

cine), finissent par tomber dans une mélancolie profonde; cette dépression psychique et l'excitation qu'amènent les efforts de coït font qu'il leur est impossible d'accomplir celui-ci et on voit alors s'établir cet état morbide si bien nommé *impuissance psychique*, qui achève de plonger les malades dans un complet désespoir. On comprend aisément combien la santé de ces malheureux se ressent de cette triste situation.

Pronostic. — Le pronostic doit être réservé, cette maladie pouvant aboutir à *l'hypertrophie de la prostate*, avec ses graves conséquences. D'autre part, le **traitement** n'a malheureusement que peu de prise sur elle, en raison de la situation profonde de l'organe malade, laquelle ne permet pas toujours d'exercer sur lui une action soutenue. Il ne faut attendre aucun résultat des injections; pour que les médicaments puissent agir d'une manière plus active, il faut les introduire sous forme de bâtonnets médicamenteux ou d'injections d'onguents (comme dans l'urétrite chronique) ou bien encore les instiller au moyen d'un cathéter jusque sur les parties malades; ici encore c'est surtout au *nitrate d'argent* qu'il faut avoir recours. Il est toujours avantageux de prescrire des *bains de siège frais* ou des *frictions froides*. Enfin, il faut surveiller attentivement l'état général, reconforter le malade et calmer ses appréhensions; le moyen le plus sûr est de lui démontrer au microscope l'absence de spermatozoïdes dans l'écoulement urétral. Il faut enfin régulariser les fonctions digestives et prescrire l'exercice au grand air. A ce point de vue, les voyages, les bains de mer exercent souvent une action très favorable, qu'on obtiendra aussi en faisant reprendre au malade ses occupations habituelles, que souvent il a négligées.

CHAPITRE IX

LE RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE

Le **rétrécissement de l'urètre** est la complication ou plutôt la conséquence — la plus dangereuse de l'urétrite blennorrhagique. On divise ordinairement les rétrécissements en

rétrécissements *spasmodiques*, dus à une simple contracture de la musculature urétrale, rétrécissements *inflammatoires* dus à la tuméfaction phlegmasique des tissus entourant l'urètre et en rétrécissements *organiques*, déterminés par une altération permanente des parois du canal.

La diminution de calibre provoquée par le spasme de la musculature — *la crampe urétrale* — reconnaît pour cause soit une excitation intense portée sur l'urètre ou sur les tissus voisins, soit un réflexe dû à des influences psychiques ou à une affection du système nerveux. Cette constriction a pour conséquence une rétention partielle ou totale des urines. La sonde rencontre une certaine résistance et l'introduction peut parfois en être tout à fait impossible; dans la narcose chloroformique, cette résistance disparaît complètement. — Le traitement consiste en applications chaudes, bains chauds et dans l'emploi des narcotiques; comme première indication, il faut chercher à supprimer la cause de la contracture. — Les rétrécissements par tuméfactions inflammatoires ont été étudiés au cours des chapitres précédents: il ne nous reste plus qu'à parler des rétrécissements vrais, des **rétrécissements organiques**.

Lorsqu'un rétrécissement de l'urètre commence seulement à se former, il ne donne lieu à aucun symptôme subjectif appréciable; c'est par hasard qu'on le découvre au cours d'une exploration du canal. Lorsqu'il s'accroît, commencent à se manifester des troubles dans l'émission de l'urine et du sperme. Le malade ressent d'abord de légères envies d'uriner pendant la nuit, souvent aussi une sensation douloureuse au moment de l'éjaculation. Plus tard, l'émission des urines rencontre un sérieux obstacle; le jet devient plus mince, la courbe qu'il décrit à l'état normal diminue d'amplitude; parfois, l'urine s'écoule sans même décrire de courbe et tombe droit sur le sol, sans que cependant le jet soit aminci; parfois aussi, quand on abandonne le méat à lui-même, le jet d'urine se divise en deux jets secondaires. Il est clair que dans chaque cas particulier, ces phénomènes varient avec la situation, la forme et le degré du rétrécissement.

