

vessie, dont les symptômes seront décrits plus loin; dans les cas graves on observe même une **pyélo-néphrite** et une **néphrite**. Les **altérations anatomiques secondaires** se produisent en premier lieu dans l'urètre. La portion du canal située en arrière du rétrécissement, se dilate par suite de la pression de l'urine qui ne peut s'écouler que peu à peu par le point rétréci; l'urine, séjournant dans cette portion dilatée, y provoque de l'inflammation, des ulcérations, des abcès, et ces derniers peuvent avoir comme conséquence des fistules urétrales. La portion de l'urètre située en avant du rétrécissement, est souvent un peu plus étroite qu'à l'état normal, parce qu'au moment de la miction elle n'est pas complètement dilatée par le passage de l'urine. La dilatation s'étend parfois de la portion terminale de l'urètre à la vessie, surtout lorsque le rétrécissement s'est développé lentement. Ainsi se produit une **hypertrophie dite excentrique de la vessie avec dilatation**, ou bien une **simple dilatation**; en général, dans cette affection, les parois vésicales ne sont que peu épaissies. La dilatation est due au fait que les malades retiennent longtemps l'urine, de sorte que la sensibilité et la contractilité de la vessie s'émoussent peu à peu. Ce n'est que lorsque la vessie est fortement distendue par l'urine que se fait sentir le besoin de la miction, laquelle, d'ailleurs, est tout à fait incomplète. Au bout de très peu de temps la vessie est de nouveau remplie à l'excès, et le malade recommence alors ses tentatives d'évacuation. Si dans ces formes de dysurie on introduit une sonde dans la vessie, on en voit sortir parfois, au grand étonnement du malade, jusqu'à un et même deux litres d'urine alcaline. Peu à peu la vessie perd la faculté d'évacuer son contenu; souvent on observe une ischurie complète, et si l'énergie du sphincter est épuisée, l'ischurie paradoxale, c'est-à-dire l'écoulement purement mécanique de l'urine par regorgement. Chez les individus jeunes, lorsque le rétrécissement s'est développé rapidement, on observe plus souvent une **hypertrophie concentrique avec diminution de la capacité vésicale**. L'épaisseur des parois de la vessie qui peut s'accroître jusqu'à 1 ou 1,5 centimètres et même d'avantage, est due surtout à l'hypertrophie de la couche musculaire. Les faisceaux musculaires superficiels décrits précédemment et formant un réseau par leurs entrecroisements, font saillie en forme de travées ou colonnes dans la cavité vésicale (vessie à colonnes), et peuvent être facilement senties avec la sonde. Le col de la vessie, le sphincter et la prostate prennent aussi part à l'hypertrophie. Si l'hypertrophie atteint principalement les couches musculaires, c'est que le malade, cédant à un besoin fréquent de la miction, tel qu'on l'observe souvent dans les rétrécissements, ne parvient à uriner qu'avec de grands efforts. Au début il peut encore conserver l'urine pendant une ou deux heures dans la vessie; plus tard le besoin devient toujours plus fréquent, la capacité vésicale diminue, et toutes les 1/2 heures, souvent même tous les 1/4 d'heure, il fait des efforts consi-

dérables pour ne chasser que de petites quantités d'urine, sans ressentir le soulagement qui succède normalement à l'évacuation de la vessie; bien au contraire, l'évacuation étant incomplète, il éprouve, après la miction, une sensation désagréable.

Aussi bien dans l'hypertrophie avec dilatation, que dans l'hypertrophie concentrique, se forment, dans les espaces situés entre les faisceaux musculaires épaissis, des **poches**, des **diverticules** ou **cellules de la vessie** (Civiale), variant du volume d'un pois ou d'une noisette jusqu'à celui de ces grandes poches en forme de sacs dans lesquelles séjourne l'urine, et qui deviennent très facilement le siège des calculs vésicaux dits enkystés. Les diverticules ont souvent un orifice très étroit et affectent alors la forme d'une bouteille.

