Initiales des malades.	Age.	Antécédents, et causes supposées.	Début et marche de la maladie.	État à l'entrée à l'hôpital.
224. C.	51	Première blennorrhagie il y a vingt ans; deuxième blenn. il y a dix ans.	Urine difficilement depuis dix ans (dix après première blennorrhagie).	Rétrécissements multiples; le n° 4 passe.
225. M.	37	Première blennorrhagie il y a dix ans; deuxième blenn. il y a sept mois.	Difficulté pour uriner depuis six mois (neuf ans après première blenn.); tumeur urineuse il y a six mois.	Rétrécissements multiples; le n° 8 passe.
226. S. S.	35	Blenn. il y a trois ans.	Jet diminue depuis deux ans (un an après blennorrhagie).	Rétrécissement unique; le n° 8 passe.

CHAPITRE V

DU SPASME ET DE L'INFLAMMATION CONSIDÉRÉS COMME CAUSES DE RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE.

État des parois musculaires de l'urèthre, influant sur le calibre du canal. — Autorités citées. — Causes des rétrécissements musculaires. — Effets de l'inflammation sur l'urèthre.

Le lecteur aura observé qu'en détaillant les symptômes locaux des rétrécissements permanents, nous avons fait allusion à ce fait que de fréquentes variations dans le volume du jet de l'urine peuvent se présenter, et se présentent, indépendamment des attaques de rétention complète. Souvent un malade raconte de lui-même que, quoique son jet d'urine soit toujours beaucoup moins considérable qu'il ne l'était normalement, cependant *il est beaucoup plus libre certains jours que d'autres*. A quoi attribuer le fait? D'abord c'est un fait certain et même assez fréquent; son explication se tire de la structure anatomique des organes, que nous avons, pour cette raison, décrite avec tant de détails dans une autre partie de l'ouvrage, et nous renvoyons le lecteur à quelques propositions que nous avons établies en peu de mots, mais d'une façon claire et facile à comprendre, afin de résumer les faits relatifs à ce sujet et de faciliter la mémoire et les recherches (voy. pages 42 et 43).

Ainsi, il est bien démontré actuellement (fait entrevu depuis longtemps par un grand nombre d'auteurs) qu'une portion de l'urèthre déjà rétrécie par un dépôt plastique peut avoir son calibre momentanément diminué par l'action des fibres musculaires qui l'entourent, dans n'importe quelle portion de son parcours. Cette circonstance ne dépend pas d'un effort volontaire, mais provient d'une irritation des nerfs sensitifs de l'organe, transmise aux centres nerveux, qui, par leurs rapports, soit avec la moelle épinière, soit avec quelque ganglion, réagissent sur les branches nerveuses motrices, lesquelles ont pour action de déterminer la contraction des fibres musculaires.

Cette irritation peut provenir parfois d'une exulcération de la muqueuse au niveau du point rétréci, ou simplement de la sensibilité exagérée; de

telle sorte qu'une augmentation de l'acidité ou l'âcreté de l'urine suffit complétement, chez quelques malades, pour exciter l'action réflexe que nous venons de décrire. C'est ainsi que la présence d'un corps étranger, tel qu'un petit calcul, une sonde, une injection, etc., etc., combinée avec la sensibilité locale et générale, la constitution et l'idiosyncrasie du malade, pourra déterminer de ces contractions réflexes.

De plus, non-seulement les influences locales agissent sur le calibre de l'urèthre, mais il en est de même de l'état général du système nerveux qui, par son influence sur toutes les fibres musculaires du corps, peut aussi dilater ou resserrer ces muscles en particulier et manifester ainsi la *tonicité* ou l'absence de tonicité. Le froid et la chaleur produisent des effets contraires. Un frisson s'accompage d'une diminution du jet de l'urine; et réciproquement, lorsque le corps est relâché par la chaleur, on observe un jet plus volumineux. La congestion vasculaire interne qui se produit en même temps doit avoir une grande part dans la production de ces symptômes (1). Nous devons par conséquent nous attendre à trouver peu de cas de rétrécissements organiques qui n'aient pas une fois ou l'autre subi l'influence du spasme; l'observation est sur ce point pleinement d'accord avec le fait.

