

constances particulières telles que l'exploration intempestive de l'urèthre à l'aide de la sonde ou le refoulement du pus blennorrhagique dans la partie postérieure du canal.

L'urétrite postérieure peut naître naturellement plus tard, à l'occasion d'une récurrence ; elle ne s'installe pas toujours lors d'une première atteinte.

HEISLER (1891) dans une statistique de 50 cas aurait observé l'apparition de l'urétrite postérieure :

Dans la 1 <sup>re</sup> semaine après l'infection	dans	20 p. 100	de ces cas.
» 2 <sup>e</sup>	»	34 p. 100	»
» 3 <sup>e</sup>	»	14 p. 100	»
» 4 <sup>e</sup>	»	20 p. 100	»

Nous n'avons jamais vu l'urétrite postérieure s'installer d'aussi bonne heure chez les malades non traités ; et ce sont les malades non soumis au traitement qu'il faut envisager ici, car les injections, surtout celles qui ne sont pas antiseptiques, peuvent déjà favoriser la propagation de l'inflammation.

RONA (1891) croit à tort que toute urétrite qui a envahi le bulbe se propage aussi au canal postérieur. D'après cet auteur l'urétrite antérieure n'intéresserait que l'urèthre mobile tandis que l'urétrite postérieure comprendrait l'inflammation du bulbe et celle des régions membraneuse et prostatique.

*L'entrée en scène de l'urétrite postérieure reconnaît des causes internes et des causes externes.*

C'est dans la constitution et l'état général du malade qu'il faut rechercher les causes internes.

Chez les sujets affaiblis ou souffrant d'affections chroniques (tuberculose, scrofuleuse, syphilis) l'urétrite postérieure se greffe facilement sur l'urétrite antérieure (à la troisième semaine). Mais sans que ces cachexies soient en cause, l'urèthre de certains individus constitue pour le virus blennorrhagique un excellent terrain. Ce sont en général les personnes délicates, blondes, disposées aux catarrhes, qui paraissent pouvoir prendre le plus facilement une urétrite aiguë postérieure.

Il est certain aussi que les patients qui ont souffert d'urétrite postérieure une première fois la verront se reproduire dans les atteintes ultérieures.

Dans tous ces cas l'urétrite postérieure succède d'ordinaire au premier maximum intensif de la maladie (donc à la troisième semaine)

et s'établit d'une façon insidieuse, sans symptôme subjectif bien notable.

Les causes externes qui produisent une aggravation ou une récurrence de l'urétrite antérieure donnent aussi facilement lieu à l'urétrite postérieure. Ce sont toutes ces influences dont nous avons déjà parlé : les excès in Venere et Baccho, les mets épicés, les boissons fortes, les pollutions, les mouvements exagérés, la fatigue physique, et nous ajouterons à tout cela : les injections précoces, les injections pratiquées maladroitement ou faites avec une solution forte ou non antiseptique, l'introduction d'instruments dans le canal au moment où l'urétrite antérieure existe. *Le plus souvent alors l'urétrite postérieure apparaît brusquement, et les symptômes subjectifs en sont bien marqués.*

Si au moment où s'exerce l'une des influences fâcheuses que nous avons signalées, l'urétrite antérieure est réduite à de légers symptômes, elle ne s'aggrave pas par le fait de l'extension du processus à l'urèthre postérieur.

La fréquence avec laquelle l'urétrite postérieure se greffe sur l'antérieure est jusqu'ici controversée.

LEPRÉVOST (1884) et GRAND (1886) ont dit que l'urétrite postérieure se rencontrait dans un sixième et les quatre cinquièmes des cas de blennorrhagie uréthrale. Pour JADASSOHN (1886) cette proportion serait de 87,7 p. 100 pour les urétrites datant de 4 à 6 semaines.

LETZEL (1890) croit que les urétrites de 7 à 10 semaines se compliqueraient d'urétrite postérieure dans 92,5 p. 100 des cas. ROUX admet la proportion de 62 p. 100 pour les urétrites de 8 à 10 semaines et celle de 66 p. 100 pour les urétrites vieilles de plus de 10 semaines. Pour PHILIPSON (1891) la fréquence de l'urétrite postérieure serait de 86,6 p. 100 des cas.

