

façon à distendre l'urèthre, puis à lâcher tout à coup le pincement (Amussat).

c. Injection d'huile sous pression dans le méat pour le distendre et le lubrifier.

2° *Méthode comprenant les procédés d'extraction par le méat.* —

a. Extraction par manœuvres externes. Elle se fait soit en repoussant le corps étranger de proche en proche à travers les parois de l'urèthre, soit au contraire en refoulant la verge et l'urèthre vers le corps étranger préalablement fixé. Ces deux procédés ne peuvent être employés que lorsqu'on a affaire à des corps mous ou inoffensifs, les corps irréguliers et aigus blesseraient profondément l'urèthre dans ces manœuvres.

b. Extraction à l'aide de procédés ingénieux ne nécessitant pas d'instrumentation spéciale. — Ces procédés varient nécessairement avec le corps étranger et les ressources du chirurgien. Voici quelques exemples : Viguier fit l'extraction d'une sonde en introduisant dans son calibre un mandrin carré entrant à frottement dur ; Voillemier retira aussi une sonde métallique en introduisant dans son calibre une bougie en corde à boyau qu'il laissa gonfler. Caudmont conseille d'extraire les aiguilles et épingles en en fichant la pointe dans une bougie ou sonde introduite jusqu'à leur contact. Marchetti a imaginé un procédé ingénieux pour retirer les épis ou épillets dont les barbes en se rebroussant s'opposent au glissement ; il consiste à saisir l'extrémité de l'épi tournée vers le méat, puis à introduire une canule, qui, passant entre l'urèthre et l'épi, empêche les barbes de se retourner. C'est le procédé qu'on mit en usage dans le fait bien connu de l'extraction d'une queue de cochon du rectum. Quelquefois c'est après morcellement (Voillemier) ou après version (Samuel Cooper, Boinet) qu'on extrait le corps étranger. Enfin, dans ces dernières années, on a songé à repousser les corps de l'urèthre dans la vessie à l'aide des lithotriteurs ou de divers instruments préhenseurs. Cette conduite n'est évidemment applicable qu'aux corps séjournant dans l'urèthre postérieur et qui, par leur nature, sont incapables de déterminer des lésions pendant le refoulement.

c. Procédés d'extraction instrumentale. — Nous ne pouvons énumérer les nombreux instruments imaginés dans ce but. Citons seulement quelques-uns des principaux types, pince de Hunter, de Mathieu, de Charrière et de Collin, ces dernières ont sur tous les autres instruments l'avantage de se manier d'une seule main et de saisir, sans les chasser devant eux, les corps à extraire. Les crochets, les anses de fil métallique conviennent seulement à l'extraction d'un petit nombre de corps (pois, fèves, gravier, etc.). Parmi eux nous mentionnerons la curette de Leroy d'Étiolles, qui introduite droite au delà du corps étranger se recourbe derrière lui à l'aide d'un mécanisme simple.

d. Procédés d'extraction instrumentale après fragmentation. — Ils ne peuvent s'appliquer qu'aux corps friables, on peut cependant aussi les

employer pour détruire la coque calcaire de corps séjournant depuis longtemps dans l'urèthre. Parmi les instruments destinés à cet usage, citons le brise pierre urétral de Reliquet.

3° *Méthode d'extraction par les voies artificielles.* — Elle comprend deux procédés. — a. L'extraction par ponction imaginée par Sue (d'Orléans) et qu'on attribue à tort à Dieffenbach. Elle consiste à faire perforer la paroi de l'urèthre par le corps étranger et à l'extraire alors en le saisissant par son extrémité saillante. Ce procédé, applicable seulement à l'extraction des aiguilles, épingles sans tête, corps de petit calibre droits et pointus, est excellent, la piquûre qu'il exige guérissant toujours sans accident.

b. Le procédé dit de la boutonnière consiste à inciser le canal sur le corps lui-même. Cela est facile pour la région pénienne, mais plus difficile lorsqu'il s'agit de corps siégeant dans la portion périnéale et en particulier dans la région membraneuse. L'incision devra toujours être aussi petite que possible afin d'éviter les rétrécissements ultérieurs. Le corps extrait, on laissera la plaie béante sans suture, et on ne mettra pas de sonde à demeure, mais le cathélérisme sera répété trois ou quatre fois dans les 24 heures. L'opération de la boutonnière périnéale est peu grave, toutefois Poulet cite des cas où elle a été suivie de mort ; beaucoup moins grave est la boutonnière faite dans la région pénienne, mais il faut savoir qu'elle expose à des fistules consécutives.