Ces remarques nous conduisent tout naturellement à la question que nous devons examiner maintenant : le spasme de l'urèthre se présente-t-il en dehors de l'existence d'un rétrécissement organique antérieur, quelque léger qu'il soit? Le fait peut avoir lieu peut-être dans des circonstances exceptionnelles; mais, dans la grande majorité des cas, il existe quelque lésion antérieure. On observe certains cas où la cause du spasme échappe à l'action des sens, et qu'on ne peut expliquer qu'en supposant qu'il prend son origine dans les centres nerveux eux-mêmes, et qu'il est le produit d'une action centrale plutôt que d'une action extérieure. Cette conjecture est tout à fait en harmonie avec ce que nous savons des lois qui gouvernent le système nerveux et avec les analogies qui se présentent dans l'action irrégulière des muscles des autres parties du corps. On peut ranger, sans aucun doute, dans cette catégorie les cas décrits par quelques auteurs comme des exemples de *rétrécissement spasmodique pur*, qu'ils regardent du reste comme extrêmement rares.

C'est ainsi que s'exprime à ce sujet Sir B. Brodie : « Il ne manque pas d'exemples de personnes sujettes depuis longtemps à des accès de rétention d'urine, suites de rétrécissements spasmodiques, quoique dans l'intervalle de ces accès le jet d'urine n'ait pas subi de diminution notable. Nous pouvons en conclure qu'un rétrécissement spasmodique peut exister en dehors de toute affection organique actuelle. Cependant il faut reconnaître que

(1) L'exemple suivant est un type qui se retrouve fréquemment :

Un policeman, atteint depuis trois ou quatre ans d'un rétrécissement organique peu étroit, et plus tard soigné par l'auteur, raconte qu'il faisait son service le matin de bonne heure, et souffrait beaucoup du froid en hiver. La présence de son rétrécissement se faisait sentir surtout à cette période du jour; au contraire lorsqu'il était réchauffé, la difficulté d'uriner disparaissait presque entièrement. Peu après, il fut atteint d'une rétention d'urine opiniâtre, dans une de ces froides matinées, et depuis lors, le rétrécissement se prononça de plus en plus.