Lorsque l'obstacle augmente encore, la vessie n'a plus la force d'expulser l'urine malgré l'hypertrophie dont la musculature vésicale devient habituellement le siège; les malades sont forcés de s'aider de plus en plus des contractions abdominales, ils doivent

pousser pendant quelque temps avant que l'urine s'échappe et ils finissent par ne plus pouvoir uriner qu'en prenant certaines attitudes particulières; souvent l'augmentation considérable que subit la pression abdominale pendant ces manœuvres, amène l'expulsion des matières fécales.

Il se produit en outre une complication plus sérieuse: quand le rétrécissement atteint un certain degré, les malades ne parviennent plus, malgré tous leurs efforts, à vider complètement la vessie. Après chaque miction, il y reste une certaine quantité d'urine (urine résiduelle); de sorte qu'il faut moins de temps pour que la réplétion de la vessie soit telle que le besoin d'uriner se fasse de nouveau sentir, et cette fois encore, l'évacuation est incomplète. C'est ainsi que la rétention d'urine rend de plus en plus fréquent le besoin d'uriner. De plus, l'urine qui stagne dans la vessie s'altère facilement, surtout sous l'influence de cathétérismes répétés et faits au moyen d'instruments mal désinfectés et la fermentation qu'elle subit provoque l'inflammation de la muqueuse, le *catarrhe vésical*. Celui-ci, de son côté, augmente encore le ténesme et les malheureux malades sont jour et nuit tourmentés par un besoin incessant d'uriner. Enfin, ce catarrhe vésical peut entraîner les plus graves conséquences, par sa tendance à se propager aux *urétéres*, aux *bassinets* et aux *reins*. La stagnation de l'urine, la pression exagérée qu'elle subit au delà de l'obstacle, sont les facteurs principaux de cette marche ascendante de l'infection.

Un autre symptôme est l'*incontinence d'urine (enuresis)*; elle est due soit au relâchement du sphincter vésical, soit à des *dilatations* — parfois de véritables diverticules — qui s'établissent en arrière du rétrécissement, sous l'influence de la pression considérable qu'exerce à ce niveau l'urine au moment de la miction; quand le malade a fini d'uriner, ces dilatations restent remplies d'urine qui continue à suinter lentement par l'endroit rétréci.

Enfin, le rétrécissement peut atteindre un degré tel que l'émission des urines soit tout à fait entravée: il y a *rétention complète*, complication grave à tous égards qui reconnaît souvent comme cause une tuméfaction temporaire de la muqueuse uréthrale, due à un excès bachique ou vénérien; ce gonflement achève de fermer complètement la lumière d'un rétrécissement que l'urine parvenait encore à franchir quelque peu.

L'obstacle au passage se manifeste encore plus tôt pour le

sperme que pour l'urine; le sperme présente, en effet, une consistance plus visqueuse et subit, au moment de l'éjaculation, une pression moins forte et surtout moins durable que celle de l'urine au moment de son émission. Il est refoulé dans la vessie et se mélange à l'urine.

Marche de la maladie. — Les rétrécissements se développent d'une manière très insidieuse; il se passe cinq, dix, vingt ans après l'urétrite, avant que les symptômes aient atteint leur entier développement. Ceux-ci éclatent souvent d'une façon tout à fait imprévue: le rétrécissement peut s'être organisé très lentement sans occasionner le moindre inconvénient, puis, tout-à-coup, un effort, un excès provoquent une tuméfaction de la muqueuse uréthrale et les signes d'obstacles à la miction deviennent évidents. L'intensité des symptômes du rétrécissement varie chez chaque malade; de plus, le complexe symptomatique est fortement influencé par les *complications* qui surviennent. Nous avons déjà parlé de l'une d'entr'elles, la cystite et ses suites, qui est presque inévitable dans les atrésies prononcées. Un autre danger sérieux résulte des abcès périuréthraux, qui souvent reconnaissent pour cause les érosions produites par le cathétérisme; ils peuvent aussi survenir spontanément, grâce à la pression qu'exerce l'urine en arrière du passage rétréci. C'est surtout quand ils compliquent un rétrécissement que ces abcès ont de la tendance à se créer à la fois une voie vers l'intérieur et vers l'extérieur, et former une fistule uréthrale; aussi l'infiltration urineuse est-elle toujours à craindre. La pression exagérée de l'urine au-dessus du rétrécissement augmente l'inflammation dont cette portion de l'urètre est habituellement le siège dans l'urétrite postérieure, et favorise la formation des infiltrations périuréthrales et des abcès.

