

ganate à 1 pour 5000, et même à 1 pour 10 000 : au Congrès d'urologie de 1896, Guiard appelait avec raison l'attention sur l'efficacité des doses faibles. Et il est certain que les doses fortes, en exagérant les phénomènes congestifs, sécrétoires ou douloureux, peuvent donner un coup de fouet aux cultures gonococciques. Parfois même, et nous en avons vu des exemples, elles déterminent de la rétention, de petites hématuries, des phénomènes très aigus de cystite et de prostatite. Quand l'urèthre redevient souple, le méat pâle et net, la réaction atténuée, il y a avantage à passer aux doses classiques à 1 pour 2000 et à 1 pour 1000. La vivacité de la réaction dépend d'ailleurs de la technique du lavage : une irrigation lente, prolongée, à doses faibles, peut provoquer les mêmes effets qu'une dose forte, rapidement injectée en faible quantité. Contentez-vous, en général, d'un lavage quotidien. Recommandez au malade de s'encapuchonner le gland dans un peu d'ouate, de changer de chemise pour ne point infecter le méat par la tache sèche, et de prendre dans l'intervalle un bain de pénis dans la solution de permanganate.

§ 4. **Ses résultats.** — Ainsi traitée, sans irrégularité, une chaudepisse prise à ses débuts peut guérir dans l'espace d'une quinzaine de jours. Mais habituellement, comptez sur de plus longs délais : trois semaines, plus souvent un mois, un mois et demi. Ces chiffres, au total, ne s'éloignent pas beaucoup de ceux que fournissait, dans les cas simples, l'ancien traitement par les antiphlogistiques et les balsamiques : le progrès n'est point tant dans la rapidité des résultats que dans leur perfection, dans le retour complet à l'intégrité anatomique, dans la simplicité d'évolution de l'infection gonococcique.

§ 5. **Ses contre-indications.** — La méthode des grands lavages au permanganate nous paraît donc la méthode de choix; mais nous sommes loin de la considérer comme applicable et suffisante à toutes les conditions cliniques. Le vieux traitement méthodique continuera longtemps encore à s'imposer à la majorité des praticiens et des blennorragiens, et il est, certes, intéressant de voir un homme de la compétence de Finger demeurer fidèle au principe de n'employer le traitement local, surtout les injections, que lorsque la blennorragie a dépassé son acmé. Ses arguments sont contestables : l'inflammation et la suppuration, nous dit-il, sont des phénomènes de défense, et il ne faut point enlever à la nature ses armes de médication. Nous pensons, au contraire, que, sauf contre-indication formelle fournie par une réaction inflammatoire trop vive, il n'est jamais trop tôt pour commencer la désinfection de l'urèthre. Mais, instruits par les déceptions de la pratique, nous reconnaissons les difficultés et les échecs de cette antiseptie. Nous savons que, tant que les gonocoques persistent dans le corps papillaire, nos lavages ne peuvent les supprimer radicalement. La vieille observation du cycle normal de l'infection gonococcique demeure vraie : c'est quand la sécrétion devient muco-purulente, surtout muqueuse, que le moment le plus opportun est venu pour faire agir les parasitocides. Or, la bactériologie nous a appris que ce moment répond à l'élimination terminale des gonocoques. A cette période, le microscope montre une prédominance des cellules épithéliales sur les globules purulents : c'est une mue épithéliale plutôt qu'une suppuration. La continuation systématique des grands lavages permanganatés peut alors, en augmentant la desquamation épithéliale, contribuer à prolonger cet écoulement muqueux. On le verra, au contraire, rétrocéder par l'emploi des vieux moyens : balsamiques à l'intérieur; injections astringentes dont les meilleures sont la célèbre formule de Ricord (sulfate de zinc, 1 gramme;

acétate de plomb, 2 grammes, laudanum de Sydenham et teinture de cachou 5 grammes, pour eau distillée 250 grammes), et l'injection aux trois sulfates (sulfate de zinc, de fer et de cuivre, 50 centigrammes chaque pour 100 grammes d'eau distillée). Enfin, surtout à la période finale, injections au sous-nitrate de bismuth à 2 ou 4 grammes pour 100, avec résorcine 2 pour 100, qui ont le grand avantage de déposer sur la surface muqueuse un enduit adhérent et de protéger ainsi la régénération épithéliale, condition anatomique de la guérison.

