

tantôt réduite aux filaments, qui est le symptôme apparent du rétrécissement uréthral, ou, plus exactement, de la lésion uréthrale en voie de rétrécissement. Car, s'il est un certain nombre de sténoses qui sont et demeurent larges, résultant d'un processus scléreux qui s'est arrêté et se borne à une réduction faible du calibre, dans la majorité des faits le rétrécissement large ne répond qu'à une phase intermédiaire qui, de l'infiltration inflammatoire de la paroi, lésion d'urétrite, mène à la sclérose, lésion de rétrécissement.

Le diagnostic du rétrécissement large ne peut s'établir que par l'exploration de l'urètre, et, comme nous le disons plus loin, par l'exploration avec une boule de gros calibre, numéro 25 à 25 de filière Charrière. Or, ce diagnostic mérite toute l'attention du clinicien : traitées à temps par la dilatation méthodique, ces lésions rétrocedent; les infiltrats se résorbent, d'autant plus facilement que leurs cellules sont moins avancées dans la transformation conjonctive; on guérit l'urétrite et l'on prévient le rétrécissement serré. Et cette précocité du diagnostic et du traitement est d'autant plus importante, que, malgré la faible atteinte qu'ils portent au calibre uréthral, ces rétrécissements larges, où l'infection uréthrale garde parfois un haut degré, surtout au niveau des régions rétro-stricturales, foyers de pullulation microbienne, sont exposés à des complications graves : abcès urinaires, infiltrations d'urine.

SIGNES FONCTIONNELS DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS SERRÉS. — 1<sup>o</sup> **Modifications du jet urinaire.** — § I. **Altérations de sa forme.** — Dominés par l'idée de l'obstacle uréthral et ne tenant pas compte suffisant de l'impulsion vésicale, ni de la quantité liquide sur laquelle s'exerce la pression de la vessie, certains ont tracé de la symptomatologie un schéma un peu artificiel. Il est classique, par exemple, de placer en première ligne, les modifications de la forme du jet urinaire : on décrit l'amincissement progressif de la colonne liquide, et surtout les déformations de la veine d'urine; elle s'aplatit, se bifurque « en lames de ciseaux », parfois elle se divise en plusieurs branches qui s'enroulent; c'est alors le jet tortillé en vrille, le « jet tournoyant » dont parlait le malade de Lallemand, observateur scrupuleux de ses infirmités uréthrales; si l'obstruction est suffisante, l'urine ne tombe que par gouttes verticales « à peu près comme l'eau qui dégoutte du sabot d'un rémouleur », disait le même malade. — En vérité, ces caractères ne peuvent que faire préjuger l'existence d'un rétrécissement, sans fournir de renseignement décisif sur la nature et le siège de la lésion. Il faut considérer d'abord une raison d'hydraulique : c'est moins l'état du tuyau que la forme même de l'embout qui influe sur l'aspect de la veine liquide émise. Tel malade est atteint de phimosis : le jet peut être divisé, bifurqué, avec une partie franchement projetée, et une autre qui « dégoutte » à pic. Tel blennorrhéique a les lèvres du méat agglutinées par un peu de sécrétion sèche ou simplement boursoufflées par l'inflammation : son jet peut offrir toutes les irrégularités. Ces déformations traduisent aussi, comme le remarque Bazy, tous les états de l'urètre s'accompagnant d'indurations, et, par suite, de la perte de souplesse et d'élasticité du canal; or, toute urétrite s'accompagne de ces indurations : elles n'ont donc pas de valeur diagnostique précise. Enfin, les pisseurs qui arrosent leurs bottes sont plus souvent de vieux prostatiques que des rétrécis.

Dittel a essayé de donner plus de précision à ce détail symptomatique : la forme du jet, nous dit-il, dépend de la situation du rétrécissement en avant

ou en arrière, de sa longueur, de son étroitesse. « La colonne urinaire est-elle assez épaisse, tombe-t-elle sans décrire de parabole : la stricture est large et siège en arrière du canal; s'écoule-t-elle en petites gouttes divisées : c'est un rétrécissement postérieur et il est étroit. Le jet est-il mince, décrit-il une certaine courbe, reste-t-il encore animé d'une assez grande vitesse : la sténose est étroite, antérieure et moyennement longue. Se divise-t-il, tout en gardant une certaine vitesse : le rétrécissement est en avant et il est court; bifurque-t-il en deux branches, dont une se projette et dont l'autre tombe par gouttes verticales : l'orifice de la stricture n'est point central. » En réalité, ce n'est point dans de semblables formules qu'il convient de chercher les éléments d'un diagnostic de précision : il faudrait que nous connussions — et c'est une lacune — les lois de l'écoulement urinaire dans le tube uréthral; *a priori*, nous pouvons soupçonner qu'une lésion de l'avant-canal aura sur le jet une action plus déformante qu'un rétrécissement de l'arrière-urètre; dans ce dernier cas, il reste un tronçon « préstrictural » assez étendu pour que la colonne urinaire puisse partiellement s'y reformer. S'il est logique qu'une sténose antérieure à orifice excentrique brise le jet en deux branches inégales, ce n'est là encore qu'une probabilité.

