prolongés seront donnés tous les jours ou tous les deux jours; des sangsues seront appliquées au périnée, si les douleurs sont très

vives, si la verge est très enflammée, s'il y a un peu de réaction générale.

Les érections nocturnes seront combattues par l'opium à l'intérieur et les lavements laudanisés.

Les grandes douleurs de la miction peuvent être avantageusement soulagées par l'emploi à petites doses des balsamiques pendant quelques jours.

A la période d'état, lorsque les symptômes inflammatoires sont calmés (sans qu'on puisse assigner une date fixe à ce moment), le traitement antiphlogistique doit être abandonné, et au bout de peu de jours, dès que la période de déclin apparaît, il doit être remplacé par la médication *suppressive*. C'est le moment de *couper* l'écoulement. Ce moment peut se faire attendre quinze jours, trois semaines et même beaucoup plus, suivant l'intensité de l'inflammation, la rigueur du traitement, la nature du sujet, etc.

La médication *suppressive* consiste essentiellement dans l'administration des *balsamiques* et en particulier du copahu.

Fournier résume ainsi les conditions de succès du traitement :

1° Administrer à *propos* les balsamiques, c'est-à-dire quand l'ensemble des symptômes fait reconnaître que l'affection est entrée dans sa période de décroissance;

2° Les donner à *juste dose*, c'est-à-dire à la dose quotidienne de 16 à 50 grammes pour le cubèbe et de 6 à 40 ou 12 grammes pour le copahu, et mieux dans un *opiat* à la dose de 10 grammes de cubèbe pour 5 grammes de copahu;

3° En prolonger suffisamment l'usage, c'est-à-dire le continuer huit à dix jours après la disparition complète de l'écoulement, en diminuant insensiblement la dose quotidienne du remède.

L'essence de santal jaune, administrée à la dose de 10 à 12 capsules par jour et d'après les mêmes principes que les balsamiques, donne également de bons résultats et, chez beaucoup de sujets, elle est plus facilement tolérée que ceux-ci par les voies digestives.

La suppression de l'écoulement peut être également obtenue à l'aide d'injections modificatrices dont le *modus faciendi* doit être bien réglementé. Quel que soit le liquide injecté, sa quantité ne devra jamais dépasser 4 à 6 grammes, le piston de la seringue sera poussé sans aucune violence; l'injection sera faite à *canal ouvert*, c'est-à-dire sans que les lèvres du méat soient pressées sur le bout de la

seringue. L'injection sera pratiquée après une miction qui aura balayé le canal. Faute de ces précautions, l'injection peut forcer le sphincter membraneux de l'urèthre, faire pénétrer le pus blennorrhagique dans l'urèthre postérieur et déterminer par inoculation blennorrhagique ou par contusion une uréthro-cystite avec toutes ses conséquences immédiates et éloignées.

Les liquides injectés sont très variables : le nitrate d'argent (10 centigrammes pour 200 grammes d'eau), le sulfate de zinc associé ou non à l'acétate de plomb et au laudanum (injection de Ricord), le sublimé (au $\frac{2}{1000}$), le permanganate de potasse, etc., ont tous donné des résultats favorables, s'ils sont employés au moment opportun et avec les précautions convenables.

L'injection doit être répétée trois fois par jour et continuée à dose décroissante pendant huit à dix jours après la suppression complète de l'écoulement.

B. — URÉTHRITE BLENNORRHAGIQUE CHRONIQUE.

La blennorrhagie passe à l'état chronique quand les symptômes atténués des périodes aiguës d'état et de déclin semblent s'éterniser sans aucune tendance à l'amélioration. On peut rattacher à cette forme la *blennorrhée* ou *goutte matinale*, *goutte militaire*, qu'on a voulu séparer à tort de la blennorrhagie chronique, ces écoulements pouvant se transformer l'un en l'autre avec la plus grande facilité, soit spontanément, soit sous la plus légère influence.

Ces diverses formes ont été étudiées dans un travail remarquable de Rob. Jamin (thèse de Paris, 1885).

Causes. — Les causes qui facilitent, déterminent et entretiennent la chronicité de l'uréthrite blennorrhagique ont été divisées par Fournier en plusieurs groupes ; 1° les infractions hygiéniques, excès de table ou excès vénériens ; 2° les fautes thérapeutiques, parmi lesquelles il faut placer en première ligne l'emploi intempestif des balsamiques et l'usage défectueux des injections ; 3° les états constitutionnels ; les rhumatisants, les scrofuleux, les tuberculeux ont leur urèthre postérieur envahi presque d'emblée ; 4° les causes locales au nombre desquelles il faut compter le phimosis, le rétrécissement du méat et le rétrécissement de l'urèthre. Celui-ci est rare dans ces conditions, d'après les recherches de R. Jamin.