C. **Urétrite chronique.** — Le traitement de la blennorragie chronique réserve encore au praticien bien des déceptions; et la fameuse boutade de Ricord n'est point hors de propos. Il n'en est pas moins vrai que notre thérapeutique a acquis une précision nouvelle, résultant d'une part des notions établies sur les conditions pathogéniques et anatomiques de la persistance des infections uréthrales, et d'autre part des progrès apportés dans leur médication locale par l'uréthrométrie, l'endoscope, les instruments à instillation, la dilatation du canal. Aussi, ici plus encore que pour l'urétrite aiguë, nous devons substituer à l'usage hasardeux de formules empiriques le choix raisonné de moyens appropriés aux lésions, qui sont à la fois effet et cause de la permanence de l'inflammation.

1° **Indications de son traitement.** — § 1. **Indications tirées de l'anamnèse.** — Quel est l'état du canal? Un examen méthodique du cas doit pousser le diagnostic jusqu'à ses extrêmes limites d'exactitude. Établissez d'abord l'histoire clinique : 1° Depuis combien de temps l'affection dure-t-elle? 2° Quel est le nombre des blennorragies antérieures? Ces deux indications, longue durée de l'affection et atteintes successives, permettront déjà de préjuger des lésions uréthrales sérieuses. Demandez encore : 3° Au cours des atteintes antérieures, s'est-il produit quelque complication : cystite; prostatite; épидидymite? Si oui, l'urèthre postérieur a été contaminé.

§ 2. **Indications tirées de l'examen de la sécrétion.** — Un premier renseignement essentiel concerne l'ancienneté de l'affection : la profondeur des lésions et, partant, leur degré de curabilité lui sont proportionnelles. L'examen de la sécrétion fournit sur ce point de bons indices. Il faut distinguer l'urétrite chronique « à goutte » et celle « à filaments ». La goutte répond à une lésion encore récente et siégeant dans la partie antérieure du canal. Il y a grand intérêt à dépister de bonne heure ces « uréthrites à filaments » qui longtemps restent superficielles et confinées dans la muqueuse : à cette période, elles peuvent guérir par un retour à l'état anatomique normal; plus tard, elles aboutissent au rétrécissement, par transformation fibreuse de l'infiltrat sous-muqueux. Le premier stade, qui répond à l'hyperplasie chronique récente et curable du tissu conjonctif sous-épithélial, se complique généralement du catarrhe de la muqueuse qui avoisine les points malades; plus le processus est ancien, plus cette inflammation catarrhale diminue.

De là, ces deux indications, que Finger a raison de faire ressortir : 1° des filaments nageant dans une urine trouble, mucilagineuse, vous indiquent un canal malade depuis peu de temps, où, à côté de points d'inflammation chronique, se trouvent encore de grandes parties de muqueuse congestionnée, granuleuse, atteinte d'hypersecretion, nécessitant une modification, sur large surface, par les antiseptiques et les astringents; 2° des filaments nageant dans une urine claire, surtout dans l'urine claire du matin, dénotent une affection plus

ancienne, avec moins d'hyperhémie muqueuse, et des lésions plus limitées, consistant en plaques granuleuses circonscrites et en infiltrats intra-muqueux déjà en voie de transformation fibreuse, et réclamant un traitement plus circonscrit par des topiques plus actifs, associés à l'effet mécanique de la dilatation.

§ 5. **Indications tirées de l'étendue en surface des lésions.** — Une seconde indication est capitale. Le processus se limite-t-il à l'urèthre antérieur ou s'étend-il — et parfois de façon prédominante — à l'urèthre postérieur? — La question est de haute importance pratique. Une inflammation superficielle de l'arrière-canal peut ne produire qu'une faible sécrétion, sans régurgitation dans la vessie, sans filaments ni trouble net dans la seconde urine, sans troubles fonctionnels : faute de traiter ce foyer profond, l'avant-canal s'inoculera incessamment et des lésions profondes s'établiront dans l'urèthre postérieur. Nous avons ailleurs précisé ce diagnostic.