§ 5. — Rétrécissements de l'urèthre.

Pendant longtemps les auteurs ont compris sous cette dénomination des états morbides divers de l'urèthre, n'ayant d'autres points communs que la diminution de calibre du canal. Aujourd'hui, l'accord est fait sur cette question de terminologie, et sous le nom de rétrécissements on entend une diminution *acquise, permanente et progressive* du canal de l'urèthre déterminée par la production dans l'épaisseur de ses parois d'un tissu néoplasique d'origine inflammatoire ou traumatique. Par cette définition se trouvent écartés : les rétrécissements congénitaux qui se rattachent aux vices de conformation, les diminutions passagères et fugitives ayant pour cause le spasme, les diminutions de calibre essentiellement transitoires dues à l'inflammation aiguë ou chronique (caroncules, carnosités) de la muqueuse urétrale, enfin la diminution de calibre tenant à l'effacement du canal par une tumeur de voisinage, groupe pathologique dans lequel on peut comprendre l'hypertrophie de la prostate, qui déforme bien plus qu'elle ne rétrécit le canal.

Cette définition a en outre l'avantage de rappeler les caractères essentiels de la physiologie pathologique et de la pathogénie des rétrécissements : inflammation et traumatisme, permanence et progrès, tels sont,

résumés en quatre mots, le passé, le présent et l'avenir des rétrécissements.

Les rétrécissements de l'urèthre ne sont jamais que les effets, les conséquences de maladies antérieures de ce canal. Le plus souvent, on en retrouve facilement la cause génératrice dans le passé urétral du rétréci, mais parfois elle échappe d'abord et réclame une enquête plus minutieuse. D'où la nécessité de bien faire connaître toutes les circonstances capables de déterminer la production des rétrécissements.

Elles se rapportent toutes à trois grands groupes : 1° les inflammations du canal; 2° le traumatisme sous toutes ses formes; 3° les ulcérations.

Au premier groupe appartiennent les urétrites, mais pas toutes indistinctement. L'inflammation blennorrhagique seule a ce triste privilège, les autres en sont en général exemptes, sans doute en raison de leur intensité moindre et de leur peu de durée. Dans l'urétrite blennorrhagique, au contraire, l'acuité et l'intensité du processus inflammatoire, et surtout la chronicité des lésions et les récidives, l'expliquent admirablement, et c'est pour cela que les blennorrhagiens endurcis et récidivistes sont les candidats ordinaires aux rétrécissements, et que les strictures se rencontrent au point où s'éternisent les vieilles blennorrhagies. Il ne s'ensuit pas toutefois que toutes les blennorrhagies chroniques aboutissent fatalement au rétrécissement (1).

Nous ne reviendrons pas ici sur les rétrécissements d'origine traumatique que nous avons étudiés précédemment au chapitre des lésions traumatiques de l'urèthre. Nous dirons seulement que non seulement les grands traumatismes (plaies et ruptures de l'urèthre) peuvent les engendrer, mais qu'on les voit encore succéder à des lésions minimales provoquées, par exemple, par une érection forte et rapide dans le cours d'une blennorrhagie, par un faux pas du coït (Guyon), accidents dont le malade a perdu le souvenir lorsqu'il se présente avec son rétrécissement, mais qu'un chirurgien sagace et prévenu saura toujours retrouver.

Il convient de signaler également, comme cause productrice, les simples éraillures de la muqueuse par un cathétérisme maladroit, et à plus forte raison les fausses routes, les blessures du canal par des calculs, des fragments de calculs, des corps étrangers.

