

végétantes qui en sont la conséquence. Le défaut de soins peut amener l'adhérence consécutive des parties opposées; mais c'est là un fait rare.

#### § IV. — Traitement.

Le traitement consiste plus ou moins dans l'usage des antiphlogistiques. Dans quelques cas rares, il peut être nécessaire d'appliquer des sangsues à la vulve; mais généralement des fomentations émollientes souvent répétées et faites avec une décoction de guimauve et de pavots suffiront à éteindre l'inflammation; plus tard les lotions à l'acétate de plomb ou au sulfate de zinc compléteront la guérison. Si la maladie est rebelle, une solution légère de nitrate d'argent sera plus utile; s'il y a des boutons, on les touchera avec le crayon de nitrate d'argent.

Oldham recommande les applications calmantes, et par-dessus tout une onction avec un liniment à l'acide cyanhydrique:

Huile de coco .....	60 grammes.
Acide cyanhydrique.....	8 —
Biacétate de plomb.....	1,25

On aura soin de laver d'abord les parties avec de l'eau de rose, puis on appliquera le liniment au moyen de charpie changée deux ou trois fois par jour. On s'est quelquefois servi avec avantage d'une lotion faite avec l'eau de chaux et l'opium, ou bien d'un cataplasme fait avec la mie de pain saturée d'une décoction de feuilles de ciguë additionnée d'extrait de Saturne.

Un laxatif sera administré de temps en temps, et je préfère, entre autres, un léger purgatif salin. On évitera tous les aliments ou boissons excitants; on observera la plus grande propreté, et la malade vivra dans la continence la plus absolue. Puis je conseille avec avantage le changement d'air et l'usage des toniques. Quand la guérison est à peu près complète, Oldham a quelquefois conseillé avec grand avantage un léger traitement mercuriel.

### CHAPITRE IV

#### HYPERTROPHIE DU CLITORIS.

L'hypertrophie du clitoris n'est pas toujours le résultat d'une difformité congénitale. Quelquefois aussi l'intervention chirurgicale est réclamée pour l'hypertrophie du tissu normal ou le développement de tissus hétérogènes dans l'épaisseur de cet organe.

Hooper a décrit ce qu'il appelle l'*excroissance en chou-fleur du clitoris* (1).

(1) Hooper, *Morbid Anatomy of human uterus*. 1832, in-4°.

Elle se développe presque toujours, dit-il, sur le capuchon de l'organe, soutenue par un pédicule du volume d'une plume d'oie environ. Dans quelques cas cependant la base est plus large. Bientôt on voit le clitoris s'étaler, se diviser en lobes, qui se subdivisent irrégulièrement; souvent même les extrémités s'aplatissent et lui donnent un aspect frangé. Le tout offre une coloration blanchâtre qui complète la ressemblance avec un chou-fleur. Cette lésion du clitoris et de son capuchon, sous le scalpel, donne une sensation de cartilage, et la surface de coupe est blanche, unie, et ne paraît pas vasculaire.

Les cas dans lesquels cet organe est plus volumineux que d'habitude ne sont pas rares. La plupart du temps il n'offre pas plus de 2 pouces de longueur, et cette augmentation a pu faire naître des doutes sur le sexe de l'individu. Quelquefois cependant il est beaucoup plus volumineux; par exemple Davis (1) rapporte que :

OBSERVATION I. — John Symes, pendant qu'il était étudiant à Edimbourg, a vu, à l'infirmerie de cette ville, une femme présentant les signes les plus accusés de nymphomanie. Après l'avoir examinée, le chirurgien dit avoir trouvé les organes génitaux externes dans un violent état d'inflammation, les petites lèvres très-hypertrophiées et le clitoris d'un volume exceptionnel. Après une consultation avec plusieurs collègues, il fut décidé qu'on amputerait le clitoris : l'opération réussit à guérir et la lésion locale et les écarts d'imagination qu'elle semblait provoquer.

