phie de la prostate que l'on trouve si fréquemment chez les gens âgés est totalement indépendante et sans aucune relation avec les rétrécissements.

CLASSIFICATION PATHOLOGIQUE DES RÉTRÉCISSEMENTS. — Je crois que nous pouvons établir trois classes de rétrécissements en résumant les symptômes principaux auxquels ils donnent lieu. Ces trois classes embrasseront toutes les variétés et serviront de point de repaire pour décrire en peu de mots tous les cas particuliers. Ces divisions sont fondées non pas sur les caractères anatomiques, les seuls appréciables pour l'anatomo-pathologiste (voy. chapitre II, page 46), mais sur les symptômes, ce qui rend la classification fort utile chez le vivant. Déjà mentionnée dans le précédent, cette classification a été exposée dans le présent chapitre et peut être avantageusement placée ici.

CLASSIFICATION DES RÉTRÉCISSEMENTS ORGANIQUES, D'APRÈS LEURS TENDANCES PATHOLOGIQUES PRÉDOMINANTES.

I. *Rétrécissements simples :*
Leur principal symptôme est la diminution du jet ; il y a aussi en général une augmentation de fréquence de la miction, quoique cela varie beaucoup suivant les cas.

II. *Rétrécissements sensibles et irritables :*
Tendance aux troubles du système nerveux, qui se manifestent par des frissonnements, une circulation irrégulière, ou même des frissons ou une légère fièvre. Vives douleurs causées par la moindre application des instruments et durant longtemps encore après. Dans quelques cas même, tendance aux hémorrhagies.

III. *Rétrécissement contractile et récidivant* (*resilient* de Syme).
Tendance constante du rétrécissement à se rétrécir en l'absence de traitement ; le rétrécissement reparaît rapidement après avoir été traité par la dilatation.

CHAPITRE IV

DES CAUSES DES RÉTRÉCISSEMENTS ORGANIQUES

Opinion de Hunter sur les causes des rétrécissements. — Opinions de Sir A. Cooper, de Sir E. Home, d'Abernethy, de Charles Bell, de Brodie, de Lawrence, de Liston, de Chelius, de Ducamp, de Civiale, de Leroy (d'Étiolles). — *Analyse de* 220 *cas*. — Causes. — I. Inflammation. — La gonorrhée. — Relation entre l'uréthrite et les rétrécissements. — Siége de la gonorrhée et du rétrécissement. — Inflammation venant de causes non spécifiques. — Injections ; caustiques. — Exercice du cheval, etc. — Tendances constitutionnelles ou idiopathiques. — Diathèse tuberculeuse. — Irritabilité congénitale des organes urinaires. — Goutte et rhumatisme. — Influence du climat. — Usage des liqueurs fermentées. — II. Cicatrices et adhérences. — Cicatrices à la suite de chancres. — Abcès consécutifs. — Blessures de l'urèthre. — Déchirures de l'urèthre. — III. Excroissances. — IV. Vices congénitaux. — Malformation. — Occlusion. — Analyse des cas.

Nous voici arrivés à l'examen des causes des rétrécissements permanents ou organiques. Ce sujet n'a peut-être pas été examiné comme il le mérite, d'autant plus que les opinions exprimées par divers auteurs éminents diffèrent quelque peu. Nous essayerons, dans ce chapitre, d'élucider la question plus à fond et d'expliquer les divergences, d'abord en rapportant les opinions des hommes autorisés, et ensuite en y ajoutant le résultat de nos propres travaux entrepris dans le but spécial de résoudre cette question.

John Hunter dit : « Il est impossible de dire quelle est la cause de l'altération de structure qui amène la diminution du canal de l'urèthre. On a considéré cette altération comme un effet de la maladie vénérienne, et souvent on l'a attribuée à la méthode curative ; mais je doute beaucoup qu'elle soit produite communément par de telles causes, si même elle en est jamais un effet. » Plus loin il s'exprime ainsi : « Les rétrécissements s'observent fréquemment dans la plupart des canaux du corps humain : on les rencontre souvent dans l'œsophage ; dans les intestins, et surtout dans le rectum ; dans l'anus ; au prépuce, ce qui produit le phimosis ; dans le conduit lacrymal, ce qui donne naissance à une maladie qu'on appelle fistule lacrymale, bien qu'aucune maladie n'ait existé préalablement dans ces divers organes. Ils se forment quelquefois dans l'urèthre chez des sujets qui n'ont jamais eu aucune maladie vénérienne. J'en ai vu un exemple chez un jeune homme de dix-neuf ans qui était atteint de rétrécissement depuis huit années, et chez qui, par conséquent, la maladie avait commencé lorsqu'il n'était âgé que de onze ans. On l'avait cru d'abord atteint de la pierre ou de la gravelle, et on l'avait traité en conséquence. Il était de constitution scrofuleuse ; il avait les lèvres épaisses et les yeux malades ; il était atteint d'une opacité de la cornée d'un côté ; sa complexion générale était débile ; le rétrécissement était situé dans la région du canal qu'il occupe ordinairement, c'est-à-dire vers la portion membraneuse (1). »

