

sionnées par la miction deviennent moins vives, les érections moins nombreuses, plus faciles, le canal reprenant peu à peu sa souplesse. Après un temps variable avec le traitement, le régime auquel se soumet le malade, avec son état général, on voit la blennorragie marcher facilement vers la guérison ou passer à l'état chronique.

Terminaisons. Complications. — L'urétrite aiguë ne se termine pas toujours par la guérison; dans nombre de cas, et bien souvent sans que l'on puisse exactement dire pourquoi, l'écoulement passe à l'état chronique. Fréquemment, sous l'influence d'un écart de régime, d'un coït intempestif, d'une séance de masturbation, à la suite de fatigues, de veilles, de l'impression du froid, une chaudepisse qui marchait normalement vers la guérison reparait avec une nouvelle acuité.

Diverses complications se présentent dans le cours de la blennorragie, la plus commune est sans contredit l'épididymite blennorragique, puis viennent les abcès et phlegmons péri-urétraux, la cowpérite, la prostatite, la cystite, les arthrites rhumatismales; parmi les accidents tardifs, les rétrécissements. Nous rappellerons la facilité avec laquelle la maladie se communique à la conjonctive.

Diagnostic. — Le diagnostic de la blennorragie, habituellement simple, présente parfois quelques difficultés. Deux erreurs sont possibles, dit FOURNIER: méconnaître la maladie et croire à une blennorragie qui n'existe pas. Un peu d'attention suffira pour éviter la première cause d'erreur, enfin l'examen au microscope ne permettra plus de confondre le pus de l'urétrite simple avec celui de l'urétrite inoculable.

Pronostic. — La blennorragie constitue en général une affection bénigne qui, convenablement traitée, guérit complètement en un laps de temps que l'on peut évaluer à six semaines ou deux mois. Néanmoins, on ne doit jamais perdre de vue la série des complications que nous avons énumérées; celles-ci changent totalement le pronostic et exposent le malade à des infirmités sérieuses, même à la mort.

Traitement. — a. *Méthode abortive.* — Cette méthode dont, suivant FOURNIER, l'idée première remonterait à SIMMONS (1780) a été préconisée par CARMICHAËL, RICORD, DIDAY, DEBENEY, HICQUET. Le but que l'on se propose d'atteindre consiste à substituer une inflammation franche à l'inflammation spécifique de la blennorragie.

Le meilleur de tous les agents abortifs est une injection avec une solution de nitrate d'argent. D'après les auteurs, la proportion de sel lunaire employée a varié de 0^{gr},6 à 1^{gr},50 pour 30 grammes d'eau distillée. Cette injection, pour avoir quelques chances de succès, doit être faite pendant le cours de la première période. Nous avons vu qu'à cette époque l'inflammation se trouvait localisée dans l'urètre antérieur; il est donc inutile de faire pénétrer le caustique dans l'arrière-canal et la valeur d'une cuillerée à café de liquide sera suffisante.

Cette manière d'agir détermine de violentes douleurs, une inflammation très intense et ne paraît pas exempte de dangers; en outre la guérison étant fort problématique, nous ne croyons pas devoir conseiller semblable intervention.

Quelques auteurs, entre autres CULLERIER, ont essayé de juguler la blennorragie à l'aide de copahu et de cubèbe administrés à haute dose pendant la période des prodromes. FOURNIER n'hésite pas à condamner cette manière d'agir.

b. *Méthode antiseptique.* — D'après les découvertes récentes, la blennorragie étant une affection due à la présence du *gonococcus*, il était rationnel de s'adresser à la cause du mal et partant d'attaquer les microbes. Diverses solutions antiseptiques avec acide phénique ou borique, sublimé, iodoforme, sulfate de quinine ont été tour à tour employées; BOCKARD, WELANDER, DE AMICIS et nombre d'autres n'ont obtenu aucun succès; à différentes reprises nous avons aussi répété ces expériences, et, malgré les précautions les plus minutieuses, les résultats n'ont pas été satisfaisants. Sous l'influence des injections l'écoulement diminuait, se tarissait même, puis dès que le malade reprenait son genre de vie ordinaire la blennorragie revenait.