§ 2. **Diminution de volume.** — La diminution de volume permet d'apprécier, *a priori*, une réduction de calibre du canal; mais non d'une façon exactement proportionnelle. « Le jet des rétrécis, nous dit Guyon, fait illusion sur l'état réel du canal. Les malades que vous dilatez accusent, dès le début du traitement, alors que vous avez à peine gagné un ou deux numéros, de telles améliorations dans la miction que leur satisfaction devient souvent un obstacle à la continuation du traitement. Ils se contentent du présent : c'est à vous à penser à l'avenir et à tenir compte, non pas du résultat physiologique, mais du résultat anatomique, c'est-à-dire des modifications de l'obstacle et non des seules modifications du jet. »

§ 3. **Diminution de la force de projection.** — Mêmes réserves doivent être gardées sur la valeur diagnostique de la « portée » du jet. La projection dépend avant tout de la compensation vésicale : à ce point de vue, jeunes et vieux rétrécis ne peuvent se comparer. Tant que le muscle vésical est robuste, capable de vigoureuses contractions, il lutte bien contre la lésion de pure canalisation uréthrale; il s'hypertrophie et la compense : telle l'hypertrophie cardiaque suffit longtemps à neutraliser une lésion orificielle. Guyon n'a-t-il pas dit en une heureuse formule qu'on pisse avec sa vessie, non avec son urètre? Grâce à ce mécanisme de compensation, les sténoses uréthrales peuvent rester inoffensives et silencieuses, la vessie bien musclée et non infectée suffit à sa tâche. Bien plus, il peut arriver — et nous en savons des exemples — que la portée du jet s'allonge; et cela s'explique bien : l'effort vésical accru pousse la colonne à travers une filière uréthrale rétrécie. Mais il arrive un moment où la compensation n'est plus suffisante. Le muscle vésical est surmené, diminué souvent dans sa valeur contractile par la cystite interstitielle, qui sclérose les parois de l'organe et réduit sa capacité : il faut considérer, en effet, que si la quantité de liquide sur laquelle s'exerce la pression concentrique de la vessie est insuffisante, le jet perd de sa portée; il reprendra force et ampleur, si les mictions s'espacent et si la vessie se remplit davantage. Ou bien, il s'agit d'un sujet vieux ou vieilli par l'artério-sclérose; attendez-vous alors à voir précocement apparaître les troubles fonctionnels dénonçant l'impuissance de la vessie et la stagnation

urinaire. Par analogie avec les lésions valvulaires compensées, on peut dire que les rétrécis arrivent très inégalement à la période d'« asystolie » vésicale.

A ne considérer d'ailleurs que l'obstacle urétral, tout n'est pas dans le rétrécissement lui-même. A côté du point sténosé, l'urèthre, du moins chez l'ex-blennorragien, n'a pas sa santé normale : ses parois, épaissies par l'inflammation chronique, ont perdu l'élasticité et la souplesse qui secondent l'impulsion vésicale et assurent à la colonne urinaire son uniformité de jet et de calibre ; elles lui offrent au contraire une résistance passive. « La manche à eau que représente l'urèthre, nous dit Guyon, doit être avant tout régulièrement écartée pour que la miction s'exécute dans de régulières conditions. » Chez le rétréci, l'effort de la miction n'est point en rapport avec le degré de la stricture. Un malade est porteur d'un rétrécissement serré, n'admettant qu'un 6, mais unique, peu étendu, le reste du canal étant souple : la miction est lente ; elle est fréquente, parce que la vessie ne se vide pas ; mais elle se fait sans effort. Par contre, tel malade est forcé de « pousser » : n'en préjugez point une sténose étroite. Chez lui, vous serez surpris de voir le canal admettre facilement un numéro 16, 17 et même 18, comme nous l'avons observé dans un cas.