J'ai donné ce passage dans son entier, parce que le cas qu'il rapporte indique une des causes que nous mentionnerons bientôt, quoique John Hunter ne l'ait pas indiquée. Cependant ce grand pathologiste est presque seul de son opinion. C'est ainsi que s'exprime sir A. Cooper : « Au sujet de la manière dont se produisent les rétrécissements, je suis d'une opinion contraire à celle de M. Hunter, une des plus grandes autorités chirurgicales qui aient jamais existé ; et si l'on me demande quelle est la cause des rétrécissements, je dirai que, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, ils proviennent de gonorrhée ou de quelque excès chez un malade atteint de cette affection (2). »

Sir E. Home dit que « si fréquemment les symptômes de rétrécissement ont été précédés immédiatement d'une gonorrhée intense, dont la muqueuse ne s'est jamais complétement rétablie, que depuis longtemps il existait peu de doutes dans son esprit sur l'influence de la gonorrhée comme cause très-fréquente de rétrécissement (3). »

Abernethy croit que « la gonorrhée mal soignée est une cause très-fréquente de rétrécissement » (4).

Sir Charles Bell s'exprime ainsi : « La cause la plus fréquente des rétrécissements, c'est la gonorrhée. Cependant l'inflammation spécifique de l'urèthre

(1) Hunter, *Traité de la maladie vénérienne*, traduit de l'anglais par G. Richelot, 3e édit. Paris, 1859, p. 207-208.
(2) Sir Astley Cooper, *Surgical Lectures*, publiées dans la *Lancet*, vol. III-IV, p. 222.
(3) E. Home, *Practical Observations on Treatment of Strictures*, etc., 3e édit., vol. I, p. 33, 34.
(4) Abernethy, *Surgical Lectures*, publiées dans la *Lancet*, vol. III, p. 323.

n'est pas toujours suivie de rétrécissement.... L'inflammation est si fréquemment le précurseur du rétrécissement, que l'on peut établir comme parfaitement évident que l'origine de tous les rétrécissements de l'urèthre est à l'inflammation du canal ce que sont les adhérences de la plèvre à l'inflammation de cette membrane (1). »

Pour Sir B. Brodie : « Les rétrécissements sont parfois la conséquence de gonorrhées intenses et de longue durée (2). »

M. Lawrence dit que « le rétrécissement provient d'un changement de structure dans quelques points du canal, à la suite d'un dépôt inflammatoire, ou de la cicatrisation d'une surface ulcérée..... » Il ajoute que « l'inflammation gonorrhéique est sans doute la cause la plus fréquente » (3).

Pour M. Liston : « Les rétrécissements de l'urèthre viennent très-fréquemment d'une inflammation spécifique, ou gonorrhée de longue durée, négligée ou mal traitée, et aggravée, dans la première période, par des injections âcres et excitantes, et le manque de précaution (4). »

Chelius dit que « les rétrécissements s'observent fréquemment après la blennorrhagie, surtout lorsqu'elle a été de longue durée et mal traitée. Cependant les rapports de cause, qui existent entre le rétrécissement et les blennorrhagies antérieures, sont souvent méconnus, car on l'observe après de légères comme après de violentes chaudepisses, qu'elles aient été traitées ou non par les injections (5). »

Ducamp s'exprime ainsi : « Si l'on interroge avec soin les individus affectés de cette dernière maladie, on apprend qu'ils ont eu une ou plusieurs gonorrhées ; que celle qui a précédé le rétrécissement s'est prolongée indéfiniment (6). »

Civiale discute avec quelque détail l'influence de l'uréthrite et conclut que dans son opinion « elle doit être placée au premier rang parmi les causes des rétrécissements » (t. I, p. 166). En résumant ses remarques sur ce point, il ajoute ce qui suit : « En apportant un grand soin à l'examen du malade, on finit presque toujours par découvrir qu'il a existé un écoulement plus ou moins prolongé et suffisant pour tacher le linge (7). » Il dit ensuite, que cette affection *peut* n'avoir jamais été aiguë mais chronique dès son début, et qu'elle n'a pas succédé nécessairement à un rapprochement impur, ni même à aucune espèce de rapprochement sexuel. Il énumère d'autres causes beaucoup moins importantes, mais dont l'influence n'est pas contestable. Ce sont « le mauvais emploi des instruments mis en usage dans les affections de l'urèthre ; les coups et chutes sur le périnée ;

(1) Sir Charles Bell, *Treatise on Diseases of the Urethra*, etc., 3e édit., Schaw, p. 106 et 107, 1822.

(2) B. Brodie, *Lectures on Diseases of the Urinary Organs*, 4e édit., p. 2.