D'après WELANDER, le traitement le plus convenable consisterait dans l'emploi d'une solution d'azotate d'argent à 1/30^e précédée d'un raclage complet de la partie antérieure de l'urètre et principalement de la fosse naviculaire, au moyen d'un petit bouchon de coton fixé à une pince; on enlève de cette façon une quantité de cellules épithéliales avec les gonococcus déposés sur ces cellules ou entre elles, il en résulte que la cautérisation agit plus énergiquement.

Cette méthode se rapproche beaucoup des lavages de l'urètre avec une solution d'acide borique, suivie d'instillations de nitrate d'argent, procédé auquel R. JAMAIN prétend avoir dû quelques succès.

c. *Traitement classique méthodique.* — « A tout blennorragien qui vient vous consulter au moment où la période aiguë est établie, annoncez qu'il en a, en moyenne, pour un mois ou six semaines avant qu'il y ait possibilité d'administrer utilement les spécifiques » (DIDAY). Ceci posé la médication varie selon les périodes.

Période de début. — Tant que les douleurs pendant la miction sont peu vives, faire prendre au malade une boisson émolliente sucrée avec du sirop d'orgeat, de cerises ou de gomme. Les tisanes d'orge, de graine de lin, de chiendent, sont alternativement employées.

FOURNIER conseille la préparation suivante: Bicarbonate de soude 3 à 5 grammes; sucre en poudre 40 grammes; essence de citron une à deux gouttes. (Mélangez pour un paquet que l'on fait dissoudre à froid dans un litre d'eau à boire par verres entre les repas.) Selon les saisons le malade absorbera un ou deux litres de boisson en vingt-quatre heures.

Période aiguë. — Les boissons précédentes seront continuées pendant la période aiguë, de plus le malade prendra trois fois par semaine avant de se coucher un grand bain d'une heure et demie de durée. Ces bains, joints à des immersions du pénis dans l'eau de mauve, répétées plusieurs fois par jour, suffiront en général pour calmer les symptômes inflammatoires. Le blennorragien, durant cette période, devra éviter les causes de fatigues (veilles, soirées, courses). Si les phénomènes inflammatoires étaient très accentués, on se trouverait bien de faire appliquer au périnée de dix à quinze sangsues suivant la constitution du sujet.

Nombre de substances ont été préconisées pour calmer les érections

(camphre, belladone, digitale, lupulin, bromure de potassium). Ces médicaments sont tous très infidèles; seuls l'opium et le chloral pris par la voie buccale et mieux en lavements apportent quelques soulagements.

Le malade doit éviter les excitations génésiques, se servir d'un lit un peu dur, se couvrir peu et se coucher sur le côté; si malgré cela les érections le réveillent, un des meilleurs moyens pour les calmer consiste à prendre la position *du salut à la mahométane* sur les coudes et les genoux; les applications de compresses froides au périnée, les immersions de la verge réussissent aussi.

Période de déclin. — Après un temps qui varie entre six semaines et deux mois, les phénomènes de la période aiguë commencent à s'amender. « La blennorrhagie est mûre quand il n'existe plus ou presque plus de douleurs lors de la miction et de l'érection, quand le méat n'est plus rouge ni tuméfié, quand l'écoulement a beaucoup diminué et que, après avoir été jaune ou vert, il est devenu blanc et un peu filant » (DIDAY).

Les tisanes émollientes, les bains, les boissons rafraîchissantes seront supprimés, et le malade prendra trois fois par jour sous forme de bols enveloppés dans un pain à chanter, gros comme une noisette des préparations suivantes :

Cubèbe en poudre.....	10 gr.	Baume de copahu.....	40 grammes.
Copahu.....	3 —	Essence de menthe.....	Q.Q. gouttes.
Sirop de goudron.....	Q. S.	Poudre de cubèbe.....	Q.S.

Pour faire un opiat.

Cette médication doit être continuée pendant cinq à huit jours.