Le cas suivant a été publié par M<sup>r</sup> Clintock :

OBSERVATION II. — Une femme de la campagne, âgée de trente ans, me fut présentée au mois de mars 1836. Elle était au septième mois d'une seconde grossesse. Elle venait réclamer le secours de la médecine pour une affection des petites lèvres, et fut admise dans une des salles consacrées au traitement des maladies des femmes, dans le Lying-in Hospital. Neuf ans auparavant, elle avait contracté de son mari une mala die vénérienne. Il y a deux ans qu'elle s'est aperçue que les petites lèvres grossissaient, et dans les derniers mois elles ont augmenté très-rapidement. Il pendait de la vulve (fig. 38) trois grosses tumeurs, de couleur rosée, œdémateuses, et divisées en une quantité de lobules. La tumeur centrale était le clitoris, qui offrait le volume d'un œuf de dinde et avait l'aspect d'un utérus procident; de chaque côté étaient les nymphes, qui étaient d'une dimension exagérée et d'une forme très-irrégulière; les fissures et les saillies qui les limitaient étaient exulcérées et laissaient suinter un liquide abondant et jaunâtre.

Comme l'hypertrophie du clitoris pouvait être une entrave pendant l'accouchement, on en proposa l'ablation qui fut faite de la façon suivante : un fil de soie très-fort fut passé autour du pédicule (qui avait le volume du pouce d'un adulte), et trois jours après on pratiqua l'excision au-dessous de la ligature. Ce qui restait du pédicule fut éliminé quelques jours après, laissant après lui une

(1) Davis, *Obstetric medicine*, vol. I, p. 60.

surface granuleuse de bon aspect, qui se cicatrissa rapidement. La femme s'en retourna chez elle pour accoucher, et quelques semaines après elle revint à l'hôpital. Le pédicule des tumeurs restantes était du volume de trois doigts environ. On le divisa en trois parties égales, qu'on serra séparément dans trois

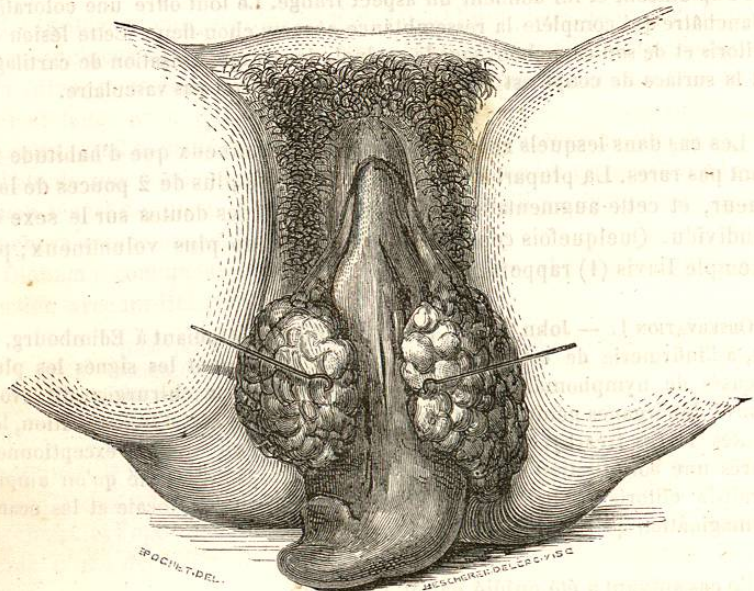


Fig. 38. — Hypertrophie du clitoris (M'CLINTOCK).

ligatures. Cette constriction, énergiquement faite, causa des douleurs très-vives. Le lendemain, on constata que la striction n'était pas suffisante encore. On appliqua de nouvelles ligatures, qui causèrent encore des douleurs extrêmement aiguës qui durèrent plusieurs heures.

Deux jours après, on excisa les tumeurs au-dessous des ligatures. Une seule artériole donna un peu de sang, qui fut rapidement arrêté. Le reste de la tumeur se détacha en peu de jours, et la plaie guérit facilement (1).