Il va de soi que le mode de traitement, et l'époque à laquelle on intervient, sont deux facteurs qui ont la plus haute influence sur la terminaison de la maladie. Si le mal est pris au début et traité convenablement, on obtient d'ordinaire la guérison, ce qui veut dire qu'on rend au canal un calibre suffisant pour permettre l'écoulement facile des urines, et qu'on le maintient dans cet état; la guérison complète, au sens anatomique du mot, est impossible à atteindre, car il s'agit ici d'irréparables altérations des tissus. Cette guérison relative, on ne parvient même plus à l'obtenir quand on s'y prend plus tard, dans les stades avancés

de la maladie et surtout lorsqu'il existe déjà des complications; tôt ou tard le malade finit par succomber à l'une ou l'autre des conséquences de son rétrécissement.

Le **Pronostic** est en général favorable, quand on prend l'affection au début; plus tard il est toujours réservé et devient absolument mauvais si l'on se trouve devant une atrésie très étroite, ayant déjà produit des lésions graves de la vessie et des reins, et si les tissus périurétraux sont profondément altérés. En tout état de cause, un rétrécissement, même au début, est toujours une affection sérieuse, à laquelle il faut opposer un traitement très long et très soigneux.

Diagnostic. — Bien qu'il soit possible, dans certains cas, de reconnaître un rétrécissement d'après les symptômes qu'il occasionne, l'exploration instrumentale seule peut fournir un diagnostic précis. Pour la pratiquer, on se sert de grosses sondes métalliques, soit de bougies élastiques résistantes (15-20 Charrière); dans ce dernier cas il est préférable d'employer des sondes à boules et à bout olivaire; lorsqu'elles sont introduites, suivant toutes les règles, dans le canal de l'urètre et que, même en insistant pendant quelque temps, on ne parvient plus à les faire progresser, on peut diagnostiquer un rétrécissement: il ne faut cependant pas oublier que la contraction de la musculature urétrale peut, en arrêtant pendant quelques instants la sonde, simuler un rétrécissement organique. C'est surtout la sonde à boule qui fournit le signe le plus certain de l'atrésie: après avoir poussé la boule au delà du passage rétréci, on se rend aisément compte, en la retirant, de la situation, de l'étendue, et, à l'occasion, de la multiplicité des rétrécissements. L'endoscope permet aussi de les apercevoir; lorsqu'on a introduit l'instrument jusqu'au niveau de l'endroit rétréci, on aperçoit, au lieu de la muqueuse normale, de coloration rosée, un tissu blanc, cicatriciel, et, à la place de la ligne horizontale que forme à l'état normal la lumière de l'urètre, on voit l'entrée du rétrécissement, avec sa situation et sa forme irrégulières.