Ces données contradictoires dépendent du mode d'examen des malades. Il est certain que l'épreuve des deux verres (épreuve dont nous reparlerons) renseigne un nombre d'urétrites postérieures inférieur à la vérité, tandis que l'épreuve plus exacte de l'irrigation (qui consiste à faire uriner le malade après lui avoir lavé tout l'urèthre antérieur à l'eau stérilisée et à l'aide d'une sonde introduite jusqu'au bulbe) décèle une plus grande proportion d'urétrites postérieures. Mais l'irrigation elle-même est entachée de causes d'erreur et fautive aussi le diagnostic de l'urétrite postérieure, si elle n'est pas employée avec précision. Il en est ainsi quand l'eau de lavage ne ramène pas toute la sécrétion du canal antérieur ou quand par mégarde le

cathéter poussé au delà du bulbe refoule la sécrétion dans la région membraneuse. Cette sécrétion est alors emportée par le jet d'urine et on la considère à tort comme provenant de l'urèthre postérieur.

La fréquence de l'urétrite postérieure relativement à celle de l'urétrite antérieure varie encore considérablement avec le genre des malades que l'on a l'occasion d'observer. Ainsi, chez les hospitalisés, qui gardent le lit et qui sont soumis à une surveillance rigoureuse, l'urétrite postérieure est relativement rare.

Cette complication est déjà plus fréquente chez les malades de la clientèle privée et plus fréquente encore chez les ouvriers qui fréquentent les polycliniques. La statistique de ma pratique privée (en basant le diagnostic sur l'épreuve de l'irrigation) comporte 63 p. 100 d'urétrite postérieure, celle de ma polyclinique 82 p. 100. Un matériel mixte pourrait seul fournir des données statistiques précises.

L'urétrite postérieure se développe insidieusement ou s'annonce par une série de phénomènes caractéristiques.

Dans le premier cas aucun symptôme ne révèle la propagation du processus à l'urèthre postérieur; la maladie semble suivre son évolution normale; elle diminue progressivement et la guérison s'établit à la longue. Rien n'éveille l'idée d'une complication si nous nous contentons d'une exploration incomplète du malade. Mais à l'examen de l'urine nous sommes immédiatement frappés du contraste qui existe entre la sécrétion relativement faible du méat et le trouble très considérable de l'urine. Ce fait nous indique déjà a priori qu'en dehors de la petite quantité de pus produite dans l'urèthre antérieur et qui fournit à l'écoulement, une autre cause amène le trouble de l'urine: le mélange à celle-ci d'une sécrétion qui n'arrive pas à se faire jour au méat.

Si l'on soumet le patient à l'épreuve des deux verres, autrement dit, si on le prie de répartir l'urine d'une miction en deux portions, recueillie chacune dans un verre, on constate que la première portion est fort trouble et que la seconde l'est aussi, mais à un plus faible degré.

Pourquoi cette seconde portion est-elle trouble? Parce qu'évidemment l'urine collectée dans la vessie est elle-même trouble. Le premier jet d'urine emporte en effet tout le pus qu'il rencontre dans l'urèthre; si l'urine contenue dans la vessie était claire elle le serait aussi dans le second verre où on la recueille.

Le pus de l'urèthre antérieur peut s'écouler librement à l'extérieur; du côté de la vessie au contraire l'issue est fermée solidement par le compresseur uréthral; il ne pourrait du reste s'échapper dans cette direction qu'en remontant la pente du canal. Et par où s'écoule le pus qui est formé dans l'urèthre postérieur?

Le tonus musculaire des régions membraneuse et prostatique ferme en ces points si bien l'urèthre qu'il n'existe là à l'état normal qu'une lumière extrêmement petite. Ce tonus est exagéré par suite du processus inflammatoire ce qui rend impossible l'accumulation du pus en ces endroits. Où se rend alors le pus que produit en grande quantité l'urétrite aiguë postérieure?

Nous venons de dire que le pus formé dans la région membraneuse ne pouvait y séjourner. La contraction des muscles l'expulse ou du côté du bulbe ou du côté de la région prostatique.