### § I. — Causes.

On croyait d'abord qu'une des principales causes de cette affection était l'abus du coït; mais Parent-Duchâtelet (2) montre que c'est là une opinion erronée. Parmi toutes les prostituées inscrites à Paris (environ 6,000), il n'y en avait que trois atteintes d'hypertrophie du clitoris, et aucune de celles-ci n'avait plus abusé du coït que les autres. D'autre part, on a trouvé le clitoris normalement développé chez des femmes se livrant d'une

(1) M'Clintock, *Clinical Memoirs on Diseases of Women*. Dublin, 1863, p. 225.

(2) Parent-Duchâtelet, *De la prostitution dans la ville de Paris*, 3<sup>e</sup> édition. Paris, 1857.

façon déréglée à leurs passions. Je crois pour ma part que, le plus souvent, on pourrait, dans des cas de cette nature, remonter à une origine syphilitique.

### § II. — Symptômes.

Les premiers signes sont ceux qui résultent de la disproportion des parties. Dans quelques cas, le coït a été rendu impossible; la marche était pénible. Chez quelques femmes la sensibilité de l'organe était absolue; moins souvent elle était augmentée, et chez ces dernières nous avons constaté la prédominance de désirs génésiques. L'hypertrophie peut être congénitale, ou bien encore la conséquence de l'inflammation.

Cette partie peut être aussi le siège de dépôts squirrheux, le plus souvent coïncidant avec un état morbide analogue de l'utérus; alors elle s'ulcère, devient douloureuse; ils'en écoule une sanie fétide, et la malade meurt (1).

À la Société médicale de Westminster, 14 novembre 1840, une pièce anatomique fut présentée, montrant les organes génitaux externes, l'utérus et les annexes d'une dame de quarante-cinq ans, qui était morte, pensait-on, d'un cancer utérin. La malade fut vue pour la première fois au mois de février 1840. Le médecin aperçut à ce moment le clitoris hypertrophié, dur, très-sensible, et oblitérant en grande partie le vagin. Bientôt le clitoris s'ulcéra, et peu à peu fut détruit. L'ulcération gagna les nymphes et arriva jusqu'aux os du pubis.

La malade succomba. Les organes internes, l'utérus et ses annexes étaient parfaitement sains.

### § III. — Traitement.

Si l'hypertrophie est légère, des astringents ou des caustiques peu énergiques suffiront; mais si elle est assez considérable pour apporter des troubles sérieux, si le clitoris est devenu sensible au point de déterminer de l'excitation génésique exagérée, le seul remède est l'amputation. Celle-ci sera faite par excision ou par ligature. Si la tumeur est petite, peu vasculaire, le bistouri est préférable; il est plus expéditif, et le sang sera facilement arrêté par des styptiques ou par le froid. Si la tumeur est très-volumineuse, il vaudra mieux employer une ou plusieurs ligatures, et vingt-quatre heures après, pratiquer l'excision au-dessous de la tumeur, ou bien on l'enlèvera au moyen de l'écraseur.

Dans l'observation de M'Clintock, le clitoris fut d'abord enlevé au moyen d'une ligature; plus tard, trois ligatures furent appliquées sur les nymphes, et après deux jours l'excision fut pratiquée. On se servira ensuite de lotions astringentes, et la malade sera tenue en repos.

(3) Dewees, *On diseases of Females*, p. 25. — *Lond. Med. Journ.*, vol. II, p. 115. — *Bull. médic. belge*, juin 1835.

Si, lorsque le clitoris est envahi par quelque production maligne, nous pouvons être sûrs que l'utérus est sain, il faudra l'enlever; mais il ne faut pas compter sur une cure radicale; et si l'on risque une opération, il faut avoir bien soin d'enlever toute la partie malade.

## CHAPITRE V

## TUMEURS DE L'ORIFICE DE L'URÈTHRE.

## ARTICLE PREMIER

## TUMEURS VASCULAIRES.

## [[TUMEURS ÉRECTILES.]]

La plus fréquente de ces excroissances douloureuses est la petite tumeur vasculaire. Elle fut décrite pour la première fois par Sharp, en 1750. Il constate que « de petites excroissances peuvent occasionner de violents désordres dans un organe aussi délicat que l'urèthre ».