l'existence d'un rétrécissement purement spasmodique se présente rarement (1). » M. Guthrie dit qu'il n'a rencontré qu'un seul cas semblable (2). Tous les deux expliquent le phénomène par le spasme dû à l'action des muscles transverso-uréthraux. John Hunter dit : « qu'il arrive fréquemment que ce tissu musculaire se contracte dans *différents points* du canal, au point d'en amener l'oblitération et de faire obstacle à l'écoulement de l'urine, dont souvent il ne peut passer une seule goutte (3). » M. Phillips s'exprime ainsi : « En dépit des négations méprisantes de certains auteurs qui nient l'existence des rétrécissements spasmodiques de l'urèthre et des objections qu'ils ont présentées, les rétrécissements spasmodiques existent en réalité, et méritent de fixer l'attention du chirurgien. Parfois, en pratiquant le cathétérisme sur des sujets irritables, on observe que la sonde est comme saisie et maintenue avec force contre les parois du canal, de façon à empêcher presque complétement tout mouvement de progression ou de recul (4). » Et plus loin : « Quoique je croie que le siége des rétrécissements spasmodiques se trouve dans la portion du canal si intimement et dans quelques cas si complétement entourée par les muscles bulbo-caverneux et de Wilson, cependant, sur des urèthres très-irritables, il n'est pas rare de trouver un engorgement de la muqueuse assez considérable pour arrêter l'instrument à 5, 8 ou 10 centimètres de l'orifice, et simuler les caractères d'un vrai rétrécissement. Nous avons vu et recueilli nous-même des exemples de ces diverses situations, le malade ne présentant aucun autre obstacle que son rétrécissement spasmodique (5). » M. Hancock « croit, contrairement à l'opinion émise par Sir B. Brodie, qu'une contraction spasmodique des muscles de la vie organique peut se présenter aussi dans la portion antérieure du canal de l'urèthre, même à 2,5 centimètres de l'orifice et que, cette contraction peut avoir lieu primitivement et indépendamment de toute affection spasmodique coexistante dans la portion membraneuse » (6). Il n'est pas nécessaire d'ajouter d'autres témoignages pour confirmer l'existence des rétrécissements spasmodiques et temporaires de l'urèthre. Il est évident cependant, d'après les opinions énoncées ci-dessus, pour tous ceux qui ont examiné l'historique de cette question, que, tandis que l'existence des rétrécissements spasmodiques de l'urèthre est généralement admise, il existe pourtant peu de clarté au sujet des conditions anatomo-pathologiques impliquées par ce fait. Comme nous venons de le voir, Sir B. Brodie et M. Guthrie reconnaissent la nécessité d'un appareil musculaire pour produire le spasme, l'attribuent à l'action du transverse profond, et limitent par conséquent cette action spasmodique à la petite portion du canal, longue d'environ 2 centimètres, située entre les deux feuillets de l'aponévrose moyenne; tandis que d'autres auteurs plus récents sont disposés à attribuer l'influence principale aux muscles de la vie organique qui entourent la totalité du canal. Enfin, quelques auteurs attribuent ce phénomène à l'action spasmodique du bulbo-caverneux; mais je pense qu'un petit nombre de ceux qui ont quelque expérience dans le cathétérisme hésiteront à reconnaître que l'urèthre exerce souvent une action contractile sur un instrument avant que celui-ci ait pénétré jusqu'au niveau du muscle. De plus, il est douteux que ce muscle puisse exercer une grande influence sur le calibre de l'urèthre. J'incline à croire que ce pouvoir est peu considérable, à cause de la masse du tissu érectile interposé entre le muscle et le canal. En tout cas, l'influence de sa contraction doit être en partie amortie et diffuse; elle est certainement incapable de produire cette étreinte si énergique qui forme une sensation impossible à décrire, quoiqu'elle soit parfaitement connue de tous ceux qui possèdent des connaissances pratiques sur le sujet. En résumé, il me semble suffisamment prouvé que le canal étant doué de propriétés contractiles dans toute son étendue, et possédant outre cela un muscle circulaire qui agit spécialement sur un point de son trajet, nous avons la clef du phénomène dont il nous reste maintenant à examiner les causes.

(1) Sir B. Brodie, *On the Urinary Organs*, 4e édit., p. 6.
(2) Guthrie, *loc. cit.*, p. 45.
(3) John Hunter, *Œuvres complètes*, t. II de la *Syphilis*, trad Richelot, Paris, 1843, chap. VII, p. 362.
(4) Phillips, *On the Urethra*, p. 131.
(5) Idem, *ibid.*, p. 132-133.
(6) M. Hancock's *Lettsomian Lecture*, for 1852.

Les *causes efficientes* qui peuvent donner lieu à un rétrécissement spasmodique de l'urèthre sont nombreuses. Nous avons déjà dit qu'elles se divisent naturellement en causes résultant d'une lésion locale, que, pour mettre en accord avec les lois des actions réflexes, nous avons appelées causes excentriques; et en causes, dans lesquelles la lésion locale fait défaut ou n'est pas appréciable, et que nous supposons avoir une origine centrale. Dans ces dernières se rangent les cas rares de rétrécissements purement spasmodiques, terme qui, quoique bien compris, n'est point correct, s'il est destiné à désigner un cas où l'action spasmodique est pure et dégagée de toute complication, tandis qu'il désigne simplement un cas dans lequel la cause efficiente nous a échappé.

Parmi les causes excentriques ou extérieures, il n'en est pas de si commune qu'un rétrécissement organique partiel; c'est-à-dire que, lorsqu'un rétrécissement permanent préexiste, quelque faible que soit son étendue, le canal peut se rétrécir ou même s'obstruer parfois. D'où, chez ces malades, la différence dans le volume du jet, différence à laquelle nous avons déjà fait allusion. Si le seul fait du rétrécissement organique peut donner lieu à une contraction spasmodique, ce dont nous n'avons aucun doute, à plus forte raison le fait a lieu quand il s'y ajoute une éraillure ou une ulcération de la muqueuse en ce point. Ces conditions peuvent aussi se rencontrer en dehors de l'existence d'un rétrécissement; il peut exister dans l'urèthre une ulcération, une lésion traumatique donnant lieu au spasme; les éraillures provenant de l'usage des instruments sur le canal, comme par exemple des bougies simples ou armées, ou d'instruments tranchants de tout genre, ou des instruments de dilatation, etc., conduisent au même résultat. Le passage de l'urine sur des surfaces dénudées et sensibles agit de concert avec ces lésions et devient une cause encore plus efficace, si ce liquide est altéré. Elle peut être très-acide, ou ammoniacale; cette dernière