La sécrétion de l'urèthre prostatique ne reste pas davantage là où elle se forme. Le sphincter membraneux ferme l'issue vers l'urèthre antérieur; en arrière, par contre, la voie est libre, la vessie est ouverte et ne dispose d'aucune force capable d'en défendre l'entrée aux liquides ou aux substances solides qui se trouveraient déjà dans l'urèthre prostatique. Le pus formé dans cette dernière portion se déverse donc dans la vessie et trouble l'urine qu'elle contient. Mais cela n'arrive pas, si la vessie n'est que modérément remplie, car alors la région prostatique est en réalité bien fermée. Quand la réplétion du réservoir augmente, cette région prostatique devient la cavité cervicale de la vessie, nous l'avons dit au chapitre de l'anatomie. Dans ces conditions, une petite partie du pus reste au lieu même où il s'est formé, une autre s'écoule peu à peu dans la vessie, au fur et à mesure que celle-ci se distend, et vient se mélanger à l'urine, et la troubler.

La seconde portion d'urine est surtout trouble, quand il existe de grands intervalles entre les mictions, laps de temps pendant lesquels le pus est sécrété en plus grande abondance. Par contre le pus ne s'épanche pas dans la vessie et ne trouble par conséquent pas l'urine quand sa faible quantité peut trouver place dans l'urèthre postérieur. C'est ce qui se présente quand les mictions se suivent de près, d'autant plus qu'alors la vessie n'étant pas distendue, le sphincter prostatique interne reste fermé.

Le même sujet pourra donc émettre dans la même journée tantôt des urines claires et tantôt des urines troubles (secondes portions) suivant que les mictions seront plus ou moins fréquentes. Ces changements

observés dans le trouble des secondes portions d'urine prises à des moments différents constituent un des signes les plus caractéristiques de l'urétrite aiguë postérieure, en même temps qu'elles permettent un diagnostic différentiel certain d'avec la cystite. Dans cette dernière affection, en effet, le muco-pus se forme dans la vessie elle-même, ce qui exclut la possibilité de constater une seconde portion d'urine claire. Toutefois, dans l'urétrite postérieure très aiguë, les secondes urines (deuxième portion d'une miction) sont toujours troubles; cela n'est le cas, nous le répétons, pour l'urétrite subaiguë que lorsque les mictions se succèdent à de longs intervalles.

L'urétrite postérieure présente, comme l'antérieure, des exacerbations nocturnes. Indépendamment du fait que le malade reste un grand nombre d'heures sans uriner, il se produit pendant la nuit une augmentation de la suppuration. Aussi, certains malades qui pendant le jour émettent des secondes urines claires, grâce à la rémission diurne de l'inflammation et grâce aussi à la fréquence des mictions, peuvent-ils présenter le matin un trouble considérable de la seconde portion d'urine. Un principe ressort de ces remarques, c'est qu'il ne faut jamais exclure l'urétrite aiguë postérieure que si la seconde portion de l'urine matinale se montre bien claire, en dépit du long espace de temps pendant lequel le malade n'a plus uriné.

L'épreuve des deux verres, surtout quand on l'applique à l'urine du matin, nous autorise donc à diagnostiquer une urétrite postérieure aiguë même lorsqu'elle est insidieuse ou qu'elle évolue sans symptômes bien frappants.

Toujours, dans ce dernier cas, la première portion d'urine est plus trouble que la seconde. Le premier jet, en effet, en traversant l'urètre, entraîne tout le pus qui y est contenu, tandis que l'urine qui vient après trouve la voie entièrement débarrassée de la sécrétion qui l'encombraît. La seconde portion n'est trouble que parce que la sécrétion de l'urétrite postérieure régurgite dans la vessie. Pour cette raison, le trouble du second verre donne la mesure de l'inflammation de l'urètre postérieur.

A côté des blennorrhagies postérieures torpides, sans symptômes propres, à peine appréciables à l'épreuve des deux verres, il en existe d'autres qui surviennent brusquement et qui s'annoncent par une explosion de symptômes nets, typiques.