J'en ai rencontré un exemple remarquable dans l'urèthre d'une jeune fille vierge : ces petites tumeurs s'étaient développées à l'orifice du méat urinaire, et pendant plusieurs mois avaient causé de cruelles douleurs, qui continuèrent jusqu'au moment où les tumeurs furent enlevées (1).

Cette affection fut aussi décrite par Morgagni, qui dit : « En examinant le corps d'une vieille femme, en 1751, je rencontrai une excroissance triangulaire à l'orifice externe de l'urèthre, mais elle n'était pas saillante. » On rencontre quelquefois, attachée à l'orifice de l'urèthre, une excroissance rouge et fongueuse, offrant le volume d'un haricot.

Après ces auteurs, M. Hughes, de Strond-Water, dans le Gloucestershire, en 1768, décrit ces tumeurs de la façon suivante : « Elles sont rouges, d'une texture molle et spongieuse, présentant une surface découpée, douloureuses au toucher; elles laissent sourdre une sérosité sanguinolente. » M. Hughes enleva le méat urinaire et guérit complètement sa malade (2).

Depuis lors, cette affection a été décrite avec plus de soin par Blomfield (3), Norman (4), Sharp, Warner, Jenner, sir M. C. Clarke (5), Wardrop (6), Velpeau (7), Hosack, Rosenmuller, Vogel, Kaldebrand, Drokaska, et enfin les écrivains les plus récents sur les maladies des femmes.

Règle générale : cette affection est plus fréquente chez les jeunes

(1) *Critical Inquiry to the present state of surgery*. 1750, p. 168.

(2) Hughes, *Medical facts and Observations*, vol. II, p. 26.

(3) Blomfield, *Chirurg. Observations*, vol. II, p. 296.

(4) Norman, *Edinb. med. Journal*, juin 1849.

(5) Clarke, *Diseases of Females*, vol. I, p. 289, et *Lond. med. Journal*, vol. VII, p. 260.

(6) Wardrop, *Lancet*, vol. XIII, p. 784.

(7) Velpeau, *Journal hebdomadaire*. Paris, juillet 1836.

femmes ou chez les femmes d'un âge moyen; cependant il y a de nombreuses exceptions. Davis en a observé un fait chez une femme de cinquante ans. Safford Lee a rencontré de ces tumeurs indistinctement à tout âge. Norman en a rencontré deux cas, l'un chez une femme de cinquante ans,

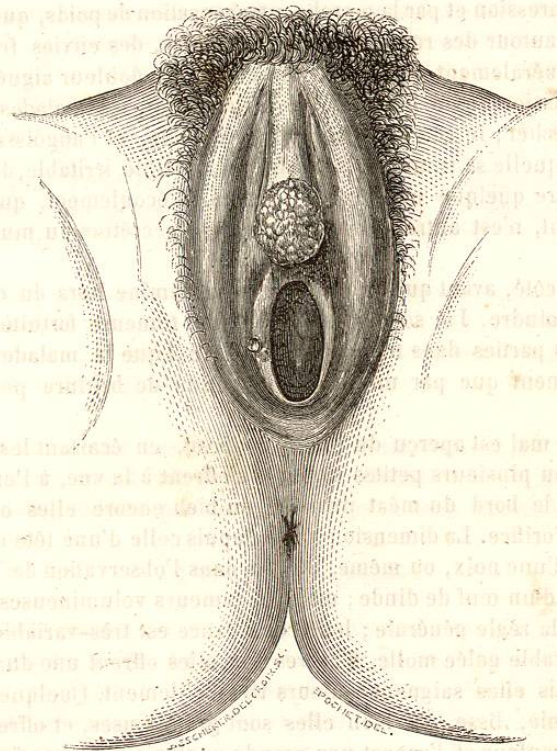


Fig. 39. — Tumeurs vasculaires de l'orifice de l'urèthre (Boivin et Dugès, *Atlas*, pl. XLII, fig. 1).

et un autre chez une femme de cinquante-deux ans. J'en ai trouvé, pour ma part, chez des sujets beaucoup plus âgés encore, entre autres chez une femme de soixante-dix ans. On en observe aussi chez de très-jeunes individus.