Anatomie pathologique. — L'urétrite chronique est localisée dans la grande majorité des cas à la partie profonde de l'urèthre antérieur, dans le cul-de-sac du bulbe (R. Jamin). Dans des cas moins fréquents, elle siège dans l'urèthre postérieur en même temps que dans le cul-de-sac du bulbe.

Tantôt l'inflammation est entièrement localisée à la muqueuse elle-même, tantôt elle est étendue aux glandules qui en dépendent, mais qui sont situées dans la couche musculaire sous-jacente (Guiard). Dans ce dernier cas, l'affection est presque incurable, les instillations de nitrate d'argent ne pouvant atteindre les culs-de-sac glandulaires.

La muqueuse présente les lésions de l'inflammation chronique, congestion, arborisation vasculaire, desquamation épithéliale, exulcération, infiltration du tissu sous-muqueux. Pour Désormeaux, elle présenterait une lésion caractéristique de l'urétrite chronique, la *granulation*, formée par des saillies hémisphériques et arrondies.

Symptômes et diagnostic. — Les signes sont différents suivant le siège de l'urétrite chronique dans le cul-de-sac bulbaire ou à la région musculo-membraneuse de l'urèthre.

L'urétrite *antérieure* chronique se traduit par l'issue d'une goutte plus ou moins incolore qui, chaque matin, vient suinter au méat. Les sécrétions de la journée, balayées par les mictions passent inaperçues; elles peuvent cependant être assez abondantes pour faire sur la chemise de petites taches gris jaunâtre. La couleur, l'épaisseur, la quantité de l'écoulement varient avec la plus grande facilité à propos d'une fatigue, d'un coït, d'un excès de table, quelquefois d'une simple érection.

Cet écoulement contient des cellules épithéliales de l'urèthre et surtout des globules blancs. Jamin y a trouvé des micrococci ressemblant aux gonococcus de Neisser quand le liquide était purulent ou séro-purulent, et n'a rencontré aucune trace de microbes dans le suintement matinal incolore.

L'exploration du canal à l'aide d'une bougie en gomme à boule olivaire n° 18, introduite jusqu'à l'entrée de la portion membraneuse de l'urèthre, ramène des mucosités purulentes abondantes sur le talon de l'instrument, alors même que la pression de la verge ne faisait sourdre aucun liquide au méat.

L'urétrite chronique antérieure ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel.

Au contraire, l'urétrite chronique *postérieure* beaucoup plus rare se traduit dans tous les cas par la *fréquence des mictions*.

L'écoulement ne s'y produit pas d'une manière continue, comme dans le cas précédent; accumulé en arrière du sphincter urétral qui lui ferme la porte, il ne s'écoule que mélangé au premier jet d'urine, souvent sous forme de bouchon muqueux, de filaments blanchâtres nageant dans l'urine.

Si la sécrétion profonde est plus abondante, elle peut de temps en temps dans la journée forcer le sphincter urétral et arriver au méat sous forme d'une petite éjaculation de quelques gouttes blanchâtres que les malades prennent souvent pour du sperme.

Ces quelques gouttes peuvent apparaître, soit à la fin de la miction, soit pendant la défécation, s'il y a complication de prostatite.

Cette sécrétion de l'urétrite postérieure est toujours blanchâtre et laiteuse, et ne présente pas les variétés d'aspect de l'écoulement de l'urétrite antérieure.

Pronostic. — L'urétrite chronique peut être excessivement tenace et rebelle à tous les traitements; dans ces conditions, il n'est pas rare de voir les malades avoir une tendance à l'hypocondrie. En outre, la cystite, la prostatite et l'orchite sont des complications possibles de l'urétrite postérieure.

Une conséquence éloignée de ces urétrites est le rétrécissement dont le siège fréquent à la région bulbaire est en rapport avec la fréquence de l'inflammation chronique de la muqueuse localisée à cette région.

Traitement. — La médication interne ne donne que des résultats très incertains dans le traitement des urétrites chroniques; l'essence de santal et les balsamiques à petites doses longtemps prolongées tarissent cependant quelquefois des écoulements chroniques.

Les injections variées et le passage de bougies destinées à remédier à un rétrécissement le plus souvent imaginaire (Jamin) doivent être laissés de côté.

Les instillations de nitrate d'argent pratiquées tous les deux jours par le procédé de Guyon paraissent être la médication la plus efficace. Elles permettent de déposer le liquide modificateur au siège même de la lésion et de graduer les effets avec les doses, suivant les résultats obtenus.