Anatomie pathologique. — Les rétrécissements siègent ordinairement à la portion membraneuse de l'urètre, surtout dans la partie antérieure de celle-ci, ainsi qu'à la partie attenante de la portion bulbeuse; c'est à cette place que se rencontrent au moins les 2/3 des rétrécissements. Il est exceptionnel de les rencontrer dans le segment le plus profond de l'urètre, dans la

portion prostatique. — Dans certains cas, il n'existe qu'un seul rétrécissement, dans d'autres il en existe plusieurs, séparés ordinairement par des dilatations du canal (*rétrécissements multiples*). Leur étendue est très variable; tantôt ils sont courts, d'autres fois ils s'étendent sur un certain espace et, dans les degrés extrêmes, exceptionnels du reste, la portion carverneuse de l'urètre est rétrécie sur toute sa longueur. Leur forme aussi varie beaucoup; le tissu fibreux que constitue le rétrécissement se dispose tantôt en anneau, tantôt en bride, d'autres fois il s'organise d'une manière très irrégulière et produit les déviations les plus variées.

Un examen approfondi permet de reconnaître que le processus qui amène le rétrécissement est une *prolifération du tissu conjonctif* (un *processus cicatriciel*) dans la muqueuse, et parfois aussi dans le tissu sous-muqueux et spongieux. Cette prolifération aboutit à deux formes différentes: tantôt le tissu conjonctif hypertrophié produit un épaissement considérable de la paroi urétrale (*rétrécissement calleux*); d'autres fois le processus prédominant est plutôt une rétraction cicatricielle du tissu néoformé (*rétrécissement atrophique*).

Étiologie. — Les rétrécissements consécutifs à la blennorrhagie sont surtout dus à la longue durée des phénomènes inflammatoires dont la muqueuse et les tissus voisins ont été le siège; aussi est-ce l'urétrite chronique qui les provoque le plus souvent. Peut-être ne faut-il pas dénier toute influence à certaines actions locales, telles qu'aux injections trop concentrées et surtout les érosions produites dans l'urètre par un cathétérisme maladroit; mais il est bien certain que les injections sont inoffensives à la dose ordinaire. — Si l'on compare la fréquence relative de l'urétrite et du rétrécissement, on peut dire que celui-ci est, en somme, une complication rare de la blennorrhagie. D'après Guyon, le rétrécissement survient dans environ 10 p. 100 des cas d'urétrite chronique.

Traitement. — Les indications du traitement sont des plus variées suivant le degré auquel est arrivée l'affection au moment où le malade vient réclamer les soins du médecin. Dans les cas où un rétrécissement léger donne seulement lieu aux troubles que nous avons décrits plus haut, il suffira de pratiquer la *dilatation de l'endroit rétréci* pour faire disparaître tout symptôme ou souvent même pour obtenir une guérison complète, à la seule

condition que le traitement soit appliqué assez longtemps. On peut faire cette dilatation d'une manière *brusque*; le procédé consiste alors soit à distendre ou à faire éclater le rétrécissement en se servant de dilatateurs de différents modèles ou bien à faire l'uréthrotomie interne, opération qui consiste à inciser le rétrécissement au moyen d'une lame tranchante protégée par une sonde et introduite ainsi dans le canal. Ces méthodes sont de beaucoup inférieures à la *dilatation lente*; celle-ci met plus de temps pour arriver au but, mais est beaucoup moins dangereuse et beaucoup plus fidèle. Pour appliquer ce procédé de dilatation on se sert soit de sondes métalliques soit de bougies flexibles, mais assez résistantes (de préférence à extrémité boutonée); pour les rétrécissements les plus étroits on se sert de bougies filiformes. L'emploi des sondes métalliques exige une très grande habitude : il faut surtout se défier des plus fins numéros dont l'introduction est dangereuse; lorsqu'on ne possède pas une habileté toute spéciale, il est préférable de faire la dilatation au moyen de sondes flexibles qui, dans les mains des opérateurs peu expérimentés, ne présentent jamais autant de danger que les sondes de métal. Avant l'introduction, on enduit soigneusement la sonde au moyen d'huile ou mieux encore, on injecte un peu d'huile dans l'urèthre. On commence par un numéro moyen; s'il ne franchit pas le rétrécissement, on diminue graduellement, jusqu'à ce qu'on arrive au numéro qui parvient à « passer ». C'est ici que le médecin doit, suivant l'expression si juste de DITTEL, faire preuve de patience, de persévérance et de douceur, s'il veut triompher des difficultés. Si l'introduction de la sonde ne réussit pas, il vaut mieux s'arrêter que de vouloir passer à tout prix, par violence; sinon on produit aisément des lésions du canal, on crée les *fausses routes* si redoutables, qui augmentent encore les difficultés du cathétérisme. Si l'on est parvenu à passer, on laisse la sonde en place pendant un certain temps, puis on cherche à introduire le numéro immédiatement supérieur. En procédant ainsi, on avance d'un numéro tous les jours ou tous les deux jours suivant l'extensibilité du rétrécissement et la réaction du malade; à chaque séance on laisse la bougie en place pendant un quart d'heure ou une demi-heure suivant que le malade est plus ou moins habitué au traitement. Lorsqu'on est arrivé au n° 20 ou à un numéro plus élevé (filière Charrière), on a atteint la largeur désirée et rendu à l'urèthre son