## § II. — Causes.

Les causes de ces tumeurs, comme celles de toutes les autres tumeurs vasculaires, sont très-obscurées. L'âge ne peut être qu'une cause très-secondaire, ainsi que le tempérament. Il est possible qu'une inflammation circonscrite au pourtour de l'orifice puisse avoir sur leur production une notable influence.

## § II. — Symptômes.

Au début, les symptômes sont peu marqués; puis surviennent des douleurs qui augmentent en même temps que la tumeur s'accroît. Les symptômes caractéristiques sont : une douleur intense dans la vulve, augmentant à la pression et par la marche, une sensation de poids, quelquefois des douleurs autour des reins et dans les cuisses, des envies fréquentes d'uriner et généralement, mais non toujours, une douleur aiguë au moment de l'émission des urines. Arrivées à ce point, les malades ne peuvent plus marcher; le coït est devenu impraticable, et l'angoisse perpétuelle dans laquelle se trouve la patiente la rend faible, irritable, déprimée, et fait craindre quelque maladie de l'utérus. L'écoulement, qui se fait assez abondant, n'est autre chose qu'une hypersécrétion du mucus normal.

D'un autre côté, avant que la tumeur ne proémine hors du canal, la douleur est moindre. J'ai souvent découvert ces tumeurs fortuitement, en examinant les parties dans un autre but, et avant que la malade n'en fût avertie autrement que par une légère sensation de brûlure pendant la miction.

Le siège du mal est aperçu du premier abord, en écartant les grandes lèvres : une ou plusieurs petites tumeurs s'offrent à la vue, à l'entrée du canal ou sur le bord du méat urinaire, ou bien encore elles oblitèrent entièrement l'orifice. La dimension varie depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une noix, ou même, comme dans l'observation de Warner, jusqu'à celle d'un œuf de dinde; mais les tumeurs volumineuses forment l'exception à la règle générale; leur consistance est très-variable : tantôt c'est une véritable gelée molle, d'autres fois elles offrent une dureté considérable; mais elles saignent toujours très-facilement. Quelquefois leur surface est unie, lisse, ou bien elles sont granuleuses, et offrent tout à fait pour la couleur et l'aspect une grande analogie avec une framboise. A de très-rare exceptions près, elles sont très-sensibles à la pression, quel qu'en soit le volume. La tumeur est mobile, généralement située sur un pédicule mince, inséré soit immédiatement au-dessous du petit tubercule qui se trouve au-dessus du méat, ou entre les lèvres du méat lui-même. J'ai vu des cas où toute la circonférence de la muqueuse qui tapisait l'orifice urétral était atteinte jusqu'à une certaine distance dans le canal. Norman affirme que toute la surface du canal peut être recouverte de ces excroissances, ce qui, en pareil cas, change tout à fait l'aspect de ces parties.

Ces tumeurs paraissent formées par des vaisseaux et du tissu conjonctif, recouverts par une muqueuse. C'est là l'opinion de C. Clarke, Boivin et Dugès, et de T. S. Luc. Warner décrit des fibres qu'il a rencontrées dans un cas, et Dewees rapporte que, dans toutes les tumeurs de cette nature qu'il a eu l'occasion d'enlever, il y avait une texture fibreuse. Norman

a donné l'examen microscopique d'une de ces tumeurs, d'après Quekett :

La tumeur était ovoïde, offrant à peu près deux lignes dans son plus long diamètre. Elle était de couleur blanche, et présentait à sa surface de nombreux filaments confervoides produits par le séjour de la pièce dans l'eau. Une coupe mince fut examinée au microscope à un grossissement de 200 fois, et j'y ai constaté la structure de l'épiderme. L'épithélium de la face extérieure était composé d'éléments pavimenteux, tandis que la surface de coupe était constituée des mêmes cellules plus condensées et très-agglomérées. Une coupe verticale nous a montré des papilles de dimensions variables très-vasculaires et enveloppées d'une couche épidermique : cette couche avec les papilles constituait toute la tumeur. Là où l'on trouvait des papilles, la tumeur était plus petite que du côté opposé, comme si elle avait été attachée à un pédicule.