A ce groupe des traumatismes peuvent être encore rattachées les injections mal faites et trop fortement caustiques. Par contre les injections bien faites avec des liquides prudemment maniés ne doivent pas être accusées de produire des rétrécissements : elles ont peut-être, au contraire, en arrêtant le processus inflammatoire, une action préventive

(1) Que l'inflammation du canal soit d'une nature ou d'une autre, c'est toujours en raison de sa persistance, de sa durée prolongée que le tissu connectif sous-muqueux s'hypertrophie, se sclérose ensuite et forme une véritable bride cicatricielle fibreuse rétractée qui rétrécit le canal.

des coarctations. Si rares que soient les ulcérations du canal de l'urèthre, elles existent et constituent un troisième groupe de causes tout à fait exceptionnelles des rétrécissements. Les chancres simples ou indurés constituent la majorité de ce groupe.

Les causes banales de rétrécissements invoquées naguère, telles que la constitution, les diathèses, les races, le climat, etc., n'ont aucune valeur, et jouent tout au plus un rôle prédisposant. Nous n'en aurions pas parlé si Thompson ne leur consacrait une ou deux pages de son livre.

Eu égard à leur étiologie on peut donc, avec Voillemier et Guyon, classer les rétrécissements en deux grandes catégories :

1° Les rétrécissements succédant aux inflammations du canal, rétrécissements *inflammatoires* ou *blennorrhagiques*;

2° Les rétrécissements *cicatriciels* succédant aux pertes de substance traumatiques ou ulcéreuses et qu'on peut subdiviser en *traumatiques* et *cicatriciels proprement dits*.

Dans ces derniers temps, Guyon et ses élèves, Guiard et Jamin, ont décrit des *rétrécissements mixtes*, succédant aux micro-traumatismes de l'urèthre enflammé.

A. *Rétrécissements inflammatoires ou blennorrhagiques*. — Depuis longtemps les auteurs s'accordent à dire qu'ils siègent le plus souvent dans les parties profondes de l'urèthre; les relevés de Thompson sur les pièces anatomiques des musées de Londres, ceux de Guyon sur les pièces de sa collection et sur les malades soigneusement examinés, ont apporté une précision plus grande à ces affirmations vagues. Pour Thompson, les deux tiers, pour Guyon, la totalité des rétrécissements siègent au niveau du bulbe dans la région périnéo-bulbaire.

Par ses explorations minutieuses sur le vivant, Guyon a mis en évidence un fait qui avait échappé à Thompson, qui se contentait de l'examen des pièces anatomiques : c'est que dans la majorité des cas les rétrécissements blennorrhagiques sont multiples; en avant de la stricture bulbaire, il s'en échelonne une série de 3, 4, 5, 6 et plus jusqu'au méat formant le *chapelet blennorrhagique* (Guyon), et ces rétrécissements sont d'autant plus étroits qu'ils sont plus profonds.

Rien n'est plus irrégulier que la configuration des rétrécissements de l'urèthre, tantôt c'est une simple bride (rétrécissement linéaire, valvulaire), tantôt la portion rétrécie présente une certaine étendue (rétrécissement annulaire, en manchon, en infundibulum), le rétrécissement peut porter principalement sur une des parois (rétrécissement latéral); ailleurs la zone de striction irrégulièrement développée dévie l'axe du canal en même temps qu'elle le rétrécit, de telle sorte que la lumière peut être portée tout près de la paroi, et non seulement cette déviation de l'axe du canal varie au niveau des rétrécissements multiples d'un même urèthre, mais aussi dans la traversée d'un même rétrécissement. De là, on le comprend, la difficulté de franchir, à l'aide de bougies même

fines et flexibles, les rétrécissements dits irréguliers, sinueux, tortueux, en spirale, en hélice, etc. A l'excentricité, aux sinuosités du trajet viennent se joindre souvent au-dessus de lui des plis, des saillies, des excroissances et parfois, mais rarement, de vraies productions polypiformes, qui arrêtent complètement l'instrument.

La longueur du rétrécissement est toujours minime et ne dépasse jamais, même dans la forme en manchon, quelques millimètres. Ce n'est qu'exceptionnellement que la stricture occupe le tiers, la moitié ou la totalité de l'urètre spongieux, ainsi qu'on en voit figurer deux exemples dans Thompson.