Parmi ces derniers, le plus commun et le plus pénible est le *ténesme vésical*, la *strangurie* dont l'intensité est parallèle au degré de l'in-

flammation. Dans les cas très aigus, les besoins d'uriner sont continuels, impérieux, douloureux et forcent le malade à évacuer la vessie toutes les cinq à dix minutes. Comme la vessie n'a pas le temps de se remplir l'urine n'est jamais éliminée qu'en petite quantité. La miction accomplie la strangurie ne cesse pas; elle se renouvelle constamment, que la vessie soit remplie ou vide. Cette sensation pénible est donc tout à fait indépendante de l'état de vacuité ou de réplétion vésicale et ne doit être mise aucunement sur le compte de l'irritation qu'exercerait par exemple l'urine sur certains points du tractus. Nous l'avons dit (au chapitre de la *Physiologie*), normalement le besoin d'uriner naît de l'irritation exercée par l'urine sur la muqueuse uréthrale prostatique; l'introduction d'une bougie, d'une sonde dans la région prostatique a le même effet et l'inflammation doit agir dans le même sens; les terminaisons nerveuses de la muqueuse malade sont irritées par le fait de l'hypéremie et de l'exsudation dont cette muqueuse est le siège.

*Les besoins continuels d'uriner ont donc leur point de départ dans l'état d'irritation de la région prostatique enflammée; et l'état de réplétion ou de vacuité de la vessie ne joue ici aucun rôle.* Toutes les influences qui augmentent l'inflammation développent aussi ces besoins; il en est ainsi des mouvements exagérés, particulièrement des promenades en voiture et de l'équitation; le repos les atténue au contraire.

La strangurie est plus caractéristique à la période subaiguë qu'à la période aiguë. Quand la vessie se remplit lentement, elle peut le faire complètement sans que survienne le besoin de l'évacuer. Mais, dès que ce besoin apparaît, il devient si rapidement impérieux que le malade est forcé d'y satisfaire immédiatement sous peine d'uriner involontairement. Le besoin normal de la miction résulte de l'irritation des premières gouttes d'urine sur le segment postérieur de l'urètre prostatique. Il est modéré au début et n'augmente qu'avec la quantité de liquide qui pénètre dans l'urètre postérieur et la pression à laquelle ce liquide est soumis. Si la muqueuse uréthrale postérieure est modérément enflammée, l'irritation due à la phlegmasie elle-même ne provoque pas le besoin d'uriner. Mais, dès que les premières gouttes d'urine arrivent au contact de cette muqueuse malade, brusquement le besoin apparaît et son intensité dépend de celle du processus morbide lui-même.

Les urétrites postérieures très aiguës s'accompagnent d'ordinaire d'hématurie. Dans les cas légers d'hématurie, il n'y a que les der-

nières gouttes d'urine qui soient teintées de sang. L'hémorrhagie est le fait de la contraction du sphincter urétral s'exerçant sur la muqueuse tuméfiée et parfois érodée de la région prostatique; *le sang ne provient donc pas de la vessie, mais de l'urètre postérieur*. C'est là un fait qu'HOROVITZ (1885) démontra. Cet auteur introduisit dans la vessie d'un malade présentant de l'hématurie à la fin de chaque miction, une sonde molle qu'il y laissa à demeure. Après quelque temps, la vessie ayant été lavée, l'urine s'écoula de la sonde, parfaitement claire, sans trace de sang; l'hémorrhagie n'avait donc pas son siège dans la vessie. Quand l'hématurie est intense le sang, comme le pus auquel il se mélange, se rend dans la vessie dont il teinte le contenu. Le malade émet alors une urine sanguinolente, qu'elle soit ou non répartie en deux portions; les dernières gouttes sont formées de sang pur. A ce stade aigu de l'urétrite postérieure, il existe toujours, on le comprend, une violente strangurie.

Le parenchyme de la prostate s'entreprind aussi quand l'urétrite postérieure est très aiguë. Nous aurons l'occasion de traiter avec plus de détails de cette complication au chapitre de la prostatite.

Les opinions que nous avons développées au sujet de la pathogénie et de la symptomatologie de l'urétrite postérieure sont assez généralement admises. Tous les auteurs ne s'y rallient cependant pas.

FURBRINGER (1890) notamment ne croit pas que la sécrétion de l'urètre postérieur puisse s'écouler dans la vessie. Il admet donc que dans tous les cas où l'on observe un trouble de la seconde portion de l'urine, la strangurie, l'hématurie terminale, il y a cystite.