La dilatation finit par s'étendre aux **uretères** qui peuvent atteindre le calibre de l'intestin grêle, ainsi qu'aux **reins** sous la forme d'une hydronéphrose double. Les **conduits excréteurs des glandes s'ouvrant dans l'urètre** (glandes de *Couper*, lacunes de *Morgagni* conduits extérieurs de la prostate, conduits éjaculateurs), sont aussi dilatés et le siège d'une inflammation catarrhale; c'est dans l'augmentation de la sécrétion de ces conduits qu'il faut chercher la cause de la blennorrhée chronique.

Les violents efforts de miction ont assez souvent comme conséquence, des **hernies** et une **dilatation des veines du rectum avec ou sans prolapsus des paquets hémorroïdaires**.

Dans la fig. 82 sont représentées les principales altérations de la vessie et de l'urètre, ainsi que des conduits excréteurs des glandes s'ouvrant dans ce dernier.

L'état général présente des troubles variés, suivant le degré des altérations que nous venons de décrire; on observe tous les intermédiaires depuis les mouvements fébriles survenant de temps en temps et les légers catarrhes gastriques, jusqu'à l'urémie se terminant par la mort. L'hypocondrie est aussi fréquente et n'épargne même pas le malade après la guérison de son rétrécissement.

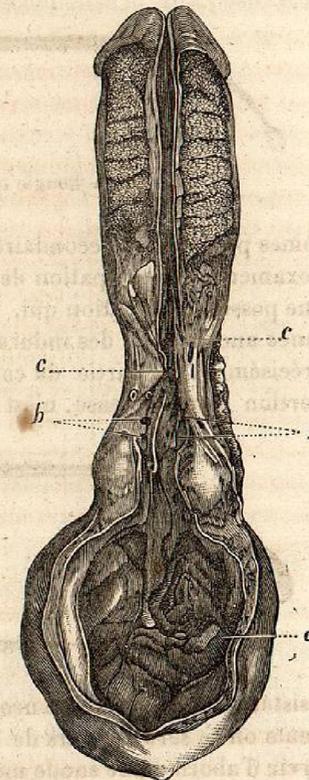


Fig. 82. — Rétrécissement chez un jeune homme de 19 ans, d'après DITTEL. — a. Diverticule de la vessie. b. Dilatation des conduits excréteurs de la prostate. c c. Fausses routes.

§ 224. — Le diagnostic des rétrécissements de l'urètre peut être basé en partie sur les symptômes que nous venons de décrire. Mais comme ces derniers peuvent se montrer également dans d'autres maladies des voies urinaires, un diagnostic sûr ne peut être posé que par l'exploration manuelle et à l'aide d'instruments. Cette exploration ne doit être négligée chez aucun malade présentant l'un ou l'autre des symp-

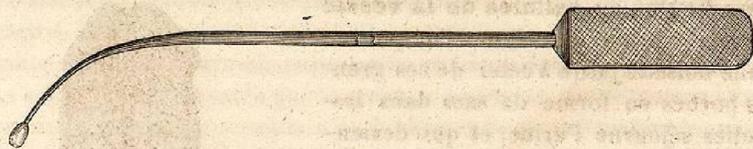


Fig. 83. — Bougie en laiton à manche solide de ROSER.

tômes primitifs ou secondaires que nous avons décrits. On commencera l'examen par la palpation de l'urètre entre le pouce et l'index aussi loin que possible, palpation qui, parfois, permettra de constater une consistance anormale et des indurations sur certains points du conduit. Mais précisément la partie du canal le plus souvent affectée, c'est-à-dire la portion membraneuse, n'est pas accessible à la palpation à cause de la

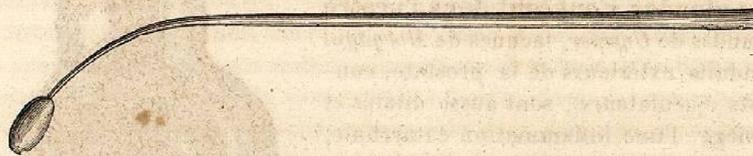


Fig. 84. — Bougie à bout olivaire de THOMPSON.