La sténose uréthrale abandonnée à elle-même est essentiellement progressive; aussi, après un temps ordinairement très long, arrive-t-elle à un degré tel qu'elle ne laisse pas pénétrer les bougies les plus fines. Cependant elle *reste toujours perméable à l'urine*, et il n'est pas encore prouvé, malgré les faits rapportés dans la thèse de Ladroite, que les rétrécissements blennorrhagiques arrivent jamais à l'oblitération complète de l'urètre.

Dans les rétrécissements blennorrhagiques tous les degrés de consistance ont été observés, depuis une mollesse fongueuse (forme fongueuse des anciens) jusqu'à une dureté ligneuse (forme fibreuse et calleuse). Leur extensibilité varie aussi beaucoup; elle est ordinairement, mais non toujours, inversement proportionnelle à leur dureté.

L'élasticité étant une propriété plus physiologique qu'anatomique, nous saisissons mieux ses caractères et son importance à propos du traitement.

Pendant longtemps on s'est contenté de l'aspect macroscopique, montrant une sorte d'anneau ou de cylindre incomplet autour du canal et formé d'un tissu dur et serré, blanc jaunâtre vers l'intérieur, plus lâche et plus foncé vers l'extérieur. Les recherches histologiques récentes de Smet et surtout celles de Brissaud et Segond ont jeté une vive lumière sur ce point important. Ces derniers auteurs ont montré que le cercle péri-urétral de néoformation constituant la stricture se composant de quatre zones :

1° Une zone inférieure, dure, fibreuse s'étendant sous forme de cône à sommet tronqué répondant à la muqueuse, dont elle émane, jusqu'à l'albuginée du corps spongieux, avec laquelle elle se confond par une large base, de sorte qu'en ce point le cylindre spongieux péri-urétral est interrompu;

2° Une zone supérieure conjonctive et élastique, s'étant aussi substituée au tissu spongieux;

3° Enfin deux zones latérales où le tissu spongieux a conservé tous ses caractères. En deçà et au delà du rétrécissement, les deux zones altérées vont en s'effilant et permettent ainsi au cylindre spongieux sain d'entourer l'urètre de toutes parts. Ajoutons qu'au niveau de la stricture l'épithélium est devenu cubique.

Ces constatations histologiques permettent d'interpréter sainement le processus pathogénique des rétrécissements blennorrhagiques. Elles montrent qu'on ne saurait plus admettre la formation d'un tissu cicatriciel succédant à une ulcération du canal. D'ailleurs, ce que nous avons dit des lésions de la blennorrhagie infirme cette hypothèse dans la grande majorité des cas, tout au plus serait-elle applicable aux cas où existent les granulations de Thiry et Desormeaux. La théorie d'Alph. Guérin et de Mercier, qui suppose que sous l'influence de l'urétrite il se développe de la thrombose, de la phlébite du tissu spongieux, devant le point de départ de la stricture, est aussi ruinée. Avec Brissaud et Segond, il faut revenir à l'interprétation exacte des anciens. C'est par un travail d'inflammation chronique, débutant dans la muqueuse même et se propageant au corps spongieux que se constituent les rétrécissements : ce travail est toujours lent et à mesure qu'il progresse, les parties primitivement prises se densifient, se durcissent, ce qui permet de comprendre, ainsi que le font remarquer Kirmisson et Desnos, comment les rétrécissements fibreux succèdent aux rétrécissements fibroïdes.

B. *Rétrécissements cicatriciels traumatiques et cicatriciels proprement dits.* — Ils ne siègent pas, comme on serait tenté de le croire *a priori*, dans toutes les régions de l'urètre. En effet, les traumatismes, les ulcérations chancreuses, les lésions produites par les corps étrangers eux-mêmes, ont, nous l'avons vu, des lieux d'élection, et c'est en ces points qu'on trouvera les rétrécissements.

Ceux qui succèdent aux fractures du bassin siègent dans la portion membraneuse, ceux qui sont consécutifs aux chutes à califourchon dans la région périnéo-bulbaire, aux faux pas du coït pendant les blennorrhagies, dans la région scrotale, à la rupture de la corde, dans la région pénienne en arrière de la fosse naviculaire et au méat.

Uniques d'ordinaire ils peuvent être multiples si la cause déterminante s'est reproduite plusieurs fois.