§ 4. **Indications tirées de l'étendue en profondeur des lésions.** — Troisième question. Quelle est l'extension, en profondeur, des lésions blennorrhagiques? Sont-elles demeurées superficielles, ne portant atteinte qu'à l'élasticité de la muqueuse uréthrale? Ou bien, l'infiltration est-elle plus profonde, ayant gagné le tissu sous-muqueux, et déjà en voie de transformation fibreuse? Dans la première hypothèse, les altérations épithéliales peuvent être influencées et guéries par les injections, instillations et lavages. Dans le second cas, il s'agit d'infiltrats cellulaires, dont le diagnostic précoce s'impose : d'une part par le trouble qu'ils entraînent dans la circulation du canal, par les points stagnants et moins accessibles aux topiques qui en résultent, ils entretiennent l'urétrite et, par enchaînement, perpétuent et aggravent la lésion anatomique même; d'autre part, ils évoluent vers le rétrécissement confirmé; la sclérose aboutissant à la sténose. Or, la dilatation méthodique de l'urèthre, localisée aux points infiltrés, est un moyen actif de provoquer, avant la phase fibreuse, la résorption de ces foyers cellulaires, c'est-à-dire de guérir la blennorrhagie chronique et de prévenir les rétrécissements. La bougie exploratrice olivaire, si précieuse pour les véritables rétrécissements, ne peut donner, comme le dit Janet, que peu de renseignements sur ce genre de lésion, parce qu'elle est forcément calibrée sur le méat, partie normalement la plus étroite du canal : elle n'éprouve de résistance au-dessous du méat qu'à la condition de rencontrer une région aussi étroite que lui, ce qui, surtout pour les parties profondes de l'urèthre antérieur, constitue déjà un rétrécissement avancé.

C'est Otis, qui, en étudiant la distensibilité des différents segments de l'urèthre, et en créant son uréthromètre, nous a permis d'apprécier les infiltrats sous-muqueux, la perte d'élasticité du canal et de reconnaître l'existence d'un rétrécissement naissant, au niveau duquel l'urèthre, tout en n'ayant plus ses dimensions premières, est cependant plus large que le méat. Avant lui, on ne se servait, pour estimer la perméabilité d'un canal, que de sondes pouvant passer au méat : or, le calibre normal de l'urèthre est au bulbe de 35 à 45 Charrière et, à partir de ce point, diminue jusqu'à 20 ou 26 au niveau de l'extrémité postérieure de la fosse naviculaire. Une bougie 24 sera serrée au méat mais parcourra librement la région bulbaire. On n'en saurait déduire que cette région est saine : elle peut être rétrécie à 50 sans qu'il y paraisse; pour que la bougie 24 éprouve, à son niveau, de la résistance, il faut que le bulbe ait perdu plus du tiers de son calibre, ce qui est une sténose grave. Cette doctrine des rétrécissements larges

d'Otis, qui est commune aux deux questions de l'urétrite chronique et des rétrécissements, a une importance thérapeutique de premier ordre. Elle nous a permis de reconnaître et de traiter les lésions sous-muqueuses qui constituent des rétrécissements à l'état naissant et de pousser jusqu'au calibre normal la dilatabilité de la muqueuse chroniquement enflammée; d'autre part, pour les sténoses confirmées, elle nous a prémunis contre leurs récurrences : c'est parce qu'on cessait de les traiter, dès qu'on avait atteint la largeur du méat, que les rechutes étaient si fréquentes.

L'uréthromètre a pour principe d'explorer l'urèthre avec une olive dont les



FIG. 196. — Uréthromètre de Weir.

dimensions sont développables à volonté, et dont le développement de calibre s'inscrit, en numéros Charrière, sur un cadran enregistreur. L'olive de l'uréthromètre d'Otis est formée par la courbure croissante de six ressorts disposés en méridiens et dont l'arc s'accroît sous la pression d'une vis. La boule exploratrice de l'uréthromètre de Weir, plus maniable, se compose de deux moitiés d'olive susceptibles de s'écarter à volonté. L'appareil est introduit fermé jusqu'au bulbe : on le développe jusqu'à une sensation de tension et l'on note le numéro de calibre; on le retire jusqu'à ce qu'on apprécie une résistance; on le referme pour franchir ce point : on le développe à ce niveau pour apprécier le calibre et on procède ainsi par mensurations successives des tronçons.