L'opinion de V. ZEISSL (1888) sur ce point diffère encore de la précédente, elle est du reste peu compréhensible. Cet auteur n'admet pas que le pus puisse régurgiter de l'urètre prostatique dans la vessie; d'après lui, dans toute urétrite prostatique la seconde portion de l'urine serait claire; le trouble de cette seconde portion impliquerait toujours une cystite. Mais il ajoute que dans l'urétrite prostatique, sans participation de la vessie, on observerait la strangurie et l'hématurie terminale. Logiquement il devrait alors y avoir des cas (ce serait, si l'on veut, l'urétrite prostatique de V. ZEISSL) où malgré la strangurie et l'hématurie terminale, la seconde portion de l'urine serait claire. Et cela, personne ne l'a observé, pas même M. V. ZEISSL lui-même.

Il faut s'entendre : on observe souvent dans la blennorrhagie un trouble de la seconde portion de l'urine, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas strangurie. La question est alors de savoir, si, comme FURBRINGER

l'admet, il y a cystite dans tous ces cas, ou si l'urétrite postérieure peut, à elle seule, produire cet ensemble de symptômes. Beaucoup d'arguments viennent à l'appui de cette dernière manière de voir. ZEISSL en tout cas est seul à prétendre qu'il est possible d'observer de la strangurie alors que la dernière portion d'urine est claire. Ni FURBRINGER ni moi ne lui donnerons raison sur ce point.

**Symptômes subjectifs.** — En dehors de la strangurie qui n'existe pas toujours et qui est parfois remplacée par un besoin plus impérieux que d'habitude d'accomplir la miction, il existe d'autres phénomènes subjectifs. Les malades se plaignent souvent d'une sensation de brûlure, de démangeaisons, ou de douleurs légères, lancinantes dans les parties profondes de l'urètre et dans le voisinage de l'anus, douleurs qui tendent généralement à augmenter après les mictions et les défécations.

**Phénomènes d'irritation sexuelle.** — Ceux-ci varient avec le degré d'acuité du processus lui-même et sont analogues à ceux que l'on observe dans l'urétrite aiguë antérieure.

Il est vrai que le priapisme, les érections douloureuses manquent souvent; mais si les érections se font sans douleurs, les pollutions sont assez fréquentes, et l'éjaculation s'accompagne de sensations douloureuses, lancinantes, ressenties dans le périnée. *Ces pollutions, surtout dans l'urétrite postérieure subaiguë peuvent se renouveler plusieurs fois en une semaine et reconnaissent comme causes l'état d'irritation du veru montanum. Elles sont si caractéristiques que lorsqu'un patient arrivé à la troisième ou à la quatrième semaine de son urétrite commence à se plaindre de pollutions fréquentes, il faut songer immédiatement à l'urétrite postérieure et examiner le malade à ce point de vue.*

**Sécrétion.** — L'écoulement symptomatique de l'urétrite postérieure est analogue à celui de l'urétrite antérieure; il est muco-purulent. La quantité de pus relativement à celle du mucus augmente avec l'acuité du processus. L'urine que l'on recueille en deux verres forme dans ceux-ci un sédiment de deux couches, l'une, l'inférieure, formée de pus, l'autre, la supérieure, de mucus; l'épaisseur respective de ces couches est variable.

Dans les corpuscules de pus que contient la deuxième portion d'urine on peut faire apparaître à l'aide du bleu de méthylène alcalinisé des amas caractéristiques de gonocoques, en nombre plus ou moins

considérable. On les trouve surtout quand la sécrétion est mucopurulente.

Par contre, dans certaines formes plus rares d'urétrite postérieure, on ne découvre de gonocoques ni dans le sédiment de la deuxième portion d'urine, ni dans le muco-pus obtenu après irrigation de l'urètre antérieur. Dans ces cas, la région postérieure n'est que faiblement atteinte; tandis que l'écoulement du méat est abondant et purulent, les secondes urines ne montrent qu'un léger trouble ou quelques filaments. JADASSOHN (1892) croit qu'il s'agit, en l'espèce, d'urétrites postérieures développées sous l'influence de toxines sécrétées par les gonocoques et apportées en ces points par la circulation.