Leur forme est aussi irrégulière que dans les rétrécissements blennorrhagiques. Ce qui les caractérise surtout c'est l'absence d'infundibulum.

Souvent considérable, leur longueur peut occuper toute la région périnéo-bulbaire; on l'a même vue s'étendre à la totalité de l'urètre pénien.

La diminution de calibre du canal est ordinairement plus grande que dans les rétrécissements blennorrhagiques, elle pourrait aller jusqu'à l'oblitération du canal, si l'on s'en rapporte aux faits signalés dans la thèse de Ladroite.

Leur consistance est extrêmement dure.

De même que dans les rétrécissements blennorrhagiques, on trouve au niveau de la sténose une zone de tissu scléreux entourant incom-

plètement le canal et occupant de préférence sa paroi inférieure. Cette zone va aussi en s'étendant progressivement en raison de l'inflammation chronique, qui s'établit à l'union des portions saines et malades. Dans les traumatismes considérables, par exemple, dans les fractures du bassin rompant la portion membraneuse de l'urèthre et dans les ruptures graves (3^e degré) de la région périnéo-bulbaire, tout le foyer traumatique se transformant en tissu néoplasique constitue une masse scléreuse effaçant plus ou moins le canal, le déviant et déplaçant même avec lui les plans musculaires du bassin. Nous verrons à propos du traitement l'importance de pareilles lésions.

C. *Rétrécissements cicatriciels proprement dits.* — Succédant aux ulcérations chancreuses, ils siègent surtout près du méat; ils sont peu étendus, en forme de bride ou de valvule, comme l'a fait remarquer Voillemier.

D. *Rétrécissements mixtes ou scléro-cicatriciels.* — Encore peu étudiés, ces rétrécissements, qui succèdent, d'après Guyon, aux très légers traumatismes survenant au cours de la blennorrhagie, ont pour caractéristique de siéger dans la portion pénienne, d'être très friables et cependant de résister à la dilatation, car ils sont formés d'un tissu cicatriciel très serré.

Lésions concomitantes. — A la longue tout rétrécissement s'accompagne de lésions d'abord mécaniques et bientôt organiques des divers segments de l'appareil urinaire situés au-dessus. Il se passe là en amont de l'obstacle quelque chose d'analogue à ce qui se voit dans le système circulatoire dans le cas de sténose des orifices du cœur. Ce sont surtout ces lésions qui créent le danger de la stricture uréthrale.

1^o Du côté de l'urèthre on voit se former par la *vis à tergo* des dilatactions siégeant surtout, même dans les rétrécissements péniens, au niveau du bulbe et dans la portion membraneuse, en raison de la grande dilatabilité de ces parties. Cette dilatation va du volume du doigt à celui d'une orange (Brodie), ou même d'une tête de fœtus (!). Quelquefois en arrière de l'obstacle on trouve des calculs venus peut-être de la vessie, arrêtés là et s'y accroissant ensuite. Les lésions uréthrales les plus importantes, sont les ulcérations de la muqueuse dont on connaît peu les conditions de développement et la fréquence, ce qui est fâcheux, car c'est probablement grâce à elles que se développent les poches, les tumeurs urineuses, les abcès et les infiltrations d'urine, mode de terminaison fréquent des rétrécissements.

2^o Du côté de la vessie se développent ainsi des lésions intéressantes et diamétralement opposées suivant l'âge des rétrécis et la rapidité d'évolution de la stricture. Si le sujet est jeune (30 à 50 ans) et que le rétrécissement se développe lentement, la vessie luttant victorieusement contre l'obstacle voit sa tunique musculaire s'hypertrophier d'une façon compensatrice. Le sujet est-il âgé ou le rétrécissement se pro-

duit-il rapidement, la tunique musculaire du réservoir se laisse au contraire forcer et les parois amincies n'ont plus aucun ressort. Sous l'influence des contractions exagérées de la vessie hypertrophiée dans le premier cas, et sous l'influence de la stagnation de l'urine dans le second les lésions organiques ne tardent pas à se joindre aux altérations mécaniques, et la cystite est la compagne quelquefois tardive mais presque obligée des rétrécissements.