§ 5. **Indications tirées de la bactériologie de la sécrétion.** — L'examen bactériologique de la sécrétion apporte ici des renseignements dont Janet a bien montré la valeur. La permanence du gonocoque dans l'écoulement est un point capital. Tant qu'il persiste, il faut diriger contre lui un traitement antiseptique rigoureux dont le permanganate et le protargol sont les meilleurs agents. Les urétrites bactériennes sont moins dangereuses : le sublimé, soit en instillations au millième, soit en lavage par des solutions non alcooliques à 1/10000, leur est d'un favorable effet; le protargol leur réussit très bien. Dans les formes aseptiques, où l'écoulement ne traduit plus que des lésions anatomiques persistantes dont les agents ont disparu, il faut savoir ne point exciter ces lésions par une thérapeutique trop active ou trop prolongée; le massage par la dilatation fait souvent plus que les topiques modificateurs et le traitement de l'état général — arthritisme et neuro-arthritisme — est maintes fois efficace.

§ 6. **Indications tirées de l'endoscopie.** — L'endoscope a permis surtout de préciser la nature anatomo-pathologique des lésions — hyperhémie, œdème, granulations, fissures, épaissement épithélial — ce qui importe plus à la pathologie qu'à la thérapeutique. Quand on est bien exercé à manier l'explorateur à boule olivaire, on en retire, au point de vue du diagnostic de l'étendue et du siège des lésions des renseignements qui pratiquement suffisent. Néanmoins, si l'on a affaire à des lésions bien localisées, telles que les polypes, les végétations, les grosses granulations, les abcès glandulaires, il faut reconnaître, avec Janet, que l'endoscopie est alors une arme de choix, soit que l'on veuille faire l'ablation de ces productions morbides, soit que l'on se contente de les cautériser, soit que l'on préfère les atteindre par l'aiguille électrolytique.

2° **Choix du moyen de traitement de l'urétrite chronique.** — Le choix de nos moyens d'action est exactement subordonné à ces notions préalables.

§ 1. **Grands lavages.** — Tant que persiste, indépendamment des filaments, un trouble muqueux de l'urine, tant que le gonocoque se retrouve abondamment dans la sécrétion, évitez l'introduction d'instruments dans le canal. De même, si l'urètre postérieur paraît sain, n'allez point le contaminer par la pénétration d'un instrument. Les grands lavages au permanganate de potasse, d'action élective sinon spécifique, sont le moyen le plus sûr et le plus prompt de débarrasser l'urètre de ses gonocoques : contrôlez bactériologiquement leur disparition.

Si vous voyez l'écoulement purulent persister entre les lavages, recherchez et traitez les foyers para-urétraux d'où peuvent émaner d'incessantes réinoculations. Excisez les végétations du méat; ouvrez et étalez les abcès de ses lèvres et les petites collections glandulaires qui siègent à la base du frein; incisez, par la méatotomie, les abcès de la fosse naviculaire; ouvrez du côté de l'urètre les diverticules du méat si fréquents chez les hypospades et excisez les lambeaux de la cloison de séparation : le gonocoque est ainsi atteint en tous ses repaires. Dans le cas d'infection profonde des glandes urétrales, exprimez l'urètre avant et après le lavage. Si le massage de la prostate immédiatement après la miction amène au méat un liquide muco-purulent fertile en gonocoques, ce qui témoigne de l'infection des glandes prostatiques, pratiquez ce massage de la glande avant chaque lavage. Vous verrez ainsi l'écoulement purulent cesser entre les irrigations, les sécrétions se tarir ou reprendre leur caractère normal de limpidité pour les glandes urétrales, d'opalescence pour le liquide prostatique, et le gonocoque disparaître.