calibre normal; cependant il ne faut pas cesser brusquement le traitement, car on s'exposerait à voir le rétrécissement se reproduire; il faut, au contraire, continuer longtemps encore le cathétérisme, mais en espaçant les séances et ce n'est que, lorsqu'après des années, l'examen du canal pratiqué à de longs intervalles, a constamment démontré que le rétrécissement n'a aucune tendance à se rétablir, qu'on peut seulement se passer de tout traitement. Dans les cas de rétrécissements très anciens qui résistent à la dilatation progressive on a eu des succès en laissant à demeure une sonde ou une bougie qui ramollit les tissus et permet au bout de vingt-quatre heures ou de quelques jours l'introduction d'un numéro plus fort. LEFORT a apporté à cette méthode une heureuse modification : il introduit une mince sonde élastique, portant à son extrémité postérieure *un pas de vis* et la laisse à demeure pendant vingt-quatre heures; puis il introduit une sonde métallique de fort calibre, en se servant de la sonde molle comme de conducteur. Il arrive ainsi à dilater des rétrécissements qui ne permettaient que le passage de très fines sondes, jusqu'aux n°s 18-20.

Après la dilatation et surtout après une dilatation trop rapide, on voit souvent éclater une *fièvre intense*, avec frissons violents (*fièvre uréthrale, fièvre du cathétérisme*). Cette fièvre est due soit à une action réflexe, soit au réveil d'un état inflammatoire pré-existant de la vessie et des reins. Lorsque ces organes sont le siège d'altérations profondes, cette exacerbation donne parfois lieu à des accidents mortels; on voit que, dans de pareils cas, la dilatation, malheureusement indispensable, peut devenir une arme à deux tranchants.

La situation devient très grave quand il y a rétention complète des urines; l'indication la plus pressante est *d'évacuer la vessie dans le plus bref délai*, le danger que court le malade augmentant d'heure en heure. C'est à ce moment que le médecin doit se souvenir du conseil donné par DITTEL, de ne pas se laisser entraîner par les circonstances : « c'est en allant doucement qu'on arrive le plus tôt ». On voit parfois une tentative inutile réussir après un bain chaud ou une injection de morphine. On peut aussi introduire plusieurs sondes minces réunies en faisceau jusqu'à l'endroit rétréci et essayer de les faire avancer les unes après les autres; l'une d'elles finit par passer, celle qui se trouvait juste devant l'ouverture du rétrécissement. L'uréthros-

cope peut aussi servir à découvrir l'orifice antérieur du passage rétréci. Lorsque la sonde a réussi à passer, on la laisse à demeure pendant quelques instants, et souvent, lorsqu'on la retire l'urine s'écoule spontanément du canal. On peut alors essayer d'introduire immédiatement après une bougie un peu plus forte pour tirer le parti le plus grand possible du résultat obtenu.