Pour la recherche du gonocoque (dans le cas d'urétrite postérieure) le mieux est de filtrer la seconde portion de l'urine fraîchement émise et d'examiner, comme nous l'avons déjà dit, le sédiment retenu sur le filtre. Il ne faut pas négliger de recourir à la méthode de GRAM si l'on veut établir solidement le diagnostic. Le fait que dans une urétrite postérieure aiguë, le muco-pus de la seconde portion d'urine ne contient que des éléments purulents dont quelques-uns renferment des gonocoques prouve que cette sécrétion provient bien en réalité de l'urètre postérieur. Si, en effet, tout ce sédiment provenait de la vessie, il s'agirait d'une cystite purulente qui cadrerait mal avec l'acidité des urines, acidité que l'on peut toujours constater au cours de l'urétrite postérieure.

L'urétrite postérieure s'accompagne souvent d'un phénomène morbide particulier, d'une *albuminurie* parfois assez notable; on la constate en soumettant les urines filtrées à l'épreuve de KOCH ou à l'épreuve de l'acide nitrique. La quantité d'albumine ne paraît pas dépendre de la proportion du pus dans les urines; mais *l'albuminurie est étroitement liée à la strangurie*; elle augmente, diminue ou disparaît avec elle pour reparaitre si la strangurie elle-même se renouvelle. La pathogénie de ce symptôme n'est pas jusqu'ici complètement élucidée. Il n'est pas impossible qu'il s'agisse en l'espèce d'un trouble réflexe vaso-moteur, rentrant dans les phénomènes du même ordre qu'entraîne d'ordinaire l'inflammation aiguë de l'urètre postérieur. ULZMANN (1880) explique l'apparition de ce symptôme par la théorie de RENEBERG, suivant laquelle l'albumine passe dans les reins normaux, des glomérules dans les canalicules urinaires, quand la pression artérielle diminue dans les glomérules ou quand la pression à laquelle est soumise la sécrétion urinaire augmente dans les canalicules urinaires.

Cette dernière condition est réalisée s'il y a stase dans l'appareil excréteur de l'urine. L'inflammation aiguë de l'urètre postérieur et les envies fréquentes d'uriner qui en résultent s'accompagnent de contractions musculaires réflexes, notamment du spasme des sphincters. A la contraction de la musculature de la prostate prennent aussi part les couches musculaires du trigone de LIEUTAUD. Ces muscles, qui affectent avec les premiers des rapports anatomiques intimes, entourent l'orifice des uretères et les ferment quand ils entrent en contraction tonique. De l'occlusion des uretères résulte bientôt une stase urinaire et une albuminurie qui cesse et qui reparait en même temps que le ténésme sphinctériel lui-même. L'albuminurie peut aussi reconnaître pour cause l'administration des narcotiques; elle disparaît dès que l'on en suspend l'usage et vice versa. Nous avons pu faire très souvent cette observation à laquelle FURBRINGER (1890) n'ajoute cependant pas foi; nous considérons la présence d'une grande quantité d'albumine dans les urines comme un signe d'irritation, d'inflammation intense.

Aussi cette albuminurie nous engage-t-elle toujours à ne pas entreprendre de traitement local, préjudiciable en ce cas. Tout récemment BALZER et SOUPLET (1892) ont encore étudié l'albuminurie apparaissant dans le cours de la blennorrhagie. Parmi les 424 malades qu'ils eurent à examiner 99 présentaient une albuminurie intense, plus forte que ne le comportait la purulence des urines. De ces 99 cas, 62 étaient compliqués d'épididymite, 11 d'épididymite et de cystite, 5 de cystite, il y avait enfin 21 blennorrhagies simples. Chez les 78 premiers malades (blennorrhagies compliquées), il y avait sans aucun doute urétrite postérieure. Malheureusement les auteurs ne disent pas si les 21 blennorrhagies non compliquées intéressaient l'urètre antérieur ou, à la fois, l'urètre antérieur et postérieur.

Ces cas appartiennent évidemment à l'albuminurie. Je voudrais toutefois mettre en garde contre le diagnostic de pyélite et de néphrite posé par ces auteurs, attendu qu'ils ne sont pas parvenus à découvrir dans les urines des éléments du rein ou des bassinets (cellules, cylindres).

**Phénomènes généraux.** — Ils se rapprochent de ceux que l'on observe dans l'urétrite antérieure, mais sont habituellement plus intenses. Les plus graves dérivent du ténésme dont s'accompagnent les formes aiguës. Cette strangurie, même lorsqu'elle est continue, présente des exacerbations. La douleur arrache souvent alors des cris

aux patients; on peut les voir le front couvert de sueur froide. Le dépérissement est parfois notable, le visage pâlit, les yeux se creusent, tout cela donne l'impression d'une affection grave. La fièvre manque rarement, l'appétit est souvent aboli; on observe généralement une tendance opiniâtre à la constipation.