L'urètre une fois débarrassé de ses gonocoques, le praticien se trouve souvent en face d'écoulements à microbes variés, soit que cette infection secondaire ait succédé à la phase gonococcique, soit qu'il s'agisse d'une infection mixte qui s'est associée à l'invasion gonococcique. Ici, le permanganate n'a point sa valeur habituelle, et les lavages au sublimé à 1 pour 10000 réussissent mieux à désinfecter l'urètre. Quand l'urétrite postérieure ou l'uréthro-cystite prédominent, employez les instillations au nitrate d'argent à 1 à 5 pour 100, répétées tous les jours, jusqu'à clarification durable des urines. Il faut savoir qu'un urètre convalescent d'une infection gonococcique prolongée et mal soignée est longtemps exposé au danger des infections secondaires : recommandez à ces malades de désinfecter tous les matins leur méat avec la solution sublimée à 1 pour 2000 et de redoubler de soins de propreté après le coït.

§ 2. **Instillations.** — Les instillations sont le moyen de localiser l'action topique, et, partant, d'employer des doses plus concentrées. Leur indication s'en déduit : elles conviennent aux phases où ont guéri les grandes surfaces d'hyperhémie et d'hypersécrétion, où l'affection plus ancienne se limite à des foyers rebelles, de désinfection plus difficile, à lésions anatomiques plus profondes et plus avancées.

Trois topiques sont surtout recommandables : le nitrate d'argent, le protargol et le sublimé. Le premier, qui jouit vis-à-vis du gonocoque des propriétés d'un véritable révélateur, excitant sa culture, est surtout avantageux quand ce microbe a disparu et quand il s'agit, soit de cautériser une plaque granuleuse, soit d'activer la kératogenèse sur la muqueuse, soit même d'exercer une action régressive sur une infiltration : tâchez la susceptibilité uréthrale, en graduant le titre de 1 pour 50 à 1 pour 20, 1 pour 15 : ne craignez point les fortes quantités

— 40 gouttes et plus — quand il s'agit de plaques granuleuses, sensibles, exposées à de menues hémorragies ou quand il faut modifier une prostatite glandulaire, une *colliculite* à verumontanum hyperémié et bourgeonnant. Aidez la pénétration du topique par quelques mouvements de va-et-vient de l'olive. — Le protargol s'emploie en solution à 5 pour 100; la quantité instillée varie de 40 à 60 gouttes; la douleur est très atténuée, inférieure assurément à celle déterminée par le nitrate d'argent ou le sublimé. Ses meilleurs effets s'obtiennent, nous dit Desnos, dans les urétrites chroniques sans gonocoques. — Le sublimé se recommande par sa haute valeur antiseptique, dans les infections profondes des glandes urétrales et de la prostate, dans les urétrites saprophytiques; nous lui devons de beaux succès en des cas rebelles au nitrate d'argent; la formule que nous employons est la suivante : sublimé 2 centigrammes; chlorhydrate de cocaïne, 20 centigrammes; chlorure de sodium, quantité suffisante pour dissoudre; eau distillée, 20 grammes. Nous ne craignons point de verser dans la région bulbaire ou dans l'arrière-urètre une pleine seringue de Guyon de cette solution au millième. Dans quelques cas, répondant à des lésions érosives et granuleuses, nous avons obtenu de bons résultats avec le sulfate de cuivre à 1 ou 5 pour 100, en instillations. Dans le cas d'un foyer limité à l'urètre antérieur, on pourrait porter, avec le pinceau d'Utzmann glissant dans un tube endoscopique, le topique sur la lésion : nous préférons les instillations, aussi précises et plus simples. Nous les préférons aussi aux bougies médicamenteuses, aux sondes porte-pommades.