Les papilles, sans aucun doute, contenaient des nerfs aussi bien que des vaisseaux, quoique le microscope ne nous les ait pas révélés. On peut donc dire que la tumeur se composait de papilles hypertrophiées recouvertes d'une couche épaisse d'épiderme (1).

On peut considérer ces tumeurs comme très-sujettes à récidive après leur excision. Quand une certaine longueur de l'urèthre est prise, elles semblent se reproduire presque aussitôt qu'on les a détruites.

## § III. — Diagnostic.

Si l'on tient compte des symptômes seulement, on pourra croire à une affection utérine ou à une maladie de la vessie; mais comme toujours, en pareil cas, on devra procéder à un examen qui mettra à l'abri de toute erreur. La présence de la petite tumeur à l'entrée de l'urèthre parlera d'elle-même; mais si, comme cela arrive quelquefois, elle est située un peu plus profondément, on ne devra pas négliger de dilater l'orifice pour s'assurer de l'état de la muqueuse du canal.

## § IV. — Traitement.

L'ablation de la tumeur est indispensable à la cure radicale de cette affection. Il n'y a que le procédé d'extirpation qui puisse faire question. Dans le texte de son étude C. Clarke conseille d'étendre la tumeur dans une large ligature; il considère ce moyen comme mettant mieux à l'abri d'une récidive; mais, dans une note, il dit qu'une plus longue expérience lui a démontré que l'excision et la cautérisation du pédicule lui avaient donné de meilleurs résultats. Ramsbotham, dans ses leçons (2), donne la préfé-

(1) Norman, *Edinb. monthly Journal*, vol. IX, p. 504.

(2) Ramsbotham, *Medical Gazette*.

rence à une fine ligature de soie. Lever, quand la tumeur présente l'aspect d'une cerise ou d'une mûre, la serre dans une ligature de soie cirée et coupe la tumeur au-dessous de la ligature. Dugès prétend avoir vu de ces excroissances guérir par l'emploi de lotions astringentes seules. Dubois et Cullerier recommandent la cautérisation sans excision. Au lieu de se servir d'un caustique après excision, madame Boivin saupoudre la tumeur d'alun en poudre. Norman préfère la ligature et un caustique énergique ensuite.

J'ai agi pour ma part de ces différentes façons et je préfère jusqu'à présent l'excision et l'application d'acide nitrique. Ce procédé m'a paru plus expéditif et, en somme, beaucoup moins douloureux que les autres. Je crois aussi que la tumeur est beaucoup moins exposée à récidiver, si l'on applique un caustique énergique sur la surface vive de l'excision. J'ai constaté avec plaisir que Baker-Brown suivait les mêmes errements. Ce chirurgien rapporte que Brigham, de Lynn, considère le cautère actuel comme le meilleur mode de traitement. Le plus souvent il est nécessaire de réitérer l'application (1).

Si l'on se décide à faire l'excision, on enlèvera rapidement la tumeur d'un coup de ciseaux au ras de la muqueuse, et l'on touchera la plaie avec le nitrate d'argent, l'acide nitrique ou la pâte de Vienne.

L'opération cause une assez vive douleur, qui cesse bientôt, et elle est rarement suivie d'une hémorrhagie qui soit de quelque importance. Cependant, j'ai eu occasion de voir survenir après cette opération une hémorrhagie assez grave. L'opérée, dans ce cas, était peu docile, et je doute que l'acide nitrique ait été régulièrement appliqué. L'écoulement sanguin fut assez promptement arrêté par une solution saturée de perchlorure de fer dans la glycérine. Quelques jours après, on fera une nouvelle application du caustique à la racine de la tumeur, et on la renouvellera jusqu'à ce que la tendance à la récidive ait complètement disparu. Depuis quelque temps, cependant, j'ai adapté une modification à ce procédé, qui me paraît un progrès réel.