Ces formes paradoxales se rencontrent principalement dans le cas d'urétrites scléreuses, de blennorrhées à lésions diffuses, irritées par un traitement inopportun. Car un autre caractère de ces urèthres sclérosés, c'est leur intolérance : essayez la dilatation et menez-la avec toute la prudence possible ; vous aurez à peine gagné 1 millimètre, que pourra survenir une rétention passagère ; aux séances suivantes, vous trouverez un rétrécissement plus serré et vous reculerez de quelques numéros. Ce sont des rétrécissements « irritables », aisément compliqués de spasme ou d'obstruction congestive. Les coarctations scléro-cicatricielles de la partie antérieure de l'urèthre sont capables du même contraste symptomatique : « Alors même qu'elles ne diminuent point notablement la lumière du canal, elles provoquent souvent, nous dit Tédénat, des troubles fonctionnels marqués qui consistent en des mictions fréquentes et pénibles, en des spasmes de l'urèthre membraneux pouvant, sous l'influence de causes occasionnelles légères, amener des rétentions d'urine. » Otis, Keyes et Van Buren, Verneuil ont montré de ces faits : une boule olivaire 15 à 18 pénètre aisément dans un avant-urèthre ; et cependant le sujet pisser mal et lentement ; la manœuvre la plus sage, la plus méthodique, devient l'occasion d'une réaction spasmodique ou congestive : il faut en venir à l'uréthrotomie.

A égal degré d'étroitesse, il semble que la sténose urétrale gêne d'autant plus la miction qu'elle siège plus en avant : les atrésies du méat sont là pour le démontrer. Sans doute, il en a été des méats étroits comme des prépuces longs et insuffisamment perforés : on les a inculpés de maints troubles fonctionnels dont ils étaient irresponsables ; Furneaux Jordan, Otis, Barwel n'ont-ils point cru observer des cas de paraplégie, d'hémiplégie, de contracture musculaire, dus à la sténose du méat ? Mais, dans la zone urinaire, les méats rétrécis sont au moins coupables de griefs actuellement bien établis : aux observations isolées de Demarquay, de Picard, de Verneuil, de Poncet, de Furneaux Jordan, d'Otis, de Berkeley Hill, chacun de nous peut ajouter des faits démonstratifs et, dès 1885, la thèse de Médard en colligeait une série.

Nous avons ailleurs décrit les étroitesse congénitales du méat et les troubles fonctionnels qui les signalent dès l'enfance ; nous ne parlons ici que des rétrécissements acquis dont la formation peut être d'ailleurs favorisée par un état

antécédent de sténose originelle. Tel malade a une goutte permanente, l'urétrite a élu domicile fixe dans sa fosse naviculaire et les premiers centimètres de son canal pénien ; la moindre occasion de coït même pur la rallume : examinez le méat, vous le trouverez généralement étroit et son débridement suffira à « assécher » l'urèthre. Ailleurs, c'est un spasme de la portion membraneuse pouvant aller jusqu'à la rétention totale, qui paraît être la conséquence réflexe d'une atrésie du méat ; mais ici, nous devenons moins affirmatif n'ayant rien vu d'analogue. Nous croyons davantage aux troubles vésicaux provoqués par un méat étroit chez un nerveux ou chez un diathésique, à l'irritabilité vésicale, aux mictions fréquentes et pénibles que guérit parfois un coup de ténotome élargissant l'entrée de l'urèthre : Berkeley Hill, Keyes et Van Buren<sup>(1)</sup>, en ont cité des exemples.

**2° Mictions fréquentes et douloureuses.** — La fréquence des mictions et leur caractère douloureux sont deux autres symptômes ; mais ils restent variables et ne peuvent fournir que des présomptions sur la nature et sur le degré de l'affection. Ce sont des phénomènes d'ordre vésical : quand un rétréci pisser souvent, surtout quand il souffre après l'expulsion des dernières gouttes, la congestion vésicale en est cause, plus tardivement l'inflammation. Que la contractilité de la vessie vienne à faiblir ou soit primitivement insuffisante, et ces accidents entrent en scène : tel malade — et l'espèce en est nombreuse — est resté inattentif aux déformations du jet ou aux difficultés de la miction, souvent latentes d'ailleurs et bien compensées ; mais voici qu'il urine plus fréquemment, surtout dans la journée ; les besoins se font de plus en plus impérieux ; souvent le sujet ne se plaint que d'une simple pesanteur périnéale ; mais la miction devient parfois réellement douloureuse, la fin de la miction surtout. C'est sous ce masque de l'uréthro-cystite que bon nombre de rétrécissements se présentent à l'examen ; au point de vue du diagnostic, la remarque est capitale.