§ 3. **Dilatation.** — Quand il existe des zones d'infiltration embryonnaire sous-muqueuse, appréciables à l'uréthromètre ou à la bougie olivaire, tendant à la sclérose, la dilatation méthodique du canal, son calibrage anatomique parfait, sont assurément le meilleur auxiliaire du traitement topique des points enflammés. En voici les avantages : suppression de toute stagnation d'urine dans le canal, cause d'irritation et d'infection; régularisation de la surface de la muqueuse; massage et action résolutive exercée sur les foyers d'infiltration

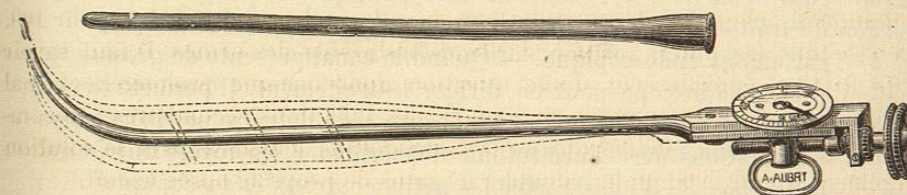


FIG. 197. — Dilatateur urétral d'Oberländer.

cellulaire molle et jeune; distension ou rupture des infiltrats durs; par la guérison de ces lésions, suppression des infections qu'elles abritaient ou rendaient peu accessibles aux antiseptiques.

La constatation est vieille, sinon l'explication : Swédiaur, Hunter et Bell l'avaient établie; Béniqué affirmait, en 1844, guérir l'écoulement chronique par la dilatation; Alphonse Guérin, Voillemier, Desormeaux et Thompson connaissaient ces heureux effets du calibrage urétral avant qu'Otis eût inventé les *rétrécissements larges*. Dans la période contemporaine, Oberländer et Kollmann ont précisé l'instrumentation et développé l'emploi clinique de la dilatation. Oberländer la recommande dès le troisième et le quatrième mois de date d'une blennorrhagie chronique rebelle : il affirme qu'il suffit souvent de deux dilatations

pour guérir une blennorrhagie de quatre mois. Si l'amélioration ne se produit pas après deux ou trois dilatations, c'est que la sclérose des foyers cellulaires a commencé; et la résorption de ces foyers durs demande de plus longs délais; les scléroses vieilles résistent trop souvent.

Si le méat est large, l'introduction des béniqués est un bon moyen de dilatation. Mais, la distension maxima, au niveau du méat, demeure, au niveau du bulbe, inférieure au calibre physiologique de cette portion. On peut, pour poursuivre la dilatation, sectionner le méat, à la façon d'Otis. Il est préférable d'utiliser des instruments à distension partielle, capables de se développer largement dans l'urèthre profond, sans forcer le canal pénien ou le méat. Oberländer a fait établir quatre types de dilateurs, dont les branches parallèles, engainées dans un capuchon de caoutchouc stérilisable, s'écartent par l'action d'une vis et dont le développement s'enregistre sur un cadran, gradué en numéros Charrière: les deux premiers servent à dilater l'urèthre antérieur; le troisième le bulbe; et le quatrième l'urèthre postérieur. Kollmann a construit des dilateurs à quatre branches, à gaines de caoutchouc, qui paraissent avoir une action plus douce.

En règle générale, la dilatation ne doit être répétée que lorsque la réaction de la précédente séance s'est apaisée, que l'érection ou l'introduction de l'instrument ne sont plus douloureuses. Avec les béniqués, on peut faire des séances tous les deux ou trois jours, alternées avec des instillations; avec l'Oberländer ou le Kollmann, il faut mettre des intervalles de dix à douze jours. Une autre règle est de développer lentement le calibre: une dilatation brusque fait des déchirures et des auto-inoculations du canal. L'introduction des instruments dilateurs doit toujours être précédée d'un lavage de l'urèthre. Il est avantageux d'adjoindre, à la dilatation, l'effet substitutif d'instillations au nitrate ou au sublimé: on les fera, soit après la dilatation, soit par séances alternantes. Mais, il sera important de couper par des intervalles de repos les séries de traitement, pour ne point exagérer l'action médicamenteuse: il est des desquamations épithéliales qui tiennent à cet excès de thérapeutique et que guérit la seule suspension du traitement.