3^o Le processus inflammatoire ne reste pas d'ailleurs limité à la vessie et souvent il se propage aux urèthres aux bassinets et aux reins.

L'évolution clinique des rétrécissements de l'urèthre est en général extrêmement longue; on peut la diviser en trois périodes.

1^o *Période latente*; 2^o *période de la maladie confirmée*; 3^o *période des manifestations exacerbantes et des accidents.*

A. *Période latente.* — Le temps qui s'écoule entre la cause provocatrice du rétrécissement et l'apparition des premiers symptômes révélateurs de son existence est extrêmement variable. Dans les rétrécissements traumatiques et cicatriciels ce temps est très court; et les symptômes de stricture apparaissent très rapidement (six semaines, et même quatorze jours chez deux malades cités par Guyon). Il n'y a pas, pour ainsi dire, après les traumatismes et les ulcérations chancreuses ou autres du canal, de période intercalaire entre la lésion initiale et sa conséquence. Au contraire après la blennorrhagie il s'écoule toujours un temps souvent fort long avant que la coarctation ne s'établisse.

Il est tout à fait exceptionnel d'après Guyon, que le rétrécissement blennorrhagique apparaisse dans le cours de la première et de la deuxième année; c'est après cinq, dix, quinze, vingt ans et même parfois plus, que les phénomènes indiquant la stricture se produisent. Cependant avant l'explosion de ces symptômes un malade attentif et un médecin prévenu peuvent saisir quelques signes indiquant la perte d'élasticité des parois uréthrales: ce sont de légers troubles de la miction, quelques phénomènes douloureux et un écoulement uréthral. Les deux premiers signes se retrouvent dans la période suivante et nous verrons combien leur signification est vague. Quant à l'écoulement uréthral, sur lequel un grand nombre de pathologistes se fondent pour soupçonner l'existence d'un rétrécissement, sa valeur séméiologique est bien rarement en faveur de la stricture. Jamin, sur soixante et un rétrécis confirmés, n'a trouvé que quatre écoulements, et ainsi se trouve infirmée la proposition d'Otis, qui écrit que l'écoulement uréthral habituel « est le signe d'avertissement de la nature pour signaler les débuts du mal. »

B. *Période de la maladie confirmée.* — Les troubles de la miction en sont les phénomènes les plus importants; ils consistent dans la déformation du jet, sa diminution de volume et de force de projection, une forme spéciale d'incontinence, la durée et la fréquence des mictions.

Aucun de ces troubles n'est véritablement pathognomonique, car

tous peuvent se rencontrer dans plusieurs autres affections des voies urinaires; ils n'acquièrent de valeur séméiologique que par leur réunion, par les circonstances dans lesquelles ils se présentent, et lorsqu'ils revêtent ces deux caractères essentiels d'être *continus* et *progressifs*.

La déformation du jet en tire-bouchon, en vrille, en lame de sabre, en fourche, en arrosoir, etc., qui frappe et effraye tant les malades est peut-être le signe le moins fidèle des strictures; on la rencontre dans les uréthrites, le spasme de l'urèthre, l'hypertrophie de la prostate et même, en dehors de toute maladie, lors d'une malformation du méat.

La diminution de volume et de force de projection du jet a plus d'importance, leur valeur n'est cependant pas absolue, le spasme pouvant donner lieu aux mêmes phénomènes, mais d'une manière transitoire et passagère. La diminution de la force de projection n'apparaît que tout à fait à la fin de cette période, car pendant longtemps la vessie hypertrophiée imprime à la colonne liquide une impulsion suffisante, et la stricture elle-même réalise l'effet que l'on produit en rétrécissant le calibre d'un tube dans lequel coule une veine liquide, à savoir, l'augmentation de la force de projection. A la fin cependant l'amplitude du jet disparaît, et avant la disparition complète il y a une période dans laquelle le jet se divise en deux parties, une supérieure décrivant la parabole ordinaire, l'autre inférieure tombant verticalement entre les jambes du malade. C'est à ce moment que les rétrécis « pissent sur leurs bottes. » Ce phénomène constaté chez un homme de trente à cinquante ans est un bon signe de rétrécissement; passé cet âge, il perd sa valeur, car on peut l'observer chez les prostatiques.