Suivant la catégorie clinique, le rétréci pourra plus ou moins précocement arriver à cet état d'irritation, d'insuffisance contractile, ou simplement d'intolérance de la vessie, qui a coutume de devancer la cystite vraie. Est-ce un jeune, s'agit-il d'une sténose inflammatoire, lentement constituée, l'urèthre est-il sec et débarrassé dès longtemps de l'écoulement blennorrhéique, le malade pourra mettre des années à y venir. Par contre, a-t-on affaire à un vieux, à un rétrécissement traumatique promptement obstruant, la vessie peut devenir rapidement insuffisante à sa tâche, n'ayant point dans le dernier cas le temps d'accommoder son hypertrophie à l'obstacle. Persiste-t-il une urétrite postérieure, le malade court le risque de s'inoculer le col et la vessie : de bonne heure, la cystite accentuera les troubles fonctionnels de la sténose.

**3° Troubles de l'éjaculation.** — Chose frappante, et sur laquelle Dittel insiste avec raison : l'éjaculation sera souvent gênée et douloureuse avant que la miction ait présenté les mêmes troubles ; et cela se comprend : là où peut s'insinuer la colonne urinaire, le sperme filant et visqueux a peine à passer ; bien plus, son jet se projette douloureusement contre le point rétréci et encore enflammé ; de là, une sensation de volupté douloureuse « Schmerzhaftes Wollust », qui est souvent le premier signe d'une sténose et qui, par sa précocité même, nous dit Dittel<sup>(2)</sup>, prend une réelle valeur diagnostique. Si le

<sup>(1)</sup> KEYES et VAN BUREN, *Géno-urinaires diseases*. New-York, 1882, p. 155 et 156.

<sup>(2)</sup> DITTEL, *Stricturen der Harnröhre. Symptomatologie: Veränderung der Samenentleerung*. Loco citato, p. 71.

rétrécissement est encore tendre et vasculaire, le sperme éjaculé pourra se teinter de filets sanguins; quand il est très étroit et siège en arrière, il arrive parfois que le sperme reflue dans la vessie: d'où stérilité, que la dilatation ou l'uréthrotomie peuvent guérir.

4° **Rétention d'urine.** — § 1. **Formes cliniques.** — Le rétréci est, à des périodes d'ailleurs variables de son affection, sous la menace de crises de rétention aiguë. Trois types peuvent être observés: rétention passagère; rétention totale aiguë; rétention incomplète. Guyon a bien décrit la *rétention passagère*: « C'est plutôt un retard de la miction qu'une rétention à proprement parler; mais pendant ce retard, le malade a toutes les angoisses de la rétention; cet état est tantôt absolument transitoire (quelques minutes), tantôt plus persistant (un quart d'heure, une demi-heure, plusieurs heures); après quoi l'urine finit par s'écouler et la miction redevient ce qu'elle était avant cet incident. » — La *rétention totale aiguë* n'est pas en rapport absolu avec l'étroitesse du canal. Nombre de rétrécis, à sténose étroite, échappent à cette complication. On peut, au contraire, l'observer avec des rétrécissements larges, laissant parfois passer un n° 8 à 12 pendant la crise, et admettant, après elle, un n° 15 à 16. Exemple: à la suite d'un refroidissement subit, d'un excès sexuel, d'un écart de régime, d'une retenue d'urine, un malade, ancien blennorragien, mais urinant assez bien, est pris soudain d'une rétention totale. Le sujet est jeune, la vessie se révolte contre la distension, les douleurs sont vives: l'explorateur est arrêté à 8, 10, 12 centimètres, dans la région périnéo-scrotale. Les bougies, filiformes, tortillées, bicoudées en baïonnette, ne passent pas et l'urètre saigne: or, il suffira d'un traitement médical, d'un cathétérisme appuyé ou d'une fine bougie à demeure, à la rigueur d'une ponction hypogastrique vidant et décongestionnant le globe, pour que, quelques heures après, le malade pisse spontanément, à jet large, bien calibré et franchement projeté. Ce malade est un rétréci débutant; la sténose uréthrale est à son plus faible degré; elle pourra parfois admettre un numéro 17 ou 18; elle risquera d'être méconnue par une exploration insuffisamment attentive ou inexpérimentée: et cependant elle peut déjà se compliquer de phénomènes congestifs assez vifs pour obstruer totalement le canal. Mais de nouvelles crises sont à redouter. Les malades qui, aux débuts d'un rétrécissement, ont eu des accès de rétention aiguë sont exposés aux récurrences des mêmes accidents sous les mêmes causes: cela ne va pas sans laisser précocement la vessie, menacer les reins, et, partant, aggraver la situation. Dans la *rétention incomplète*, la vessie, vaincue dans sa contractilité, cesse de se vider complètement: la stagnation urinaire apparaît.