condition est pire que la première. L'urine peut être seulement plus concentrée que d'habitude : dans tous ces cas, la membrane malade est irritée, et le spasme est fréquent. C'est de cette façon qu'on explique la diminution du jet dans la goutte, coexistence bien établie par les faits. Cependant il est une cause qui n'a pas été suffisamment indiquée, et encore moins expliquée par les auteurs, en partie parce que sa raison d'être n'était pas évidente, mais constituait plutôt une simple hypothèse, tant que le fait de la structure musculaire de l'urèthre n'était qu'une théorie, et non pas une vérité établie. Il existe une certaine diathèse, connue sous le nom général de diathèse goutteuse, qui présente certains caractères principaux dont les plus marquants et les plus reconnaissables sont les suivants. Ces symptômes se montrent généralement chez des individus approchant de l'âge moyen (quoiqu'il existe des exceptions à cette règle), ayant vécu habituellement d'une façon large et sans se refuser rien ; point nécessairement adonnés, même par occasion, à des excès, mais au contraire dont les habitudes peuvent être très-régulières, cette régularité comprenant l'usage modéré, mais constant, de toutes les jouissances que peut procurer une table abondamment pourvue. Chez ces sujets, il existe fréquemment une tendance à l'irritabilité excessive de toutes les muqueuses du corps, d'abord marquée surtout sur les muqueuses gastro-intestinale et pulmonaire, et principalement sur la première, où elle se manifeste par une dyspepsie acide, à laquelle ces personnes sont sujettes. Il survient une exagération très-marquée dans l'acidité des sécrétions, mais elle est variable suivant les époques. Ainsi, dans les saisons favorables à l'activité des fonctions des organes excrétoires et spécialement de la peau, ils ne s'en plaignent pas beaucoup ; mais, si la transpiration cutanée est supprimée, les reins et le foie agissent davantage, l'urine devient fort acide, se charge de dépôts analogues à de la brique, et même de matériaux calcaires en quantité considérable. Au printemps, les vents d'est secs et froids affectent péniblement de pareils malades ; ils ressentent des douleurs rhumatismales, souffrent de dérangements dans les viscères abdominaux, et les résultats d'une mauvaise assimilation des aliments se manifeste dans l'urine, de la façon que nous venons d'indiquer. Enfin, comme la muqueuse de leurs organes génito-urinaires semble posséder, comme les autres, une sensibilité extrême aux agents d'irritation, on trouve fréquemment le jet d'urine considérablement diminué de volume, quelquefois une difficulté exagérée dans la miction et un besoin plus fréquent d'uriner, qui conduisent le malade auprès du chirurgien. Si ce dernier ne considère pas ces symptômes comme appartenant à une affection primitive, mais est conduit, par l'examen du malade, à les regarder comme un signe du défaut d'assimilation auquel nous avons fait allusion, il n'aura pas de difficulté à en venir à bout ; tandis que s'il traite seulement l'affection organique locale supposée, il échouera par les moyens mis communément en œuvre dans de pareils cas, et l'urèthre ne retirera aucun bénéfice des efforts répétés, tentés pour le guérir seulement par un traitement mécanique.