§ 4. **Traitement endoscopique.** — Quand le canal présente de grosses lésions anatomiques, l'endoscope peut en diriger le traitement. Il permet: d'extirper une saillie polypeuse; de cautériser les fissures; de détruire par l'électrolyse ou par les scarifications avec l'urétrotome d'Oberländer les foyers durs d'infiltration; d'électrolyser ou d'inciser avec les petits couteaux endoscopiques de Kollmann les cryptes ou lacunes de Morgagni en proie au catarrhe; de toucher à la teinture d'iode le verumontanum dont le gonflement inflammatoire se rencontre chez les malades atteints de cet écoulement opalin qui se produit au moment de la défécation et les inquiète si vivement.

3° **Résultats.** — Soyez réservé dans vos promesses. Il est des malades que vous guérirez totalement. Il en est d'autres chez qui, malgré des mois de traitement, persistera un écoulement muqueux, limpide, aseptique, dépourvu de gonocoques et de microbes secondaires. C'est un résultat qu'il faut prévoir chez les vieux blennorrhéens, ayant subi de longues séries d'instillations argentiques, et dont il faut se tenir satisfait: l'important est que le sujet ne soit plus contagieux, ait un canal bien calibré et soit protégé contre le rétrécissement. On en voit, parmi ceux-là, qui, ayant cessé tout traitement, finissent par guérir. Au

surplus, il convient d'accorder à l'état constitutionnel un rôle réel dans ces suintements muqueux rebelles: ils sont ordinaires aux arthritiques ou aux herpétiques, dont les muqueuses ont, comme la peau, une particulière susceptibilité. Ici, le traitement médical, l'hydrothérapie, les frictions cutanées font souvent plus que tout topique.

CHAPITRE VI

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE

I

RÉTRÉCISSEMENTS CHEZ L'HOMME

Historique. — La légende de l'obstruction uréthrale par des « caroncules » ou des « carnosités » a vécu jusqu'au xviii^e siècle: des chairs exubérantes végétant sur le col vésical, des « excroissances à parties honteuses » étaient accusées de produire la rétention urinaire. C'était une « carnosité » occupant l'urèthre d'Henri IV de France, que Loyseau de Bergerac crut guérir « avec l'aide de Dieu » et grâce à un emplâtre composé de sabine. Des protestations cependant, appuyées sur des nécropsies, s'élevèrent contre cette hypothèse transmise et admise par tradition. Une des premières en date fut celle de J. Girault qui, dans une note au VI^e livre de Paul d'Égine, « pria les chirurgiens de ne pas croire de léger aux carnosités ». Dionis, Bénévoli, Morgagni, cherchent vainement, sur le cadavre, les caroncules incriminées. « Un homme, nous conte J.-L. Petit, mourut de la rétention d'urine pour s'être fié à un charlatan qui l'avait traité pendant six mois avec des tisanes diurétiques et des bougies, lui ayant fait croire qu'il avait des carnosités: j'ouvris entièrement l'urèthre, dans lequel je ne remarquai aucune carnosité, ni apparence qu'il y en eût; ce qui me confirme dans l'opinion où je suis, que ces marchands de bougie font un cruel abus de la crédulité du peuple. » La chose était de plus en plus contestée, et le mot tendait à disparaître: on parlait désormais de « callosités », de rétrécissements; dès 1690, le fameux lithotomiste François Colot avait incisé par le périnée un « étranglement calleux » occupant l'urèthre de M. Boileau, greffier au Parlement de Paris; c'était dans les parois mêmes du canal que La Faye et François Le Dran, hardis initiateurs de l'uréthrotomie externe, plaçaient l'obstacle au cours urinaire.

Les examens uréthroscopiques contemporains ont révélé l'existence de polypes, de « granulations » urétrales; les observations anatomo-pathologiques ont signalé la présence, au niveau et surtout en amont du point sténosé, de végétations bourgeonnantes, altérations secondaires et accessoires: c'est tout ce que peut réclamer la vieille doctrine des carnosités. Encore s'agit-il là de lésions rétrécissantes et non de rétrécissements vrais. Les sténoses congénitales, les accidents dus à l'inflammation aiguë, les tumeurs de voisinage qui effacent par compression la lumière du canal, doivent aussi être exclus de ce groupe. Par rétrécissement de l'urèthre, nous entendons la diminution permanente de son