§ 2. **Pathogénie.** — Trois hypothèses ont été proposées pour l'interprétation de ces faits cliniques: spasme de la portion membraneuse; ou tuméfaction congestive de la paroi uréthrale, à la « doublure » caverneuse si richement vasculaire; ou paralysie temporaire du muscle vésical. — « Un obstacle aussi fugace, une barrière aussi résistante, aussi infranchissable, puis tout à coup largement et facilement ouverte, ne peut être constituée, nous dit Tuffier (1), que par deux systèmes, les muscles et les vaisseaux. » Le spasme est indéniable; mais a-t-il dans ces accidents la part dominante? La ténacité de cette obstruction temporaire, qui parfois se prolonge plus de vingt-quatre heures, les uréthrorragies qui accompagnent généralement les tentatives de cathétérisme, l'arrêt de la sonde bien

(1) TUFFIER, *Du rôle de la congestion dans les maladies des voies urinaires*. Paris, 1885.

avant la région membraneuse seule capable de spasme, sont des arguments en faveur de la nature congestive de cette obstruction; la brusquerie de ces rétentions va bien avec la rapidité des phénomènes vasculaires et leur apaisement habituel par une médication antiphlogistique cadre logiquement avec cette hypothèse. — La troisième hypothèse a été soutenue par Bazy: la rétention est due à une perte de la contractilité de la vessie; cette paralysie temporaire se produit sous l'influence de la cystite, la paralysie du muscle sous-jacent à la muqueuse enflammée étant un fait indéniable que Chopart avait établi bien avant Stokes. Cette interprétation est très plausible dans les cas de rétention chez des sujets porteurs d'un rétrécissement large et atteints de phénomènes de cystite. Elle fournit une explication vraisemblable de l'action du cathétérisme appuyé, de la fine sonde laissée à demeure: ces deux procédés provoquent l'écoulement de l'urine en excitant, par réflexe, la contractilité vésicale.

5° **Incontinence d'urine.** — L'incontinence des rétrécis est un des points intéressants de leur symptomatologie. Il peut arriver — et nous l'avons trois fois observé — qu'elle soit précoce et constitue le premier signe éveillant l'attention. A vrai dire, ce n'est point alors une incontinence vraie: c'est un écoulement involontaire qui suit chaque miction; le malade vient d'uriner; quelques gouttes s'écoulent encore et mouillent ses vêtements: à cette période, et à ce faible degré, il est probable qu'il ne s'agit là que de l'arrêt passager de quelques gouttes dans la dilatation « rétro-stricturale ». Lallemand nous paraît avoir bien précisé ce mécanisme: poussées avec plus ou moins de force par la vessie et retardées par la coarctation de l'urètre, les urines dilatent la portion du canal comprise entre l'agent d'impulsion et l'obstacle; lorsque la vessie a cessé d'agir, l'urètre revenant sur lui expulse l'urine qui la distendait, et les malades la rendent goutte à goutte. C'est le résidu uréthral, « Nachwasser », dit Dittel, « gouttes retardataires » dont le malade accélère parfois l'issue par la pression du périnée.

Plus tard, l'incontinence, ou tout au moins l'insuffisante retenue, s'accroît plus nettement; mais, détail caractéristique, elles sont d'abord diurnes et cessent dans le décubitus. La cause en a été dès longtemps indiquée: en amont de tout rétrécissement assez étroit, le canal forme « ampoule » et la distension finit par s'étendre au col vésical lui-même « qui perd son ressort ». Un moment vient où tout le tronçon rétro-strictural, développé en entonnoir à base vésicale, fait, nous dit Lallemand, « partie de la vessie, les fonctions du col étant en quelque sorte remplies par le rétrécissement ». C'est désormais ce dernier qui, suivant la pittoresque expression de Reybard, « sert d'écluse »: aussi l'urine peut-elle s'écouler involontairement, surtout lorsque la station verticale et l'effort la font descendre vers le détroit rétréci. Dans le décubitus horizontal, au contraire, l'urine s'accumule en déclivité dans le bas-fond et pourra y séjourner jusqu'au jour, nous dit Guyon, « où la déformation du col sera telle que l'urètre ne représente plus qu'une sorte de tuyau à niveau ». A ce moment, l'incontinence sera nocturne aussi bien que diurne. Cette explication classique est assurément ingénieuse; répond-elle exactement à la vérité clinique? Oui, pour les phases extrêmes de la maladie; mais, pour les formes moins avancées, nous pensons que l'incontinence des rétrécis se rattache à la stagnation urinaire et à l'irritabilité vésicale; la vessie prend peu à peu l'habitude de ne se vider qu'incomplètement; le « résidu » de la miction va croissant et, partant, les mictions