(3) Lawrence, *Lectures*, reported in the *Lancet* (*Lecture* n° 76), Aug. 14, 1830.

(4) Liston, *Practical Surgery*, 4e édit., p. 467.

(5) Chelius, translated by South, vol. II, p. 355.

(6) Ducamp, *Traité des rétentions d'urine*, etc. Paris, 1822, p. 45.

(7) Civiale, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 3e édit. Paris, 1858, t. I, p. 172.

l'arrêt des calculs dans l'urèthre ; la section périnéale ; enfin, l'abus du coït et les érections prolongées » (1).

Leroy (d'Étiolles) dit que « tout ce qui produit une inflammation d'un point de l'urèthre est une cause de rétrécissement. Au premier rang se place la blennorrhagie. Ce sont particulièrement les écoulements anciens et invétérés qui, produisant à la longue des ulcérations, laissent après eux les germes de rétrécissements. Prévenir ces ulcérations en arrêtant l'écoulement dès le début, c'est, en apparence du moins, agir d'une manière rationnelle. Les injections astringentes sembleraient un préservatif des rétrécissements plutôt qu'une cause. » Cependant, à la page suivante, il reconnaît que les « injections trop irritantes » peuvent produire des rétrécissements et d'autres complications (2).

Il faut observer que tous les extraits précédents proviennent d'opinions fondées sur l'expérience des auteurs, mais non pas établies par des recherches spéciales, dirigées dans ce but, comme, par exemple, sur l'analyse d'un grand nombre de cas faite pour établir l'influence respective que possèdent les différentes causes sur la production des rétrécissements, avec les proportions indiquées en chiffres. J'ai dirigé tout spécialement mon attention sur ce dernier point. Dans ce but, j'ai réuni avec soin et mis en ordre 220 cas, dont 143 sur des malades *soignés à l'hôpital*, de leurs rétrécissements ou d'autres accidents, tels que la rétention d'urine et autres, recueillis sur des observations inédites des cahiers de « University College Hospital » ; un grand nombre ont été soignés et observés par moi ; tous leurs détails possèdent le degré le plus élevé d'authenticité. En second lieu, 49 autres cas proviennent d'observations très-exactes rapportées dans les journaux, et relatives au même sujet ; presque toutes ont été prises sur des malades traités dans les hôpitaux. Il est facile de comprendre que ces 192 cas ne représentent pas les cas les plus ordinaires, mais les plus graves de rétrécissements ; d'autant que les malades atteints des formes légères sont rarement admis dans les hôpitaux, et qu'ils viennent plutôt consulter pour se faire traiter. Pour estimer ces cas à leur juste valeur, on doit les regarder, pour la plupart, comme représentant la maladie aggravée par la négligence, la débauche ou les privations, à un point qui se retrouve rarement dans les classes moyennes, à moins que ce ne soit chez des personnes empêchées par les devoirs de leur profession de profiter des bénéfices du traitement chirurgical, ou obligées de remplir des engagements incompatibles avec un traitement suivi. C'est ainsi que nous rencontrons quelques-uns des cas les plus graves chez des officiers des armées de terre et de mer. Il est certain que, si les rétrécissements étaient traités avec jugement aussitôt après l'apparition des symptômes, peu d'affections pourraient être aussi facilement soulagées et amendées, et, dans aucune affection, peut-être, la différence entre la négligence et un traitement judicieux n'est aussi sensible pour le malade.

(1) *Traité prat. sur les malad. des organes génito-urin.*. Paris, 1858, t I, p. 163-176.

(2) Leroy (d'Étiolles), *Des angusties ou rétrécissements de l'urèthre*, etc. Paris, 1845, p. 67-69.

Les 28 cas qui restent présentent des caractères différents et ont été mis à la suite pour cette raison ; quelques-uns d'entre eux sont des cas presque particuliers à la classe de malades chez lesquels nous les avons trouvés, c'est-à-dire à la classe moyenne et supérieure de la société. Tous ces cas, directement ou indirectement, ont été soumis à mon observation. En sorte que si nous tenons grand compte d'une augmentation considérable dans la classe pauvre des cas légers qui ne constituent pas une affection assez grave pour permettre de recevoir le malade à l'hôpital, nous pourrons, par une analyse des tableaux donnés à la fin du chapitre, arriver à une estimation exacte des caractères de cette affection au point de vue de sa gravité et de ses conséquences, en même temps que de ses causes prédisposantes et occasionnelles. Les points que j'ai recherchés dans ces divers cas sont les suivants : l'âge du malade ; le nombre et les dates des blennorrhagies antérieures ou des autres lésions, la durée du premier écoulement (dans un nombre de cas aussi nombreux que possible) ; la date de la première découverte du rétrécissement ; quelques détails sur les symptômes qui ont suivi et l'état actuel. Ces points sont relatés sur cinq colonnes, de sorte que l'histoire abrégée de chaque cas se trouve résumée sous une forme facile à saisir, et que les principaux faits peuvent se remarquer d'un simple coup d'œil (voyez les tableaux à la fin du chapitre). Ces tableaux sont analysés et tous les résultats réunis en une seule page, à la fin du paragraphe suivant, qui traite des causes des rétrécissements organiques et permanents. Avant de mentionner chacune des causes des rétrécissements organiques en détail, je les rangerai avec leurs subdivisions sous forme de résumé.