D'abord je saisis la tumeur à sa racine avec l'instrument du docteur Wilde pour les polypes de l'oreille. Cet instrument prévient l'hémorrhagie et étrangle la tumeur. Je l'excise rapidement au-dessous du point de constriction et j'applique le caustique sur le pédicule. Quand l'escharé est tombée, je cautérise itérativement la surface dénudée avec une aiguille à tricoter rougie au feu, jusqu'à la complète destruction du fragment du pédicule. Ce moyen de cautérisation est préférable à toute autre espèce de caustique, car on n'apporte aucun dommage aux parties voisines. On peut pénétrer à une certaine distance dans le canal, et la douleur, quoique très-vive au moment de l'opération, est d'une durée beaucoup plus courte.

(1) Baker Brown, *On the surgical diseases of women*, p. 137.

Dans les cas où une grande partie de la muqueuse uréthrale est atteinte, quoique la végétation soit peu considérable, elle ne peut être enlevée ni par la ligature ni par l'instrument tranchant. Dans un cas rapporté par Davis, ce chirurgien s'est bien trouvé, après avoir enlevé tout ce qui était

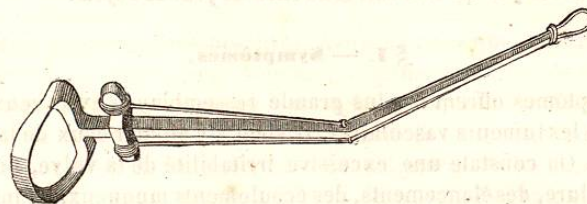


Fig. 40. — Pince de Wilde.

à sa portée, de l'usage de grosses bougies qu'il introduisait tous les jours. L'extraction de ces bougies entraînait chaque fois avec elle des portions végétantes (1).

Dans un fait observé par Werner, une tumeur de cette nature était située près du col de la vessie. Il commença par dilater l'urèthre de façon à pouvoir examiner le siège du mal avec son doigt. Alors il divisa l'urèthre jusqu'à mi-chemin environ de la vessie et appliqua une ligature sur la tumeur (2).

Lorsque la tumeur fut enlevée et qu'il eut pratiqué la cautérisation de la base, il maintint d'une façon constante les parties humectées avec une lotion fraîche, afin de prévenir l'inflammation et même la récidive de la tumeur.

Il faut administrer à la malade deux ou trois fois un léger purgatif, et la tenir pendant plusieurs jours dans un repos complet.

Dans la grande majorité des cas, je n'ai eu qu'à me louer de l'un ou l'autre de ces modes de traitement. Quelques-uns cependant semblent défier tous les efforts : j'ai même vu la tumeur récidiver dans des cas où je croyais l'avoir extirpée complètement.

## ARTICLE II

### TUMEURS ENCÉPHALOÏDES ET CARCINOMATEUSES.

On rencontre quelquefois dans la région uréthrale des tumeurs de cette nature. Elles ont été bien décrites par madame Boivin et Dugès (3), mais elles ne sont pas communes. Je n'en ai jamais rencontré un seul cas.

Le lecteur pourra lire la relation d'un fait de cette espèce par Brayne, de Banbury (4).

(1) Davis, *Obstetric medicine*, 6<sup>e</sup> édit., p. 86.

(2) Werner, *Reports and cases in surgery*, p. 309.

(3) Boivin et Dugès, *Maladies de l'utérus*, t. II, p. 646.

(4) Brayne, *Transactions of the provincial medical and surgical Association*, vol. IV.

Cette tumeur avait pris des proportions inouïes : elle pesait 11 livres. La constitution de la malade dépérissait chaque jour, sans que la médecine ou la chirurgie pût lui donner le moindre espoir. On rencontre presque toujours en même temps les signes d'une dégénérescence analogue de l'utérus; on conçoit qu'elle soit rare chez de jeunes sujets.

### § I. — Symptômes.

Les symptômes offrent la plus grande ressemblance avec ceux qui caractérisent les tumeurs vasculaires. Il vient s'y ajouter ceux de la maladie principale. On constate une excessive irritabilité de la vulve, une sensation de brûlure, des élancements, des écoulements muqueux. A l'inspection, on trouve une tumeur lobulée ou une agglomération de tumeurs (rarement très-volumineuses). Elles sont extrêmement douloureuses au toucher.