résistance du diaphragme urogénital. Pour l'exploration à l'aide d'instruments on se sert toujours de bougies et sondes métalliques. On peut se servir d'abord d'une sonde métallique correspondant au calibre normal de l'urètre, puis on passe à des numéros de plus en plus faibles jusqu'à ce qu'on ait trouvé celui qui peut encore franchir le rétrécissement; ou bien on emploie les bougies métalliques à manche solide de ROSER (fig. 83), ou encore les bougies métalliques à tige mince et à boule olivaire (fig. 84) conseillées dernièrement surtout par THOMPSON et DITTEL. L'examen avec des instruments trop minces ou élastiques qui s'arrêtent facilement dans un repli de la muqueuse ou dans le conduit excréteur dilaté d'une glande, n'engage que trop souvent le médecin inexpérimenté à poser le diagnostic d'un rétrécissement qui n'existe pas. L'exploration de l'urètre doit nous renseigner non seulement sur le degré du rétrécissement, mais encore sur son siège, sa longueur, sa forme annulaire ou valvulaire ou due à une abondante production de

tissu conjonctif (caroncule) enfin sur le nombre des points rétrécis. Avec un peu d'habitude la méthode d'exploration que nous venons d'indiquer nous fournira des notions exactes sur ces différents points.

Pour se faire une idée encore plus exacte de l'état de l'urètre, on a imaginé d'introduire des bougies de cire à modeler (DUCAMP), de façon à obtenir une empreinte directe du rétrécissement, ou bien on cherche à voir la partie malade au moyen de l'endoscope; on y parvient aisément avec l'instrument de LEITER-NITZE. Pour reconnaître le bout postérieur

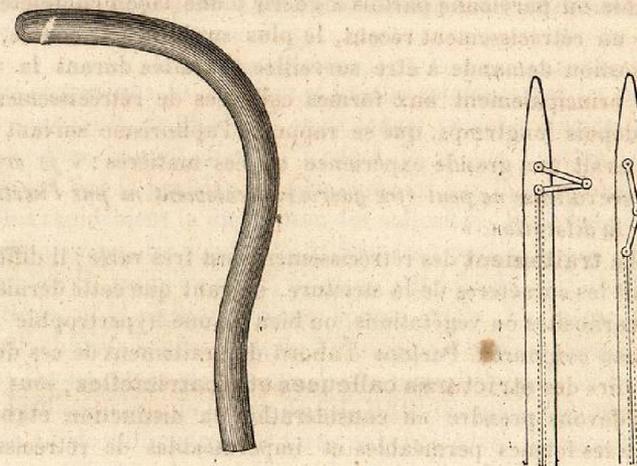


Fig. 85. — Bougies en étain recourbées en S de BÉNIQUÉ.

Fig. 86. — Instrument de ROSER servant à l'exploration des rétrécissements.

d'un rétrécissement ou bien sa forme valvulaire ou semi-lunaire, ROSER a imaginé un instrument dont la fig. 86 fait aisément comprendre le fonctionnement; on l'introduit fermé jusqu'en arrière du rétrécissement, puis on l'ouvre, et en le retirant, on rencontre un obstacle lorsqu'il existe quelque saillie des parois de l'urètre; si l'on a soin, en outre, de suivre extérieurement, avec le doigt, le bout de l'instrument, on pourra se faire une idée assez exacte des conditions particulières du rétrécissement.

Dans tous les cas où l'on réussit à introduire jusque dans la vessie une bougie élastique, si petite fût-elle, ou bien un crin de cheval ou une fine corde à boyau, opération qui, habituellement, exige beaucoup de temps et de patience, la structure est dite perméable, même dans les cas où le malade est affecté de temps en temps d'ischurie; il en est de même lorsque la stricture ne peut être franchie par aucun instrument, mais laisse passer l'urine. Par contre, la stricture est dite imperméable ou infranchissable lorsqu'il y a rétention d'urine et impossibilité de faire