CAUSES DES RÉTRÉCISSEMENTS ORGANIQUES.

I. — INFLAMMATION DE L'URÈTHRE ET DES TISSUS ENVIRONNANTS.
1. *Spécifique ou blennorrhagique, aiguë et chronique.*
2. *Inflammation provenant de causes non spécifiques.*

CAUSES LOCALES NON SPÉCIFIQUES :

α. Sécrétion non spécifique des organes génitaux de la femme, comme le fluide menstruel, etc.
β. Caractères anormaux de l'urine et matériaux accidentels qu'elle contient.
γ. Excès vénériens.
δ. Injections (?) ; caustiques.
ε. Abus du passage des instruments.

CAUSES CONSTITUTIONNELLES OU IDIOPATHIQUES.

Inflammation catarrhale simple ou dépendant de la scrofule, de la goutte, du rhumatisme.

II. — CICATRICES ET ADHÉRENCES, à la suite de :
1. Chancre de l'urèthre.
2. Ulcères simples et ouverture d'abcès, de fistules.
3. Blessures causées par des coups sur le périnée, des ponctions, des déchirures à la suite de l'équitation, de rupture de corde, d'abus d'instruments émoussés ou tranchants, du passage des calculs, des opérations pratiquées sur l'urèthre par le périnée, d'amputation de la verge.

III. — EXCROISSANCES DANS L'URÈTHRE
Granulations exubérantes.
Polypes.
Productions tuberculeuses et malignes.

IV. — MALFORMATIONS CONGÉNITALES.

Comme on le voit, l'inflammation du canal est placée, sans aucune hésitation, au premier rang, et de beaucoup, parmi les causes des rétrécissements organiques, quelles que soient sa source et son origine. Aucun fait n'est mieux établi que celui-là.

I. INFLAMMATION SPÉCIFIQUE OU GONORRHÉE. — Le rapport qui existe entre l'inflammation de l'urèthre et les rétrécissements organiques qui lui succèdent, est à peu près le même, quelle que soit la cause de cette inflammation. C'est pourquoi je vais m'efforcer d'indiquer actuellement ce rapport d'une façon générale, sans distinguer les diverses classes d'inflammation que nous mentionnerons ensuite. Les liens qui unissent l'inflammation au rétrécissement ne sont pas toujours très-évidents ni très-faciles à saisir. Il s'ensuit que cette liaison a été niée par quelques auteurs, entre autres par Hunter. Un auteur moderne a aussi émis récemment la même opinion (1). Hunter n'admet pas l'inflammation spécifique comme cause des rétrécissements ; il explique leur existence en admettant une tendance générale des canaux à se rétrécir, et en disant que « *les rétrécissements se remarquent sur un grand nombre de conduits du corps humain..... dans lesquels aucune affection n'a préexisté* » (2). Il cite les rétrécissements de l'œsophage, des intestins, des conduits lacrymaux, etc., comme exemples. Cependant la pathologie moderne ne considère pas cette assertion comme exacte, et n'accepte pas qu'une disposition à se contracter suffise pour rendre compte des rétrécissements, même de ceux de l'œsophage ou des intestins. En outre, l'analogie qu'il établit entre ces divers rétrécissements est spécieuse et peu exacte.

La réunion de « tous les conduits du corps humain » en une seule classe, par le fait même que ce sont des conduits, ne prouve nullement qu'ils soient susceptibles de subir les mêmes influences ni les mêmes états morbides. Ils varient beaucoup dans leur structure, leurs fonctions et leurs rapports avec les organes avoisinants. Prenez, par exemple, l'intestin : sa fonction consiste en une contraction continue de ses parois musculaires, pour faciliter le passage des substances qu'il contient. Paralysez cette action, et il se produit une obstruction. Est-ce que le contraire n'a pas lieu dans les cas de rétrécissements de l'urèthre, quelle que soit leur cause ? Un relâchement des fibres musculaires est, comme nous l'avons vu précédemment, nécessaire pour que le passage soit libre, et la contraction musculaire ferme ce passage. Il est vrai que, dans les deux cas, l'obstruction peut être causée par une contraction exagérée des muscles, quoique, pour l'intestin, ce fait ne doive se présenter que très-rarement. Certainement il est rétréci parfois par les cicatrices d'ulcères, à la suite de l'inflammation, comme après la dysenterie ou la fièvre typhoïde, etc ; nous verrons qu'il en est de même pour l'urèthre. L'intestin est aussi fréquemment rétréci par des excroissances qui occupent sa cavité et qui ont le plus souvent un

(1) Francis Rynd, *Pathological and Practical Observations on Strictures*, etc. London, 1849, p. 6 et seq.