L'incontinence d'urine se manifestant après la miction, sous forme de gouttes mouillant les vêtements, est aussi un signe d'une certaine valeur. Cette incontinence est produite par le séjour de quelques gouttes d'urine derrière la stricture, le canal ne pouvant se vider d'abord complètement.

L'augmentation de la durée de la miction s'explique d'elle-même lorsque le rétrécissement est assez prononcé pour diminuer le débit du canal uréthral. Les malades prolongent ainsi leurs efforts d'autant plus volontiers qu'ils espèrent vider complètement leur vessie et leur canal, et échapper au désagrément de l'incontinence après la miction.

La fréquence des mictions est un phénomène très tardif; pendant longtemps même les rétrécis, redoutant les efforts et les inconvénients de la miction, la retardent volontairement; mais il arrive un moment où, vidant à chaque fois incomplètement leur vessie, ils éprouvent des besoins réitérés d'abord diurnes, puis nocturnes, fait important qui les distingue des prostatiques.

Les douleurs sont à peu près nulles dans toute cette période; notons une sensation de plénitude dans le canal après la miction, de la gêne, de la pesanteur au périnée, s'exagérant ou apparaissant seulement

après le coït, les érections. Notons aussi la douleur des éjaculations et l'écoulement du sperme en bavant.

Il est inutile de revenir sur l'écoulement uréthral: il n'a pas plus de valeur dans cette période que dans la première. Toutefois Kirmisson et Desnos, se fondant sur un certain nombre de faits cliniques et anatomiques, ont émis l'idée que l'écoulement, qui se produit dans les strictures, traduisait la présence d'ulcérations en amont. C'est là une remarque importante, car l'écoulement doit alors faire redouter les conséquences de ces ulcérations, c'est-à-dire, les abcès, les infiltrations d'urine.

Les accidents généraux sont nuls dans cette période.

C. *Période des manifestations exacerbantes et des accidents.* — Cette période est caractérisée par l'aggravation de tous les symptômes précédents, aggravation survenant par crises, et par l'apparition d'accidents redoutables qui mettent souvent fin à la maladie.

Le degré du rétrécissement étant devenu extrême, les malades font des efforts soutenus et constants pendant toute la durée de la miction et ne parviennent qu'à obtenir un jet filiforme, continu ou intermittent. Pour aider aux contractions vésicales, certains malades prennent les positions les plus bizarres, se cramponnant aux objets environnants. Ces efforts s'accompagnent souvent de l'émission des gaz intestinaux et des matières fécales, d'hémorroïdes, de congestion de la face, de syncope voire même d'hémorragie cérébrale. A ce degré l'état des rétrécis est vraiment lamentable, mais il est rare que cette situation s'établisse d'emblée et sans cause provocatrice. Elle survient sous forme de crises de plus en plus pénibles et rapprochées, à l'occasion d'un excès de table, d'un coït, d'une excitation quelconque déterminant du côté de l'appareil urinaire des phénomènes congestifs. Leur intensité peut être portée au point de déterminer une rétention complète, passagère le plus souvent, et tout à fait exceptionnellement définitive. Souvent à la suite de ces crises la vessie reste distendue par les urines, qui forçant le sphincter vésical, filtrent goutte à goutte à travers le rétrécissement. Cette incontinence par regorgement, à la fois diurne et nocturne, doit être distinguée d'une autre variété d'incontinence vraie survenant chez les rétrécis à la suite de plusieurs attaques de rétention ayant forcé le sphincter. Dans cette variété, la vessie est vide et l'incontinence, diurne d'abord, ne devient que tardivement nocturne.

Les *phénomènes généraux* ne tardent pas à apparaître dans cette période. Cesont: d'abord du côté du tube digestif, la perte de l'appétit, des digestions pénibles et laborieuses, des maux de tête; la langue est rouge et sèche il y a de la sécheresse et de la rougeur de la bouche et du pharynx (disphagie buccale de Guyon), de la constipation opiniâtre; souvent apparaît la fièvre urineuse avec ses divers types, soit qu'elle s'allume spontanément ou qu'elle soit provoquée par des manœuvres thé-