Il est bon de se rappeler que, chez de pareils malades, on doit rechercher d'autres signes de la diathèse. Ils n'ont pas toujours, on peut même dire assez rarement, souffert de véritables attaques de goutte. Cependant ils présentent des symptômes qui ne laissent aucun doute sur la nature réelle de l'affection, et qui sont ceux qu'on désigne généralement comme caractéristiques de la maladie dans ses formes les moins évidentes. Ainsi on observe fréquemment des palpitations, des agitations la nuit, mais surtout les premières, qui indiquent, avec les autres symptômes que nous avons mentionnés, une tendance marquée à la goutte, et doivent conduire le médecin à examiner d'une façon toute spéciale les caractères de l'urine. On remarque fréquemment une grande irritabilité et une vascularité de la peau, ainsi que la coexistence d'affections éruptives présentant un caractère chronique, psoriasis, acné, etc. Dans quelques cas, la difficulté de la miction est précédée de la disparition de l'éruption, fait qui n'avait pas échappé à quelques-uns des anciens auteurs qui ont écrit sur les maladies des voies urinaires. Dans d'autres cas, l'inflammation de l'urèthre peut donner lieu à un écoulement puriforme, que l'on peut ranger dans les affections catarrhales de la muqueuse, de la même façon que le catarrhe qui atteint si fréquemment les bronches et les narines dépend d'un état inflammatoire de ces organes. La cause première de cet écoulement résulte d'un arrêt de la transpiration cutanée, par suite d'une exposition au froid, tandis que la cause locale immédiate ou déterminante, c'est l'irritation d'une muqueuse présentant une sensibilité exagérée par une urine très-acide. Nous savons qu'un refroidissement peut, de la même façon, déterminer une gastrite subaiguë avec dyspepsie, de la diarrhée, ou simplement une affection de la gorge, ou enfin une irritation de la vessie. L'affection se développe sur la muqueuse la plus faible, suivant l'idiosyncrasie de l'individu.

Les cas que nous venons de décrire se voient rarement à l'hôpital ; on les trouve généralement dans les classes les plus élevées de la société. Peut-être que leur peu de fréquence dans les observations prises à l'hôpital, observations si importantes pour les recherches, est une autre raison qui explique pourquoi les auteurs ont porté moins d'attention qu'ils ne l'auraient dû sur les rapports existant entre l'inflammation de l'urèthre et la diathèse urique. Cependant, au point de vue qui nous occupe, ces rapports sont de la plus haute importance pour aider à résoudre un grand nombre de phénomènes qu'on a considérés comme anormaux ou irréguliers. Une nouvelle preuve de la vérité de cette opinion, relative aux rapports qui existent entre la goutte et quelques affections vésicales et uréthrales, c'est qu'elles s'amendent par le traitement le plus en usage dans les formes les mieux connues et les plus communes de la goutte. Tous les symptômes d'un calcul dans la vessie (excepté naturellement ceux qui résultent du contact de la sonde avec le calcul), aussi bien que les symptômes de rétrécissements de l'urèthre, peuvent provenir d'un dérangement des organes digestifs, et disparaître par un traitement approprié à ces affections.

Sous la dénomination d'urine altérée, comme cause de spasme, nous devons noter les effets des cantharides, de la térébenthine, des épices, des condiments, etc., qui tous, probablement par le fait du contact direct, enflam-

ment le canal et le rétrécissent. On ne peut pas dire d'une façon certaine que le contact local direct soit nécessaire pour produire cet effet, puisqu'il peut provenir de l'action du corps irritant sur le système nerveux. Ainsi on a obtenu les mêmes résultats en appliquant les cantharides sur la peau qu'en les prenant à l'intérieur. Ou bien l'élimination du principe actif par les urines peut occasionner le spasme, en le mettant en contact direct avec la muqueuse ; mode d'action que nos connaissances sur les conditions pathologiques de ces organes, en cas d'empoisonnement, nous conduiraient plutôt à admettre en pareil cas. Raisonnant par analogie, nous devons nous attendre à voir certains irritants déterminer la contraction des fibres musculaires involontaires de l'urèthre. Ainsi le rétrécissement passager de l'œsophage est bien connu, et sa source spasmodique est facile à reconnaître aux mêmes caractères, c'est-à-dire à son peu de durée.

Je n'ai indiqué jusqu'ici que des causes qui déterminent une irritation de l'intérieur du canal, ou qui altèrent l'urine. Mais le spasme musculaire peut aussi provenir de causes d'irritation existant autre part que dans le système génito-urinaire.

