

la cause. Elles peuvent avoir aussi une origine génitale. En dehors des cas observés chez l'homme consécutivement aux maladies de la prostate, les uretérites d'origine génitale sont particulières au sexe féminin. Elles se produisent alors à la faveur des compressions uretérales causées par l'utérus gravide, l'épithélioma du col, les fibromes, causes qui toutes favorisent l'infection (Voy. p. 732), ou résultent de la propagation d'un processus inflammatoire engendré par les phlegmons des ligaments larges, les pelvi-péritonites, les salpingo-ovarites, l'hématocèle péri-utérine.

Anatomie pathologique. — Les lésions de l'urétérite *aiguë* sont peu connues. On a distingué une forme catarrhale, caractérisée surtout par des modifications épithéliales, et une forme phlegmoneuse, qui s'accompagne d'une tuméfaction très accusée du conduit avec des épanchements sanguins dans l'épaisseur de ses parois. Dans l'intérieur, on trouve du mucus, et surtout s'il s'agit de la deuxième forme, du pus et du sang. Le boursoufflement de la muqueuse et l'infiltration de toutes les couches de la paroi urétérale aboutissent à la production de rétrécissements. Autour de l'urétére, on trouve de la périurétérite suppurée ou non, soit diffuse, soit circonscrite en un ou plusieurs points sous forme de nodosités inflammatoires.

Dans l'urétérite *chronique*, l'urétére est modifié dans sa longueur, et par suite dans sa direction et dans son calibre. Ces modifications se ramènent à deux types principaux suivant qu'il s'agit d'urétérite avec ou sans dilatation.

Dans l'urétérite *avec dilatation* l'urétére est généralement allongé et sinueux. Il présente des parties dilatées, pouvant acquérir le volume d'une noix, limitées par des parois amincies et flasques, et séparées par des rétrécissements valvulaires, surtout accusés aux deux extrémités du conduit. La muqueuse est épaisse ou amincie, généralement tomenteuse, ecchymosée ou ardoisée, noirâtre, parsemée d'érosions. L'épithélium a souvent disparu et la muqueuse est transformée en un tissu embryonnaire très vasculaire; la couche musculaire est plus ou moins infiltrée.

Dans l'urétérite *sans dilatation ou scléreuse*, les lésions de périurétérite prédominent. L'urétére est raccourci, souvent rétréci, englobé dans une induration fibreuse sur une grande partie de sa longueur. Ses parois sont presque entièrement formées par du tissu conjonctif inodulaire qui remplace à la fois la muqueuse et la musculature.

Symptômes. — Les signes propres de l'urétérite aiguë ne sont pas connus. Ceux de l'urétérite chronique se confondent avec ceux de la pyélite. On sera amené à soupçonner la participation de l'urétére au processus inflammatoire par l'existence de douleurs à irradiations spéciales, le long de l'urétére, vers les aines, la vessie, la face interne des cuisses, ou en haut vers l'hypocondre. Ces douleurs sont intermittentes et reviennent sous la forme de coliques.

De plus, on peut souvent sentir, surtout s'il s'agit d'urétérite avec induration, soit par le palper abdominal, soit par le toucher vaginal ou rectal, un cordon plus ou moins dur, irrégulier, très sensible à la pression. Dans un cas rapporté par Tourneur, un noyau d'induration placé sur le trajet de l'urétére présentait le volume d'un œuf.

Pronostic. — Il est entièrement subordonné à la cause de l'infection et à l'état de la vessie et du rein. Lorsque l'urétérite guérit, elle laisse souvent à sa suite des rétrécissements ou même une oblitération fibreuse presque complète ou complète du conduit.

Traitement. — Il se confond avec celui des pyélo-néphrites et pyonéphroses, longuement exposé plus haut (Voy. p. 758 et 821).

IV

RÉTRÉCISSEMENTS

Les rétrécissements de l'urétére se montrent rarement en clinique comme une affection isolée de ce conduit. Presque toujours ils sont associés à des lésions rénales, à des calculs ou à des fistules de l'urétére qui dictent la conduite thérapeutique; le traitement de la sténose n'est plus qu'un complément opératoire. Cependant, par le fait d'une urétérite ou d'une périurétérite scléreuse, les rétrécissements de l'urétére peuvent se montrer à titre d'affection isolée. Ils s'accusent alors par des symptômes de rétention rénale ou même d'hydronéphrose. Le plus souvent, c'est seulement au cours de l'intervention, après l'exploration du rein, que s'affirment et leur existence et leur localisation, grâce au cathétérisme descendant du conduit. Dans ces dernières années j'ai pu chez plusieurs malades diagnostiquer avec une grande précision le siège et le calibre de rétrécissements urétéraux, grâce au cathétérisme cystoscopique des urétéres.

Si le rétrécissement siège à l'extrémité supérieure de l'urétére, on pourra s'adresser à l'un des procédés d'uretéro-pyélonéostomie que nous avons exposés à propos du traitement de l'hydronéphrose.

S'il siège à l'extrémité inférieure, on s'adressera à la greffe vésicale, que nous étudierons à propos des fistules de l'urétére.

S'il siège enfin dans la continuité de l'urétére, deux cas doivent être distingués suivant que celui-ci est encore perméable, ou au contraire que son oblitération est complète ou à peu près.

Dans le premier cas, si une incision a déjà été faite à distance, pour l'extraction d'un calcul ou la cure d'un autre rétrécissement, on pourra profiter de cette brèche pour pratiquer une véritable uretérotomie interne, et l'on terminerait par l'établissement dans l'urétére d'une sonde à demeure que l'on ferait sortir par l'urétére en prenant son