Si, après cette époque, il reste encore un léger suintement, les injections au nitrate d'argent ou au sulfate de zinc à 1 pour 200 trouveront leur indication.

Pendant toute la durée du traitement, le blennorrhagien sera soumis à une hygiène sévère. Il devra éviter les excitations génésiques; les boissons excitantes, vins blancs, alcools, café, thé et surtout la bière devront être sévèrement proscrites; l'eau rouge seule sera permise aux repas; le suspensoir évitera fréquemment des complications du côté des testicules. Enfin, dès le début, le médecin préviendra son malade des accidents terribles auxquels l'exposerait le transport du pus blennorrhagique sur les conjonctives, et lui recommandera de se laver les mains avec grand soin toutes les fois qu'ils aura touché sa verge ou les linges maculés de pus.

2° URÉTRITE BLENNORRAGIQUE CHRONIQUE

SYNONYMES. — Urétrite chronique. — Blennorrhée.

Bibliographie. — BELL (B.), *Traité de la gonorrhée virulente*, etc., 1797, trad. Bosquillon, Paris, 1802. — MAGAUD, *De la blennorrhée ou goutte militaire*, Paris, 1847. — BENIQUÉ, *Gaz. méd. de Paris*, 1848. — PHILIPS, *De la goutte milit. et de son trait.*, Paris, 1850. — MERCIER, *Union méd.*, 1858. — DESORMEAUX, *Endoscope et ses ap-*

plications, Paris, 1865. — *Blenn. chronique*, in *Bull. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1867. — SHÜSTER, *Traité de la blenn. par les bougies de tannin et de glycé.*, in *Ann. de dermat.*, 1872. — SANDS, *New-York Med. Journ.*, mars 1876. — BRAME, *Tribune méd.*, 1877. — AUSPITZ, *Vierteljahresschrift f. Derm. und Syph.*, 1879, p. 1. — WIL (OGILVIE), *Edimb. Med. Journ.*, 1879. — JAMIN, *Ann. des maladies des organes génit. urin.*, 1883.

Thèses de Paris. — 1863, ALLORGE. — 1868, PARIS. — 1870, THIAUT. — 1875, POUILLET. — 1876, GUILLAND. — 1879, GODIN. — 1882, BONNAMY. — 1884, DOIT, JAMIN.

Définition. — La blennorrhagie chronique est une inflammation torpide du canal caractérisée par un écoulement léger, une goutte de muco-pus qui se présente chaque matin à l'orifice du méat (goutte militaire).

Causes. — La blennorrhée survient d'emblée ou consécutivement à la forme aiguë; cette dernière variété est de beaucoup la plus fréquente, toutefois nous pouvons affirmer que nous avons vu survenir cette affection sans avoir été précédée d'aucun écoulement aigu.

Pour établir l'étiologie de la blennorrhée consécutive à une inflammation aiguë du canal, il y a lieu de s'enquérir du traitement qui a été dirigé contre cet accident, de l'hygiène qu'a suivie le patient; enfin on ne négligera pas la constitution du sujet.

Parmi les causes les plus communes de l'urétrite chronique, il faut assurément citer en première ligne le traitement mal entendu, en particulier les injections. Nous avons vu que les injections ne devaient jamais dépasser le cul-de-sac du bulbe, mais désireux d'obtenir une guérison plus rapide, les malades poussent l'injection avec force sans avoir pris la précaution de nettoyer au préalable l'urètre antérieur; le pus refoulé force le sphincter membraneux et pénètre dans l'urètre postérieur, qui se trouve ainsi inoculé et où se localisera plus tard l'inflammation.

Le patient sera étudié au point de vue de ses antécédents; chez les rhumatisants et les tuberculeux, la blennorrhagie a une tendance manifeste à passer à l'état chronique, parfois même elle agit comme une pierre de touche (GUYON), et sous son influence se révèlent des états diathésiques restés jusqu'alors latents. En dernier lieu le chirurgien n'oubliera pas de se renseigner sur le nombre des blennorrhagies antérieures, il s'enquerra de leur marche, de leur durée, de la nature des complications qui ont pu se produire.