1° *Obstacle à la miction provenant de contraction musculaire sympathique.* —La présence d'hémorrhoïdes, et surtout d'hémorrhoïdes enflammées causant du ténesme et des contractions exagérées du sphincter anal, est quelquefois une cause de spasme. Il en est de même des fistules rectales. Les opérations sur l'anus, particulièrement la ligature des hémorrhoïdes sont fréquemment suivies de rétention d'urine par contraction musculaire sympathique. La fissure à l'anus, cette affection si douloureuse, ou les ulcérations enflammées, peuvent également déterminer les mêmes accidents. Les rapports et la sympathie qui existent entre le sphincter anal et le transverse profond ont déjà été mentionnés (pages 32 et 33) ; de pareils cas ne font que les confirmer. Une complication semblable est résultée de la présence d'un ver solitaire dans l'intestin (1), et aussi d'ascarides dans le rectum, à cause des démangeaisons excessives que procurent ces derniers. Le prurigo de l'anus et des organes génitaux, qui se rencontre surtout chez les personnes âgées, est une cause non douteuse de spasme. Il ne paraîtra pas surprenant que les émotions morales puissent parfois influer sur la miction, si l'on se rappelle l'union intime qui existe entre la vessie, l'urèthre et leurs muscles, non-seulement avec les centres cérébro-spinaux, par les nerfs spinaux, mais encore avec tous les autres viscères abdominaux et pelviens, par un abondant réseau de fibres nerveuses de la vie organique.

(1) Un exemple de ce genre est relaté dans le *Medical Times* du 26 avril 1848. — Il avait été d'abord rapporté par M. Tuffnell dans le *Dublin Medical Press*. Ce praticien dit que le malade présentait des symptômes bien accusés d'inflammation de la vessie et de rétrécissement de l'urèthre, lorsqu'il vint réclamer ses soins. Il reconnut que l'affection siégeait « au niveau de la portion membraneuse ». Après du repos et un traitement médical, qui semblait fortement indiqué, l'état du malade fut notablement amélioré ; mais après l'abandon du traitement, il survint une rechute. A la fin on soupçonna la présence d'un ver solitaire, on administra le remède approprié, et « le malade rendit un ver long de 30 pieds ». L'observation se termine par ce qui suit : « Tous les symptômes antérieurs cessèrent immédiatement ; l'urine devint claire et naturelle, et le malade fut bientôt complétement rétabli d'une façon définitive. »

Ce système et ses nombreux ganglions propagent les influences et les sympathies qui existent entre ces viscères, de telle façon qu'un organe peut à peine être lésé sans qu'un autre s'en ressente. Quoique ces cas puissent paraître simples à un observateur qui ne les examine qu'en passant, ils peuvent résulter d'un manque d'harmonie dans la série des actes nécessaires pour produire le plus de mouvements dans l'économie animale. De temps à autre se présentent des cas qui semblent ne pouvoir admettre aucune autre explication (1). Rarement un rétrécissement de l'urèthre se montre à intervalles périodiques de vingt-quatre ou quarante-huit heures, et cède, après que d'autres moyens ont échoué, à l'administration de la quinine. Un cas pareil est rapporté sous l'autorité de Sir B. Brodie dans un mémoire qui a paru dans la *Medical Gazette*, vol. I, page 107. J'ai eu l'occasion d'observer un cas identique, guéri de la même manière. Le grand caractère qui distingue les phénomènes liés à un rétrécissement musculaire spasmodique, et les sépare entièrement de ceux qui sont liés aux rétrécissements organiques, c'est leur caractère passager. Les symptômes de rétrécissement peuvent se présenter plusieurs fois, mais il est bien évident parfois que le canal possède sa largeur normale. Ce n'est jamais le cas lorsqu'il existe un rétrécissement organique ; la largeur du canal peut varier, mais jamais elle n'atteint le volume normal.

Il est bien évident, quant à ce qui touche au traitement, que l'on prendra l'état général du malade en sérieuse considération et qu'on fera varier le traitement suivant les indications particulières à chaque cas. Le traitement local de l'urèthre n'est que d'une importance secondaire, souvent inutile, ou même préjudiciable. La première et la principale chose, comme dans toutes les affections spasmodiques, n'est pas tant de rechercher les signes et les symptômes, que la cause des désordres dont la connaissance exacte peut seule mettre sur la voie d'un traitement heureux. Cette cause doit être recherchée non-seulement du côté des organes génito-urinaires, mais encore dans les organes voisins et contigus, et même dans l'état général du sujet. D'une façon générale, on trouvera que l'attention dirigée du côté des fonctions organiques de l'individu, de l'état des sécrétions, et la régularité dans le régime et les habitudes du malade, feront disparaître les symptômes locaux bien plus qu'un traitement plus direct ou spécial. Nous trouverons, en parlant du traitement des rétrécissements organiques, des preuves abondantes de la vérité de ces remarques.