(2) Hunter, *Traité de la maladie vénérienne*, trad. de l'anglais par le docteur G. Richelot, déjà mentionné, 3e édit. Paris, 1859, p. 207.

caractère malin. Le cas se présente aussi pour l'urèthre, où ces productions sont cependant beaucoup plus rares.

Probablement que l'application générale du terme de RÉTRÉCISSEMENT à des affections si essentiellement différentes dans leur nature, a donné l'idée de généraliser et de chercher des analogies qui n'existent pas. Quelle relation y a-t-il, par exemple, entre le rétrécissement du canal de l'urèthre résultant de la rétraction des produits inflammatoires autour de ce conduit, et le rétrécissement de l'œsophage ou du rectum par des productions cancéreuses? Cependant ces deux affections sont connues sous le nom de rétrécissement. Quelques auteurs ont remarqué que tous les canaux possèdent une certaine tendance naturelle à se rétrécir, surtout près de leurs orifices. Le fait provient simplement de ce que ces points sont les portions du canal les plus exposées à être lésées soit par les violences extérieures, soit dans l'exercice de leurs fonctions expultrices; il en résulte que c'est seulement dans cette signification que les rétrécissements sont communs à tous les orifices. Ainsi, pour parler seulement des conduits urinaires, nous trouvons que les uretères sont comparativement très-rarement rétrécis, tandis que l'urèthre l'est beaucoup plus fréquemment; en effet, il est bien plus exposé aux causes d'inflammation, aussi bien qu'aux coups et aux déchirures. De même, dans les conduits alimentaires, le pharynx et l'œsophage courent plus de dangers à cause de leur position, et se rétrécissent par suite des effets du contact des substances corrosives. A l'extrémité anale, des efforts violents, volontaires ou réflexes, quelquefois nécessaires pour la défécation, surtout en cas de constipation, efforts produits par des muscles volontaires puissants que l'on ne retrouve dans aucune autre portion du canal, produisent parfois des lésions particulières au voisinage de cet orifice; tandis qu'un grand nombre de causes d'inflammation chronique n'agissent que sur une des deux extrémités du canal, exposée par sa situation aux influences extérieures, et ne peuvent pas affecter les parties profondes. Ce n'est pas le lieu de discuter ces questions à fond. Qu'il nous suffise d'avoir indiqué quelques points de dissemblance, et d'avoir montré que l'analogie qui existe entre l'urèthre et les autres conduits du corps humain n'est point assez grande pour nous permettre de déduire (en opposition avec l'expérience) aucune conséquence pour ce canal tirée seulement de l'observation de ce qui se passe dans d'autres organes. Qu'on nous permette seulement cette question : Voyons-nous souvent une poussée inflammatoire aiguë affecter quelque portion de l'œsophage ou de l'intestin, et être suivie de dépôts inflammatoires dans les tissus environnants, de suppuration et d'une persistance plus ou moins considérable de l'inflammation à forme chronique? Cependant c'est une affection à laquelle (comme nous l'avons vu) l'urèthre est constamment et communément exposé, et tout le monde reconnaît que sa fréquence dans l'urèthre n'est égalée que par sa rareté dans l'intestin. Avec un manque aussi complet d'analogie dans les affections respectives des organes en question, comment pouvons-nous nous attendre à trouver des ressemblances dans les conditions pathologiques? Au sujet des conduits lacrymaux, dont

parle Hunter, il est digne de remarque que l'inflammation catarrhale, à laquelle ils sont sujets, est une cause de rétrécissement et même d'oblitération complète de ces conduits.

Mais je penche à croire que Hunter a été en partie mal compris et mal interprété sur ce point.