Siège des lésions de l'urétrite chronique. — Plusieurs auteurs localisent les lésions de la blennorrhée dans la partie postérieure de l'urètre; cependant nous avons eu sous les yeux, en 1875, l'urètre d'un individu porteur d'un écoulement chronique remontant à sept ans, qui était venu succomber dans le service de GUYON. Les lésions anatomiques, reproduites dans le travail de JAMIN, consistaient en une rougeur intense au niveau du cul-de-sac du bulbe. L'urètre antérieur était rouge, injecté, la prostate légèrement congestionnée, mais, fait important, il n'existait aucune trace de rétrécissement; les lésions sous-muqueuses mettent en effet un laps de temps des plus considérables à se former.

L'examen méthodique de nombreux malades a aussi démontré à GUYON que l'urétrite chronique avait son siège habituel dans la partie profonde de l'urètre antérieur, au niveau du point où les lésions se trouvaient placées dans le cas

précédent; soixante-quatorze (74) fois sur cent trois (103) sujets examinés les choses étaient ainsi.

Symptômes. Diagnostic. — Le malade se plaint de trouver de temps à autre, généralement le matin, au réveil, une goutte de muco-pus plus ou moins foncée. Pour se renseigner sur la valeur de cet écoulement, le chirurgien examinera les taches laissées sur la chemise; chez certains sujets le toucher rectal fera sourdre un peu de pus sous forme d'éjaculation; toutefois la seule manière d'acquiescer de sérieuses notions sur le siège et l'étendue des lésions, consiste à examiner l'urètre avec une bougie à boule; on explore d'abord la portion étendue du méat à la région membraneuse, les régions membraneuse et prostatique jusqu'au col de la vessie. Cet examen fait attentivement provoque en certains points une légère douleur que le malade ne manque pas d'accuser; en ramenant de temps à autre l'instrument, on trouve l'olive chargée de muco-pus.

Lorsque l'urétrite est localisée dans la partie profonde du canal, il existe nombre de symptômes vésicaux et prostatiques.

Traitement. — a. *Local.* — La médication locale comporte les injections, le passage de bougies et la cautérisation.

Il y a beaucoup à redire contre les injections; peu de sujets savent s'en servir; les uns distendent le canal outre mesure, d'autres ne les font pas arriver partout, en outre ces topiques agissent de la même façon dans toute l'étendue du canal; cependant nous avons dit que les lésions étaient localisées.

L'emploi des bougies dans le traitement de la blennorrhée a été suggéré par cette idée que le rétrécissement était une complication commune; or il n'en est rien, et des malades ayant à la fois les deux affections ont été guéris du rétrécissement sans que la blennorrhagie soit en rien modifiée.

La cautérisation serait le plus précieux de tous les procédés si l'on pouvait limiter l'action du caustique, malheureusement les meilleurs instruments, tels que le porte-caustique de LALLEMAND, laissent beaucoup à désirer.

Depuis une dizaine d'années, GUYON a mis en usage les instillations de nitrate d'argent qui ont donné d'excellents résultats. Le manuel opératoire est des plus simples; une seringue du même genre que celle de PRAVAZ, mais de contenance double ou triple, se visse sur une bougie à boule, creuse et perforée. Le système étant amorcé, la bougie est introduite dans le canal, puis à l'aide de quelques tours de piston on fait tomber les gouttes où l'on veut.

Les solutions employées à l'hôpital Necker sont à 1 p. 50, 1 p. 25, 1 p. 12. Cette dernière proportion ne sera jamais dépassée (GUYON). Lorsqu'on pratique des injections dans l'arrière canal il faut introduire rapidement vingt-cinq à trente gouttes, car elles ont une tendance considérable à aller dans la vessie où l'urine les neutralise.

b. *Général.* — A ces différents moyens on joindra une hygiène sévère et un traitement général approprié; les douches périnéales, l'hydrothérapie, les bains sulfureux rendent ici de véritables services, enfin nous recommandons spécialement les stations thermales (Aix-en-Savoie, Bourbonne, Bagnères, etc.), mais surtout les bains de mer; nous avons vu plusieurs fois des blennorrhées chroniques guérir à la suite d'un séjour prolongé au bord de la mer.