2° *Obstacle à la miction provenant d'une inflammation.* — J'ai déjà dit que je n'emploierai pas le terme de *rétrécissement inflammatoire*. De quelle façon l'inflammation met-elle donc obstacle aux fonctions de l'urèthre ? Je crois que l'inflammation de l'urèthre ne gêne que fort peu ou point la miction, à moins que la prostate ne soit atteinte. Ainsi, dans la blennorrhagie aiguë, tant que l'action est limitée, comme au début, à la portion antérieure du canal, quoique la miction soit douloureuse, il n'existe pas d'obstacle matériel au cours de l'urine. — Plus tard, à la suite d'impru-

(1) Sir A. Cooper s'exprime ainsi dans ses *Leçons* : « Même un état d'excitation de l'esprit, ou un esprit tout entier livré à l'étude peut parfois influer à un tel degré sur le système nerveux, qu'il en résulte un rétrécissement spasmodique de l'urèthre. »

dence ou d'un traitement non approprié, ou même, chez quelques malades, dans les circonstances les plus favorables, il peut survenir une rétention d'urine qui nécessite l'usage de la sonde. L'obstacle ne siége pas cependant dans le point où se rencontrent les véritables rétrécissements, mais près du col de la vessie. Il est en effet produit par un gonflement inflammatoire de la prostate, et je suis persuadé que telle est la véritable condition pathologique de ce que l'on a désigné autrefois sous le nom de *rétrécissement inflammatoire*. Par exemple, un jeune homme a une blennorrhagie datant de deux ou trois semaines; se trouvant beaucoup mieux, il s'est permis d'enfreindre le régime prescrit. Peut-être a-t-il usé de boissons alcooliques ou s'est-il livré à un exercice forcé, ou a-t-il subi l'influence d'une vive émotion? Tout à coup son jet diminue, les difficultés de la miction augmentent, et il souffre d'une rétention complète accompagnée de fièvre et d'agitation. L'examen démontre bientôt que tout cela est dû à une prostatite aiguë dont nous parlerons plus en détail en décrivant cette affection. Plus tard, en parlant de la rétention d'urine, nous ferons encore allusion à cette affection, quoique ce sujet appartienne à l'étude des maladies de la prostate.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE. — DILATATION.

Diagnostic des rétrécissements constants. — Moyens de l'obtenir. — Instruments flexibles et rigides. — Leurs qualités respectives. — Instruments français et anglais. — Des courbures que l'on doit employer. — Celle que recommande Sir Charles Bell. — Différence entre les cathéters et les sondes. — Manière d'introduire une sonde d'argent. — Manière d'introduire une sonde anglaise de gomme et une sonde française. — Filière française. — Traitement. — Objet des divers modes de traitement. — Dilatation. — Agents chimiques et incisions. — Dilatation. — Historique de la dilatation. — Son application aux cas simples; — aux cas plus compliqués. — Manière d'agir contre les rétrécissements rebelles. — Bougies empreintes. — Uréthroscope. — Méthode de Dupuytren ou « dilatation vitale ». — Dilatation permanente. — Résultats exceptionnels. — Résultats ordinaires. — Variétés de sondes que l'on doit employer. — Autres instruments. — Instruments du docteur Arnott; de Perrève. — Méthode de M. Holt par la dilatation brusque. — Divulsion. — Usage du chloroforme. — Avantages à retirer du repos et du régime. — Importance de l'examen des urines. — Indications pour le traitement. — Dilatation méthodique.

Les *symptômes fonctionnels* des rétrécissements, quoique bien accusés, ne suffisent pas pour démontrer leur présence. Pour y arriver, nous devons procéder à l'examen de l'urèthre lui-même, et nous assurer s'il existe, oui ou non, quelque obstacle. S'il en est ainsi, quels sont le siége, la nature de l'obstacle, autant que nous pouvons le déduire du contact d'un instrument; enfin si ces obstacles sont uniques ou multiples, et s'ils occupent une portion peu considérable ou étendue du canal.