Lorsqu'il ne reconnaît pas la gonorrhée comme une cause de rétrécissement, il semble qu'il voulait seulement indiquer par ce terme son caractère *spécifique* supposé; car il dit, à la page 160 de l'ouvrage mentionné ci-dessus, que « si ces affections (désignant surtout les rétrécissements) ont pour point de départ la gonorrhée, il est très-probable qu'elles ne sont la conséquence d'aucune propriété spécifique du poison vénérien, mais qu'elles sont de telle nature qu'elles auraient pu être produites par l'inflammation commune des mêmes parties (1). » Essayons maintenant de découvrir le degré de relation que l'on peut établir entre l'inflammation de l'urèthre et le rétrécissement organique. Un homme est atteint de blennorrhagie : si le traitement est judicieux, et, avant tout, si le malade est soigneux et tempérant, même pendant quelque temps après la disparition de tous les symptômes du mal, il n'en résulte généralement aucun mal pour lui. Il peut avoir dans la suite une seconde, une troisième blennorrhagie; s'il les soigne avec le même soin, elles disparaîtront probablement en laissant le malade parfaitement indemne, à moins qu'il ne possède en lui quelque prédisposition aux inflammations chroniques et aux diathèses, qui, comme nous le verrons plus tard, exercent une influence importante dans ce cas. Mais l'histoire que nous racontent la plupart des malades atteints de rétrécissement est-elle celle que nous venons de rappeler? Certainement non. Examinez les résultats des tableaux. Sur 164 cas de rétrécissements suites de chaudepisse, il est dit, dans 90 cas, que l'affection a été chronique, et que l'écoulement a persisté longtemps après la disparition des symptômes aigus; et ceci, dans une liste de cas où les auteurs n'avaient nullement en vue d'établir plus particulièrement telle ou telle manière de voir. Parmi tous les autres cas, il est dit seulement six fois que les malades ont été « vite guéris » de leur écoulement. Dans les cas où l'on ne parle pas de la durée de l'écoulement, c'est simplement parce que la question n'a pas été posée et que le fait n'est pas connu. On ne doit pas toutefois en conclure à une courte durée de l'affection. On trouvera que dans bon nombre de cas l'histoire du malade est à peu près la suivante. Il a eu la chaudepisse quelques années auparavant; elle peut avoir ou ne pas avoir été rapidement guérie. Quelque temps après est survenue une seconde chaudepisse, puis une troisième. La dernière a été la moins bien soignée des trois, parce qu'elle a occasionné moins de douleurs et un écoulement moins abondant que les deux premières; quoique cet écoulement n'ait pas persisté bien longtemps et ait même cessé d'être abondant plus tôt que les deux premières fois, le malade n'est pas bien sûr qu'il n'ait pas eu

(1) J. Hunter, *Traité de la maladie vénérienne*, trad. de l'anglais par G. Richelot. Paris, 1859, p. 195.

depuis lors un suintement léger observé surtout le matin. Il a remarqué que le suintement augmentait après une excitation, et devenait alors plus abondant pendant un jour ou deux. Après un dîner, ou une occasion dans laquelle il a usé largement des boissons alcooliques, la même augmentation s'est manifestée. Mais pendant longtemps il a cessé de s'occuper de cet écoulement, qui n'était pas suffisant pour constituer un véritable inconvénient et ne l'inquiétait nullement. Parfois il a ressenti aussi un léger picotement, assez profondément dans le canal, d'autres fois un sentiment de chaleur ou de cuisson à ce niveau.

C'est ainsi que s'écoule une période de trois ou quatre ans, au bout desquels, si le malade a pris garde à la manière dont s'accomplissaient ses fonctions, il a remarqué d'abord que le jet d'urine avait une tendance à couler d'une façon bizarre, déformée et saccadée, qu'il n'avait point encore aperçue, et peut-être avec un volume moins considérable qu'il ne devrait être. Son attention se porte alors sur ce point, et il découvre plus tard, avec évidence, l'existence d'un rétrécissement. Quelquefois, comme nous l'avons déjà dit en parlant des symptômes, si le malade est peu soigneux et s'occupe peu de sa personne, une attaque de rétention d'urine est le premier symptôme du rétrécissement qu'il perçoive; les autres symptômes s'accusent toujours davantage après cette rétention.

Dans beaucoup de cas, l'époque écoulée entre l'inflammation et l'apparition des premiers symptômes est excessivement courte, quelquefois de quatre à huit semaines seulement. Dans de pareils cas, on peut dire qu'aucun intervalle véritable n'a existé entre les deux; car le début ou le plus léger degré de rétrécissement peut à peine être apprécié par le malade. D'un autre côté nous avons de nombreux exemples, de l'authenticité desquels nous n'avons pas le droit de douter, dans lesquels vingt-deux ans se sont écoulés sans symptômes apparents. Dans de pareils cas, existe-t-il quelque relation entre la cause et l'effet produit? Cependant il me semble naturel qu'après de nombreuses attaques d'uréthrite aiguë, ou même après une seule ayant persisté longtemps sous la forme chronique, il existe une prédisposition à la congestion et à un certain degré d'inflammation, de même qu'après une bronchite ou une pharyngite aiguë, la muqueuse des bronches et du pharynx est plus sujette qu'auparavant à de semblables affections. De plus légères causes que celles qui ont donné lieu à la première attaque suffisent pour modifier la muqueuse d'une façon un peu différente de la première fois, et amener une inflammation subaiguë. Tout ce qui rend l'urine irritante ou toute autre cause d'irritation locale, l'action du froid extérieur qui produit une congestion interne; toutes ces causes, en agissant de temps à autre, maintiennent la muqueuse pendant des années dans un état tel, que la moindre excitation, qui serait sans inconvénient si elle agissait sur un urèthre sain, donne lieu à la production d'exsudats plastiques dans les tissus environnants; en se rétractant peu à peu, ces exsudats produisent les rétrécissements de l'urèthre. L'abus des stimulants, surtout de la bière, est favorable sans aucun doute à la persistance de l'inflammation subaiguë.