§ 4. — Rétrécissement et spasme de l'urètre

1° RÉTRÉCISSEMENT

- Bibliographie.** — CH. BELL, *Letters concerning the Diseases of the Uretra*, London, 1811. — DUCAMP, *Traité des rétentions d'urine causées par les rétréc.*, Paris, 1822. — SÉGALAS, *Traité des rétentions d'urine*, etc., Paris, 1828. — B. PHILIPS, A. *Treatise on the Uretra*, etc., London, 1832. — REYBARD, *Procédé nouveau pour guérir les rétrécissements*, Lyon, 1833. — J. BÉNIQUÉ, *De la rétention d'urine*, Paris, 1838. — *Réformes et observations sur le traitement des rétrécissements*, Paris, 1844. — GOSSELIN, *Arch. gén. de méd.*, 1845. — MERCIER, *Gaz. méd. de Paris*, 1845. — PERRÈVE, *Traité des rétrécissements organiques*, Paris, 1845. — BÉNIQUÉ, *A quelles limites faut-il porter la dilatation?* etc., Paris, 1849. — MAISONNEUVE, *Mém. sur la cure radicale et instantanée*, Paris, 1855. — GUILLON, *Guérison complète et rapide*, Paris, 1860. — VERNEUIL, *Gaz. hebd.*, 1861. — MERCIER, *Gaz. méd.*, 1863. — VERNEUIL, *Bull. de la Soc. anal.*, 1866. — FOLET, *Arch. gén. de méd.*, 1867. — MALLEZ et TRIPIER, *Guérison rapide des rétrécissements par la galvano-caustique chimique*, 2^e édition, Paris, 1870. — DITTEL, *Handbuch de Pitha et Billroth*, 1871. — HARRISON, *Leçons cliniques*, Londres, 1878. — OTIS, *Strict. on the Male Uretra*, 2^e édition, New-York, 1880. — BRISSAUD et SEGOND, *Gaz. hebd.*, 1881. — JAMIN et GUIARD, *art. RÉTRÉCISSEMENT du Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1884 (Bibliogr.). — EDWARDS, *The Lancet*, 1885, p. 336.
- Thèses de Paris. — 1824, LISFRANC (Agrég.). — 1836, LAUGIER (Concours). — 1858, ICARD. — 1861, GUILLON (fils). — 1866, BOUDET, DURIEUX. — 1867, DE LANDETTA. — 1868, RAYNAUD. — 1870, CAMPOS-BAUTISTA. — 1873, CURTIS. — 1877, JANICOT. — 1879, LANGLEBERT. — 1882, GAURON, VANDEN ABBELE.
- Urétrotomie interne.* — CIVALE, 1849. — MAISONNEUVE, *Mém. sur la cure radicale*, etc., Paris, 1855. — BONNET, *Gaz. méd.*, 1858. — SÉDILLOT, *Leçons cliniques recueillies par GAUJOT*, 1860. *Extraits*, in *Recueil de méd. et de chir. milit.*, t. IV, nos 7 à 11, 1860. — MAURICE PERRIN, *Bull. de la Soc. de chir.*, et *Gaz. des Hôp.*, 1865. — SONRIER, *Rec. de mém. de méd. et chir. milit.*, 1867. — TILLAUX, *Bull. de thérap.*, 1870. — HORION, *Urétrot. int.*, et *Nouvel urétrotome*, Bruxelles, 1872. — TEEVAN, *Med. Times and Gaz.* — ANNANDALE, *cod. loc.*, 1874. — LABBÉ, *Leçons de clin. chir.*, Paris, 1876. — GILLETTE, *Chirurgie journalière*, 1878. — DELEFOSSE, *Leçons sur...* etc., Paris, 1880. — HIRSCHBERG, *Arch. f. klin. Chir.*, 1881.
- Thèses de Paris. — 1863, TILLAUX (Agrég.). — 1865, RELIQUET. — 1870, REVERDIN. — 1876, MARTINET. — 1879, GRÉGORV.
- Urétrotomie externe.* — JAMES ARNOTT, *Arch. gén. de méd.*, 1824. — SÉDILLOT, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1852. — THOMPSON, *The Pathologie and Treat. of Strict. of the Uretra*, London, 1858. — FOUCHER, *Union méd.*, 1860. — BOURGUET (d'Aix), *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1861. — DOUTRELEPONT, *Arch. f. klin. chir.*, t. VII, 1865. — BASSARIO, *Gaz. des Hôp.*, 1869. — TRÉLAT, *Progrès méd.*, 1874. — RELIQUET, *Gaz. des Hôp.*, 1874. — DESPRÉS, *Chirurg. journ.*, 1877.
- Thèses de Paris. — 1859, ANDRADE. — 1866, CARBONEL. — 1867, DUDON. — 1868, GRILLOT. — 1870, BADIN. — 1872, STORÉIADÈS. — 1873, GASSMANN. — 1874, MAUSON. — 1875, BOLLARD. — 1880, MONOD.