Enfin l'introduction du cathéter peut être tout-à-fait impossible, le rétrécissement est *infranchissable* (ce mot doit être pris dans un sens relatif, bien qu'il existe des rétrécissements absolument infranchissables pour les instruments, tels que les déviations angulaires du canal); il ne reste alors plus qu'à créer une autre voie à l'écoulement des urines en pratiquant soit l'*uréthrotomie externe*, soit la *ponction vésicale*. Pour les indications spéciales et la technique de ces opérations, nous renvoyons le lecteur aux traités de chirurgie.

CHAPITRE X

LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME

Comme chez l'homme, l'infection blennorrhagique peut atteindre chez la femme toute les parties du système urogénital. Les affections qu'elle y détermine sont l'*urétrite*, la *vaginite*, la *vulvite*; aux deux dernières se relient les *affections blennorrhagiques de l'utérus et de ses annexes*; à l'urétrite se rattachent les *affections vésicales et rénales* d'origine gonorrhéique.

Les maladies de l'utérus et de ses annexes, surtout l'endométrite du col et du corps de l'utérus, la salpyngite, la périmétrite, la paramétrite comptent trop souvent parmi les conséquences les plus graves de la blennorrhagie de la femme; très fréquemment elles sont une cause de stérilité et provoquent une foule d'affections graves, rebelles, souvent presque incurables; parfois même elles peuvent aboutir à la mort. La symptomatologie et surtout le traitement de ces affections sont tout entiers du domaine de la gynécologie; aussi les passerons-nous sous silence.

La **Vulvite**, qui correspond assez bien à la balanite de l'homme, débute par des chatouillements, des sensations excitantes, qui bientôt prennent un caractère douloureux; ces douleurs deviennent très vives au moindre contact, pendant la marche, pendant la miction, au cours de laquelle les parties enflammées sont baignées par l'urine. La vulve est le siège d'une vive rougeur et d'un gonflement surtout marqué au niveau des petites lèvres et des replis cutanés qui en partent; en même temps les parties malades laissent suinter une sécrétion purulente d'abondance variable et qui acquiert une odeur repoussante due à un mélange d'acides gras de décomposition. Ce pus, qui recouvre les grandes et les petites lèvres et qui laisse sur le linge de grandes tâches jaune-verdâtres, empesées, donne ordinairement naissance à des érosions épidermiques qui sont primitivement localisées aux parties génitales, mais qui, chez les personnes peu soigneuses, se propagent à la peau des parties voisines, à la face interne des cuisses et au sillon de l'anus. Ces érosions entraînent souvent un surcroît de douleurs; chez les malades très sensibles, on voit se produire un peu de fièvre et parfois de l'engorgement des ganglions inguinaux.

La maladie prend toujours une *marche* favorable; en suivant un traitement quelque peu soigneux, la guérison est complète en très peu de temps; elle ne pourrait se faire attendre qu'au cas où une bartholinite viendrait compliquer l'inflammation de la vulve.

Le **diagnostic** de la vulvite est en général facile; mais il faut s'assurer, par un examen très attentif, qu'il n'y a pas de *chancre* ou de *plaques muqueuses* et qu'on n'a pas affaire à une vulvite consécutive à ces deux affections. Il est aussi possible de confondre avec l'*herpès génital*; dans cette dernière affection on observe aussi une tuméfaction œdémateuse aux grandes et aux petites lèvres, seulement, quand l'éruption est récente, on peut encore constater le groupement caractéristique des vésicules; plus tard, quand elles sont rompues, les érosions conservent la même disposition. Il est beaucoup plus difficile de reconnaître si la vulvite est *d'origine blennorrhagique*; la vulvite gonorrhéique (1) présente, en effet, absolument les mêmes caractères

(1) Il peut paraître abusif d'employer le mot « gonorrhéique » pour toutes ces affections chez la femme; au fond, le terme de gonorrhée est tout aussi mauvais appliqué à la chaude-pisse de l'homme. Si on l'a adopté, ce n'est que par respect pour l'ancienne terminologie; le mot, du reste, est facile à comprendre et d'un usage général.