On fait souvent une objection que nous devons mentionner ici. On vous dira, si la blennorrhagie est une cause de rétrécissement, comment se fait-il que, tandis que c'est la portion antérieure de l'urèthre qui est surtout enflammée, on trouve généralement le rétrécissement à une distance de 12 à 14 centimètres du méat? La blennorrhagie, considérée comme une inflammation aiguë des 8 à 10 centimètres antérieurs de l'urèthre seulement, n'est pas, en effet, une cause fréquente de rétrécissement; et il est bien connu que la majorité des blennorrhagies ne sont pas suivies de rétrécissement. Mais si l'on considère les circonstances qui se présentent fréquemment chez les sujets atteints de certaines constitutions particulières, ou chez lesquels la maladie a été négligée ou mal traitée, on verra que la blennorrhagie est une cause bien fréquente de rétrécissement. Dans ces cas, l'inflammation, au lieu de disparaître au bout de quatre ou cinq semaines après son apparition, s'étend graduellement jusqu'à la portion bulbeuse, qu'elle affecte principalement d'une manière subaiguë, et où elle dure pendant plusieurs mois; elle occasionne un léger écoulement qui persiste en dépit du traitement constitutionnel ou des injections. Ces dernières peuvent avoir été pratiquées librement et avec succès, aussi loin que leur application est possible, c'est-à-dire jusqu'à 10 à 12 centimètres du méat; mais derrière ce point, l'état inflammatoire continue, et le traitement peut rarement l'atteindre. Voilà pourquoi on a imaginé des instruments pour porter des injections en arrière du canal, et comment leur usage a été très-utile, pour arrêter un ancien écoulement qui ne voulait céder à aucun autre remède. Ce n'est pas tant la blennorrhagie du début que l'existence prolongée d'une inflammation subaiguë dans la portion bulbeuse du canal (où l'action morbide est probablement entretenue par la grande vascularité des tissus, comme nous l'avons déjà dit) qui doit être regardée comme la cause du dépôt qui se forme dans l'intérieur et sous la muqueuse; dépôt qui, en se rétractant, produit si fréquemment des rétrécissements.

Les *causes locales non spécifiques*, énumérées dans le tableau de la page 98 n'ont pas besoin d'être détaillées ici. Toutes, par rapport à la production du rétrécissement, agissent de la même manière, c'est-à-dire par l'inflammation chronique, dont nous avons déjà décrit en détail le mode d'action. Tout ce qui peut occasionner cette inflammation peut être placé dans cette liste.

Les *tendances constitutionnelles* ou *idiopathiques* peuvent être regardées, soit comme causes efficientes, soit, plus fréquemment, comme causes prédisposantes. Certains individus sont infiniment plus sujets que d'autres à l'inflammation des muqueuses. L'observation nous conduit à rattacher, jusqu'à un certain point, cette prédisposition à l'existence de la scrofule et quelquefois à une tendance aux attaques de goutte ou de rhumatisme. Le gonflement de la muqueuse de Schneider, de la muqueuse pharyngienne ou de l'oreille interne, que l'on rencontre si fréquemment chez les sujets scrofuleux, accompagné d'écoulement muqueux ou muco-purulent abondant, semble pouvoir se rencontrer aussi, avec des caractères analogues, au niveau de la vessie et de l'urèthre.

Le cas cité par John Hunter, pour prouver que le rétrécissement n'était pas toujours la suite d'une blennorrhagie, était sans doute un cas de ce genre. Je l'ai déjà mentionné plus haut à la page 95. Un jeune homme de dix-neuf ans, d'un extérieur évidemment scrofuleux, souffrait depuis huit ans d'une affection des voies urinaires : il avait été traité pour « la pierre ou la gravelle », et avait un rétrécissement de la portion membraneuse de l'urèthre. Il est très-probable que ce dernier pouvait être en rapport avec l'état de la constitution du malade, qu'indiquaient également d'autres manifestations locales. Rien n'est plus certain que le fait qu'une disposition à uriner difficilement, et même un certain degré de rétrécissement, peuvent parfois, quoique très-rarement, se rencontrer chez les jeunes gens. Il semble y avoir une tendance très-marquée chez certains individus à l'inflammation des organes urinaires ; cette tendance se remarque dès l'enfance sans que l'on puisse en donner l'explication, et précède quelquefois la formation des rétrécissements à l'âge adulte. Ces sujets souffrent, dans leur enfance, d'incontinence d'urine rebelle, surtout pendant le sommeil. Ils urinent toujours plus fréquemment que les autres ; le jet est plus petit qu'à l'état normal, et l'urine présente un caractère d'acidité exagérée. Avec ces symptômes, et peut-être comme conséquence de ces symptômes, on observe parfois un peu d'écoulement, ou plutôt un léger degré de balanite. Plus tard l'habitude de mouiller son lit se change contre celle de se lever deux ou trois fois par nuit pour uriner. Le malade fait des efforts plus qu'ordinaires pour expulser l'urine, e la difficulté qu'il éprouve est quelquefois beaucoup plus considérable que d'autres fois. Si de pareils individus sont atteints de blennorrhagies, les symptômes de cette affection sont plus graves et plus angoissants que d'habitude, et il en résulte des rétrécissements permanents. On peut dire que cet état provient d'une irritabilité congénitale de l'appareil urinaire; mais il m'est impossible, à l'heure qu'il est, d'en donner l'explication. De pareils cas méritent d'être soignés et pris en considération de bonne heure ; ils bénéficieront surtout d'un traitement général et d'une attention toute spéciale à assurer l'activité fonctionnelle de la peau. Je crois qu'il est à peu près certain que certaines particularités de la constitution individuelle font que, chez les uns, l'inflammation est suivie de rétrécissement, et ne l'est pas chez d'autres. Cette idée se tire de ce fait que j'ai plusieurs fois remarqué, c'est que cette affection se montre parfois chez plusieurs membres de la même famille, par exemple chez des frères : j'en ai connu trois affectés d'une façon sérieuse. De pareils faits sont trop remarquables pour être regardés comme de simples coïncidences.