Le traitement général hygiénique et médicamenteux antirhumana-

tismal ou antisicrofuleux doit être rigoureusement institué, suivant les indications spéciales, et joue un grand rôle pour la guérison.

C. — URÉTHRITE CHEZ LA FEMME.

Étiologie. — Le plus souvent, l'urétrite chez la femme est d'origine blennorrhagique; cependant, elle peut exister en même temps qu'une vulvo-vaginite simple chez les filles récemment déflorées et chez celles qui se livrent à la masturbation intra-urétrale.

L'urétrite blennorrhagique aiguë est assez rare, comparée à la fréquence des suintements chroniques de l'urèthre.

Quelquefois elle est *primitive*, le pus étant déposé directement sur le méat pendant le coït; le plus souvent elle est *secondaire* et succède à la blennorrhagie de la vulve et du vagin, dont les sécrétions envahissent et contaminent l'urèthre.

Les symptômes sont beaucoup moins accusés que chez l'homme et peuvent ne se traduire que par du prurit et une cuisson véritable au moment de la miction.

Si le pus est abondant, il est facile de faire sourdre une goutte au méat en introduisant le doigt dans le vagin et en pressant d'arrière en avant la cloison uréthro-vaginale, quelque temps après que la femme a uriné.

L'urétrite aiguë ne dure guère plus de trois à quatre semaines; à cette phase succède en général une période chronique dans laquelle le seul symptôme consiste dans l'apparition au méat d'une gouttelette blanchâtre ou opaline ramenée par la pression digitale de l'urèthre. Cet écoulement peut augmenter par des excès de coït et de boisson ou aux époques menstruelles.

Le pronostic est bénin: l'affection n'a contre elle que sa tendance à la chronicité. Le rétrécissement est exceptionnel.

Le traitement doit être purement local. Une fois la période aiguë passée, la muqueuse sera très avantageusement modifiée et mieux que par tout autre moyen par des instillations d'une solution de nitrate d'argent au 50° ou au 25°.

2° RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE.

Les rétrécissements de l'urèthre ont été étudiés dans un nombre

considérable de travaux qu'il serait trop long de citer ici: parmi les auteurs qui se sont particulièrement occupés de cette question, il est bon de retenir les noms de Philips (*Treatise on urethra*, Londres, 1852); de Mercier (*Gazette médicale*, 1845); de Perrève (*Traité des rétrécissements de l'urèthre*, Paris, 1847); d'A. Guérin (1854); de Maisonneuve (1855). Un grand nombre de thèses de la Faculté de Paris, les leçons cliniques de Thompson et de Guyon ont ajouté des faits importants à l'étude de la pathogénie ou du traitement de cette affection; ces travaux ont été bien analysés et résumés par Rob. Jamin (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. URÈTHRE).

Le rétrécissement de l'urèthre est une diminution plus ou moins prononcée du calibre du canal dont la cause est un *obstacle permanent* et *progressif* déterminé par des altérations pathologiques des parois de l'urèthre (Guyon). Cette définition élimine les rétrécissements dits *inflammatoires*, liés à une tuméfaction passagère de la muqueuse dans quelques urétrites très intenses, et les rétrécissements dits *spasmodiques* siégeant à la région membraneuse et symptomatiques d'une affection située en un point quelconque des organes urinaux.

Étiologie. Anatomie pathologique. — On distingue des rétrécissements *cicatriciels* et des rétrécissements *inflammatoires*.

Sur 220 observations de rétrécissements (*Thèse de Martin*, 1875), 187 sont dus à la blennorrhagie, 27 à des traumatismes et 5 à des ulcérations chancreuses. Sur 646 cas, Bryant en a trouvé 275 liés à une ancienne gonorrhée chronique, 45 ayant pour cause un traumatisme direct et 550 sans cause définie. Il en conclut que, dans plus de la moitié des cas, le rétrécissement se produit chez les sujets n'ayant pas eu de blennorrhagie.

Les *rétrécissements cicatriciels* sont des *cicatrices*: ils succèdent à une perte de substance du canal due à un traumatisme ou à une ulcération chancreuse ou autre; ils sont produits par la rétraction du tissu inodulaire de la muqueuse et des couches sous-jacentes. Ils ont pour caractère d'être nettement localisés en un point de l'urèthre et de se produire rapidement en quelques semaines à la suite du traumatisme ou de l'ulcération. Ils s'observent de préférence à la région *pénienne*, après une violence directe ou une rupture incomplète du pénis dans le coït; à la région *périnéo-bulbaire*, après