Définition. — « Le rétrécissement est un obstacle permanent et progressif au cours des urines avec altération pathologique des parois » (GUYON).

De la sorte, ajoute cet auteur, se trouvent éliminées les diminutions de calibre de l'urètre comprises sous le nom de rétrécissements inflammatoires aigus et spasmodiques, qui, ne présentant pas les caractères ci-dessus énoncés, ne sauraient rentrer dans la classe des rétrécissements.

Division. — D'après leur origine, les rétrécissements se divisent en trois catégories : *blennorragiques*, *traumatiques*, *cicatriciels*. Sur deux cent vingt-six (226) observations de ce genre, GUYON a trouvé cent quatre-vingt-sept (187) rétrécissements blennorragiques, vingt-sept (27) dus au traumatisme et cinq (5) cicatriciels (consécutifs à des pertes de substance, chancres et ulcérations).

Siège. Nombre. — a. *Rétrécissements blennorragiques.* — Ils ont un siège presque constant, le bulbe ; on les rencontre ensuite dans la fosse naviculaire, le long du pénis et dans la région scrotale ; les portions membraneuse et prostatique de l'urètre ne sont jamais en cause en pareille circonstance (GUYON). Il y a d'ordinaire plusieurs points rétrécis, mais la diminution de calibre maxima correspond toujours au cul-de-sac du bulbe.

b. *Rétrécissements traumatiques.* — La région occupée par la stricture dépend du point même au niveau duquel a agi le traumatisme ; nous rappellerons que la portion membraneuse peut être intéressée dans les fractures du pubis, et qu'à la suite des traumatismes, des chutes sur le périnée, le rétrécissement occupe le voisinage du bulbe. Dans cette variété on ne trouve habituellement qu'un seul point du canal rétréci.

c. *Rétrécissements cicatriciels.* — Solitaires aussi, ils se localisent au niveau du méat et de la fosse naviculaire. Ce fait n'a rien d'étonnant, le travail pathologique en pareil cas est généralement consécutif aux chancres, or ceux-ci ne dépassent guère la fosse naviculaire.

Anatomie et physiologie pathologiques. — Les rétrécissements qui succèdent à une perte de substance d'origine traumatique ou chancreuse, résultent de la néo-formation d'un tissu nodulaire qui englobe la muqueuse et les couches sous-jacentes. La cicatrice siège rarement à la périphérie du canal ; nous avons vu, en effet, qu'une partie de l'urètre restait intacte dans la rupture. D'après VOILLEMIEU, les parties altérées auraient une étendue variable de 0^m,005 à 0^m,03 mais il est bien difficile d'acquiescer des notions précises sur ce sujet, car les bords d'une cicatrice ne s'arrêtent jamais brusquement. Cette variété de rétrécissement suit de très près la cause qui lui a donné naissance.