L'influence de la goutte et du rhumatisme sera discutée avec plus d'à-propos au chapitre du spasme, dont ils sont souvent la cause. C'est de cette manière que ces diathèses *prédisposent* à la maladie organique. On a prétendu que le rhumatisme des muscles du périnée était quelquefois une cause directe de rétrécissement ; mais ce fait n'a pas été suffisamment démontré. Une inflammation d'un genre particulier se remarque alors dans tous les tissus fibreux et musculaires du corps humain. Lorsqu'elle envahit les jointures, ou l'enveloppe des os, ou les tissus de l'œil, ou d'autres organes, elle leur est, comme chacun le sait, particulièrement nuisible. Il en est de même lorsqu'elle envahit les muscles ou les aponévroses. Il est possible que la même condition puisse se rencontrer au niveau des tissus musculaires et tendineux du périnée et de l'urèthre. Leroy (d'Etiolles) croit avoir reconnu le fait.

Après avoir ainsi mentionné les principales formes d'inflammation qui peuvent atteindre l'urèthre, et indiqué le rapport qui existe entre cette inflammation, surtout si elle est fréquemment répétée et de longue durée, et la formation des rétrécissements permanents du canal, je ne puis omettre certaines conditions qui, outre celles que nous venons de nommer, jouent le rôle de causes prédisposantes. Parmi elles se rencontre la résidence dans des pays très-chauds ou très-froids. Les Indes orientales et occidentales sont surtout favorables, dit-on, au développement de cette maladie. Je suis quelque peu disposé à me demander si cela ne provient pas de causes très-indirectes. Ainsi la chaleur du jour, dans la zone torride, est souvent suivie de nuits dans lesquelles l'abaissement de la température est considérable. On doit peut-être voir quelque rapport entre ces brusques transitions de température et l'affection qui nous occupe, plutôt que de l'attribuer à la chaleur seule. Les habitudes de la vie, aux Indes, sont aussi favorables à la production des inflammations internes, surtout chez les Européens, tandis que le traitement de cette affection est souvent très-négligé par les indigènes. On prétend aussi qu'ils souffrent de la blennorrhagie bien plus cruellement que les habitants des zones tempérées. La même influence, qui prédispose à la dysenterie, affecte aussi sans aucun doute la muqueuse uréthrale et dispose ainsi à la formation des rétrécissements.

J'ai dit que, dans l'opinion de tous ceux que leur expérience au loin rendait capables de juger la question, tous les climats chauds avaient quelque influence prédisposante (quoique peu considérable) sur la production de l'affection qui nous occupe.

Indépendamment des climats, certaines habitudes nationales semblent exercer dans les divers pays une influence indirecte considérable sur la production des rétrécissements. Tous ceux qui ont eu l'occasion de comparer les hôpitaux anglais et français n'auront pas manqué d'observer que, dans ces derniers, la proportion des malades atteints de rétrécissements organiques semble moins considérable que dans les premiers. En discutant avec d'autres observateurs les circonstances qui peuvent rendre compte de ce fait, il a été dit, probablement avec beaucoup de vérité, que les habitudes différentes, relatives à la nature, et la quantité de liqueurs fortes absorbées par les classes pauvres, dans les deux pays, doivent certainement exercer une certaine influence sur ces résultats.

II. CICATRICES ET ADHÉRENCES. — Lorsque, sur un sujet bien portant, une solution de continuité a occasionné une perte de substance des parties molles, le résultat final du bourgeonnement et de la guérison, c'est la rétraction du tissu nouveau qui forme la cicatrice. Comme la substance