### § II. — Diagnostic.

L'âge de la malade donnera au chirurgien une première indication, et l'examen au spéculum, s'il fait découvrir quelque lésion utérine, lèvera tous les doutes.

### § III. — Traitement.

Le traitement variera évidemment, suivant qu'il existera ou non une lésion utérine. S'il en existe, il y aura peu de chose à tenter; car cette tumeur n'ajoutera que fort peu aux souffrances de la malade.

Si l'utérus est indemne, le traitement des tumeurs vasculaires est de tous points applicable en ce cas. On mettra, cela va sans dire, le plus grand soin à détruire exactement toutes les portions du mal, à cause de la facilité avec laquelle il récidive.

## CHAPITRE VI

URÉTHRITE, RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE, IRRITABILITÉ DE LA VESSIE.

### ARTICLE PREMIER.

#### URÉTHRITE.

Nous devons à Ashwell (1) la première description de cette maladie. Ses observations se rapportent toutes à la forme chronique; mais M'Clintok a publié des faits d'urétrite aiguë. Celle-ci peut survenir chez la femme à tout âge, pendant la grossesse, ou même en dehors de toute excitation des organes génitaux. Trois malades d'Ashwell étaient des veuves. Sans doute

(1) Ashwell, *Diseases of women*, p. 742.

l'urétrite peut être vénérienne, ou accompagner une affection cancéreuse; mais je ne parle pas de ces faits. Je constate seulement que l'urétrite peut exister indépendamment de l'une ou l'autre de ces affections. Elle peut être aiguë ou chronique.

### § I. — Causes.

Les causes paraissent très-obscurcs. Ashwell croit que les femmes nerveuses, irritables, y sont plus sujettes; il pense aussi que le chagrin ou la dépression morale peut n'être pas sans influence sur la production de cette maladie. Chez une femme à laquelle je donne mes soins, l'urétrite a suivi une éruption pustuleuse du col utérin. Je ne sais pas que l'affection ait jamais été constatée à la suite du travail de l'enfantement.

### § II. — Symptômes.

Le principal symptôme est une sensation de brûlure vive, constante, ou par paroxysmes, le long du canal, même en dehors de la miction, qui l'augmente considérablement. Il y a de plus du ténesme et de la pesanteur sur le périnée. Les urines peuvent n'avoir subi aucun changement, soit dans leur qualité, soit dans leur quantité; mais elles sont rendues si fréquemment, qu'il n'y en a chaque soir qu'une très-petite quantité. Ashwell a noté que souvent, pendant plusieurs jours de suite, elles étaient légèrement albumineuses; dans d'autres cas, elles contenaient de l'acide lithique; d'autres fois, elles contenaient du mucus épais et filant; quelquefois, mais rarement, elles contiennent du pus; plus souvent elles sont teintes de sang; mais ce phénomène est déterminé par la strangurie. Il n'y a aucun écoulement vaginal ou utérin. A l'inspection, il n'y a aucune trace d'inflammation de la vulve ou du vagin. Si l'on écarte les lèvres du méat, on trouve la muqueuse du canal d'un rouge intense, et celle-ci peut être tellement boursoufflée, qu'elle fasse saillie au dehors, comme le note M'Clintock dans une de ses observations. Le passage d'une sonde est excessivement douloureux; mais cette douleur ne s'étend pas à la vessie, dans laquelle on ne constate aucune trace de calcul ni d'aucune autre maladie. La pression exercée le long de l'urètre dans des cas de forte intensité est très-douloureuse, et alors le coït devient très-pénible, ce qui n'arrive pas dans les cas de moyenne intensité. Au premier abord, le jet de l'urine peut être parfaitement libre; mais souvent il est brusquement interrompu, probablement à cause d'une contraction spasmodique, et à cet arrêt soudain succéderont des efforts violents et très-pénibles! La constitution n'est pas altérée, même par une longue durée de la maladie. La menstruation poursuit son cours régulier; il n'y a pas de vomissements, l'appétit est nul ou capricieux. La malade prend un aspect fatigué et découragé, autant à cause de la privation de sommeil que par les souffrances elles-mêmes.