Dans les cas subaigus l'état général est moins affecté.

**Formes.** — D'après l'acuité du processus nous reconnaissons, ici encore, trois degrés à la maladie.

1. *Forme subaiguë.* — Forme surtout catarrhale. La sécrétion qui est presque exclusivement muqueuse, pauvre par conséquent en cellules purulentes, est d'ordinaire assez rare. La seconde portion de l'urine matinale est trouble, celle que l'on recueille le jour est généralement claire. Les phénomènes subjectifs se bornent à des besoins d'uriner un peu plus impérieux que de coutume, peut-être aussi plus fréquents.

2. *Forme aiguë.* — La sécrétion est purulente et plus abondante; aussi la seconde portion de l'urine est-elle presque toujours trouble; elle peut être claire l'une ou l'autre fois dans le courant de l'après-midi, quand la rémission habituelle du processus coïncide avec une plus grande fréquence des mictions.

Les symptômes subjectifs sont plus marqués que dans la forme précédente, les mictions sont notamment plus fréquentes et plus impérieuses.

3. *Forme suraiguë.* — La sécrétion est nettement purulente, abondante; la deuxième portion des urines est toujours très trouble, le ténesme très violent. Après la miction on observe souvent une petite hémorrhagie. Les phénomènes subjectifs sont considérables, l'état général mérite réellement la compassion.

**Marche.** — Nous avons dit que l'urétrite postérieure aiguë atteignait rapidement son acmé et qu'à partir de ce moment la maladie évoluait lentement vers la guérison.

Quand l'inflammation est à son plus haut degré il faut craindre que le processus dépasse les limites de l'urètre postérieur et qu'il envahisse les organes voisins, la prostate, la vessie, les épididymes, les vésicules séminales.

Le cours torpide des différents stades de l'affection peut encore être troublé par les influences nocives que nous avons énumérées en par-

lant de l'urétrite antérieure, ces influences amenant une exacerbation de l'urétrite, une récurrence, qui, à son tour, peut être le point de départ de complications nouvelles.

Les pollutions répétées, provoquées d'ailleurs par la maladie elle-même, prolongent ou augmentent les phénomènes inflammatoires ou les font réapparaître.

La prolongation du stade aigu, les récurrences nombreuses, éternisent la maladie, en rendent la guérison plus difficile à obtenir et en amènent souvent la chronicité.

### Diagnostic.

*En présence d'un écoulement urétral muqueux, muco-purulent ou franchement purulent, nous avons à répondre à deux questions : 1° cet écoulement est-il de nature blennorrhagique? 2° A quelles parties de la muqueuse urétrale s'étend le processus par rapport au compresseur de l'urètre?*

On éclaircit immédiatement le premier point en faisant l'examen microscopique de la sécrétion et toute la question revient à savoir si, dans le pus ou dans le muco-pus, il y a ou non des gonocoques. En raison même de l'importance de cette question, des suites fâcheuses que peut entraîner sa solution erronée, un examen scrupuleux s'impose. Bien souvent, il ne suffit pas de faire une recherche mais il faut en entreprendre plusieurs pour arriver au but.

Il est certain que la présence indubitable du gonocoque démontre immédiatement la nature blennorrhagique du mal. Dans la sécrétion purulente ou muco-purulente d'une urétrite aiguë virulente le nombre des gonocoques est toujours considérable. Par conséquent, si nous ne trouvons pas les microbes spécifiques dans plusieurs préparations (deux ou quatre) soigneusement examinées, nous pouvons exclure la blennorrhagie.

Il en est autrement quand nous avons sous les yeux la sécrétion muqueuse des stades initial et terminal. Les gonocoques sont alors, et surtout dans le stade terminal, peu nombreux. Si dans ces conditions plusieurs préparations ne révèlent pas la présence de gonocoques il faut encore se garder d'exclure la blennorrhagie, et attendre avant de poser le diagnostic, le témoignage d'autres examens entrepris quelques jours plus tard. Il est nécessaire que l'urètre n'ait pas reçu de traitement local, spécialement d'injection antiseptique, au moins