Dans ce but, on doit se servir d'une bougie flexible d'un volume moyen, des nos 7 à 9 de la filière anglaise [nos 15 à 20 de la filière française], d'une forme légèrement recourbée et émoussée, et non point conique à la pointe. Quoi qu'en dise le malade, on doit toujours suivre cette règle. Si l'on se sert d'un petit instrument, il peut franchir le rétrécissement sans donner aucun

signe de son existence, et être insuffisant pour le diagnostic; mais, si un n° 8 [n° 17 de la filière française] passe facilement jusque dans la vessie, nous pouvons être sûrs qu'il n'existe pas de rétrécissement, ou du moins un degré bien léger. Cette bougie peut être graduée en centimètres, afin de noter à quelle distance du méat on rencontre l'obstacle. On soulève légèrement la verge de la main gauche, l'instrument huilé est introduit doucement et conduit légèrement jusqu'à ce qu'il s'arrête : si l'arrêt se fait à 12 ou 13 centimètres de l'orifice, il existe peu de doute sur la présence d'un rétrécissement; mais, si l'instrument est arrêté à 15 centimètres ou plus, probablement que l'on a affaire à un obstacle naturel que l'on rencontre fréquemment sur un urèthre sain, dans la portion membraneuse, ou au col de la vessie. Dans le dernier cas, on retirera l'instrument, on courbera fortement sa pointe, et alors il pénétrera sans doute du premier coup jusque dans la vessie. Supposons cependant qu'il existe un obstacle bien évident à une distance quelconque, variant entre 12 et 15 centimètres, il faut en conclure que cet obstacle est dû à un rétrécissement, et il est nécessaire de l'examiner plus sérieusement. Nous avons trouvé et noté son siége; il est nécessaire ensuite de connaître son calibre : on peut le déduire d'abord de la dimension du jet d'urine, si l'on peut en juger exactement, ce qui n'est pas commode par un seul examen; cependant si le malade peut uriner en présence du chirurgien, la dimension du jet peut nous renseigner sur le calibre du rétrécissement. D'une façon générale, on peut dire que ce calibre est un peu moindre que la colonne du jet, pourvu qu'il existe dans la vessie une quantité d'urine suffisante pour qu'elle s'échappe avec une certaine force. Une petite sonde flexible correspondant à la dimension du jet, en suivant le principe que nous venons d'énoncer, peut alors être passée au travers du rétrécissement jusque dans la vessie, et un flot d'urine indiquera qu'elle a suivi la bonne voie. Dans le plus grand nombre des cas, on ne rencontre qu'un seul rétrécissement, et cela habituellement à 10 ou 12 centimètres du méat; quelquefois on le rencontre à 5 ou 6 centimètres et, plus rarement encore, uni à un second siégeant à l'endroit que nous avons mentionné en première ligne, c'est-à-dire au bulbe. Le second peut être reconnu après dilatation du premier, ou au moyen d'un instrument étroit, terminé en olive, qui franchira le premier rétrécissement. Si le second rétrécissement est étroit, cet instrument pourrait être métallique et présenter différentes dimensions (fig. 20). De même, pour un rétrécissement peu étroit, comme, par exemple, au début de l'affection, une bougie flexible, avec une extrémité effilée surmontée d'une boule, des nos 8, 9 ou 10 de la filière anglaise [nos 15 à 20 de la filière française], indiquera facile-

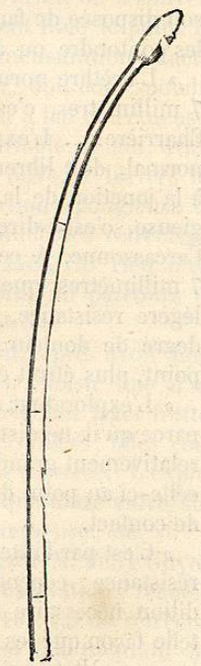

FIG. 20. — Sonde métallique terminée par une boule pour le diagnostic des rétrécissements.