Il en est tout autrement des rétrécissements blennorragiques, le travail pathologique déterminé dans les tissus sous-muqueux par l'urètre se fait fort lentement, de telle sorte que les premiers symptômes d'un rétrécissement de cette nature n'apparaissent souvent que plusieurs années après la chaudepisse. Sur cent quarante-deux (142) cas examinés à ce point de vue, GUYON a noté quatre (4) rétrécissements dans le cours de la première année, dix (10) de un à deux ans, vingt (20) de deux à quatre ans, dix-neuf (19) de quatre à six ans, vingt-quatre (24) de six à huit ans, quarante-neuf (49) de dix à vingt ans et plus.

Le travail pathologique consécutif à la blennorragie n'a rien de comparable à la formation du tissu de cicatrice. L'examen microscopique permet de constater la présence d'une coarctation qui occupe toute la périphérie du canal ; les

deux tronçons de l'urètre partis de ce point ressemblent à deux cônes opposés par le sommet. La muqueuse qui revêt la portion rétrécie est blanchâtre, épaisse, inextensible, le cylindre spongio-vasculaire est malade, il y a induration et racornissement du tissu. Au-dessus et au-dessous de la partie étroite le canal reprend progressivement ses caractères normaux.

Au point de vue histologique il existe une néoformation conjonctive occupant le chorion sous-muqueux et le tissu fibreux périphérique. Mais quel est le point de départ de cette néoformation ? Les recherches de BRISSAUD lui ont permis d'établir que : « Dans toute l'étendue de la portion rétrécie, l'urètre est le siège d'un processus inflammatoire chronique qui se traduit de la façon suivante :

« 1° Sur la muqueuse, par une modification très appréciable de la nature de l'épithélium, dont les cellules sont devenues cubiques ;

« 2° Dans le chorion, par un épaissement de cette membrane dont la trame est infiltrée d'un grand nombre d'éléments embryonnaires ;

« 3° Dans les portions fibreuses du rétrécissement lui-même, par une vascularisation exagérée et une prolifération embryonnaire analogue à celle du chorion ;

« 4° Il est important en outre de mentionner un aspect spécial de la muqueuse elle-même, dû à des foyers inodulaires de prolifération épithéliale, qui forment à l'intérieur de la lumière urétrale de petites saillies papilliformes, surtout à la paroi inférieure du canal. »

Symptômes. — a. *Troubles fonctionnels.* — Les symptômes fonctionnels occasionnés par la présence d'un rétrécissement consistent en une série d'altérations dans la miction et en modifications dans le volume et la forme du jet.

Le besoin d'uriner devient d'abord plus fréquent, puis le patient s'aperçoit qu'il s'écoule un laps de temps entre le moment où il veut pisser et celui où se montrent les premières gouttes de liquide, il remarque en outre que pour favoriser cette émission un certain effort est nécessaire. Peu à peu la forme du jet se modifie, il se bifurque, s'aplatit, se divise comme s'il sortait d'une pomme d'arrosoir ou se tortille en vrille. Ces altérations s'accompagnent toujours d'une diminution manifeste dans le volume de la colonne liquide qui devient misérable, filiforme, et parfois se trouve totalement supprimée, en sorte que l'urine s'écoule goutte à goutte. La force du jet subit aussi des altérations notables et les rétrécis arrivent progressivement à *pisser sur leurs bottes*.

Ces divers signes s'établissent avec une extrême lenteur et restent pendant des années sans attirer l'attention des malades. Plusieurs causes expliquent cette particularité ; le jet peut être déformé sans que le patient s'en doute ; de plus, en maintes occasions, il n'existe aucune relation entre le degré de la coarctation et les symptômes fonctionnels, car l'hypertrophie de la vessie, constante chez les rétrécis, tend à masquer une partie de la lésion.

Avec le temps les divers troubles que nous avons énumérés acquièrent une importance de plus en plus grande, et si l'on n'intervient pas, les malades, tourmentés par le besoin d'uriner, n'arrivent à émettre quelques gouttes d'urine qu'au prix de violents efforts.