

rapetiques irrégulières. Finalement le patient peut être emporté avec tous les symptômes terminaux communs aux affections des voies urinaires et qu'on désigne sous le nom de *cachexie urinaire*. Mais avant le développement de cette cachexie on peut fréquemment voir survenir des complications graves, qui sont parfois un mode de terminaison fatale des strictures uréthrales, et créent de véritables maladies nouvelles se greffant sur la première; telles sont la rupture de la vessie, accident rare, la rupture de l'urètre plus fréquente, les tumeurs urinaires, les abcès urinaires, l'infiltration d'urine, etc.

Tous les signes précédents ne sont en définitive que des symptômes de présomption, les signes de certitude sont fournis par l'exploration directe du canal. Plusieurs instruments ont été imaginés pour découvrir l'existence des rétrécissements et reconnaître leurs divers caractères. Nous rappellerons seulement les bougies de cire des anciens, les sondes à empreintes de Ducamp, instruments inutiles, infidèles et dangereux. Ces mêmes reproches doivent être adressés à l'explorateur d'Amussat dont l'extrémité faisant cuvette peut plisser la muqueuse, faire croire à des rétrécissements qui n'existent pas et déterminer des déchirures du canal. Les endoscopes, quelque ingénieux qu'ils soient, sont également abandonnés comme encombrants et peu pratiques pour la majorité des cliniciens.

Les sondes et les bougies en gomme sont déjà préférables, mais l'instrument de choix est, sans conteste, l'explorateur en gomme à boule olivaire, sphérique ou hémisphérique. La boule olivaire suffit ordinairement à tous les cas. Les avantages considérables de cet instrument sont : innocuité absolue de son maniement même par les plus inexpérimentés, souplesse et flexibilité permettant son passage dans les sinuosités du canal auxquelles obéit la boule sans les violenter, de sorte que toutes les sensations sont transmises à la main de l'opérateur attentif. Ainsi le clinicien est exactement renseigné sur le nombre, le siège, le degré, l'étendue des rétrécissements et sur leurs autres caractères importants au point de vue des déterminations opératoires.

L'exploration du canal avec cet instrument se fait de la manière suivante. Un rétrécissement blennorrhagique, par exemple, étant soupçonné par l'interrogatoire, le chirurgien prend un explorateur olivaire un peu gros (n° 14 ou 15), l'huile, l'introduit par un petit mouvement de rotation à travers les lèvres du méat, écartées avec les deux doigts de la main gauche, qui tient la verge. Il n'est pas rare de rencontrer un léger obstacle à l'entrée même du méat, par suite d'une disposition congénitale; cette coarctation est quelquefois telle qu'elle nécessite un débridement, opération, du reste, sans importance. Cet obstacle une fois franchi, la boule parcourt une certaine étendue de l'urètre spongieux franchement, en faisant déjà sentir quelques indurations annulaires, jusqu'à ce qu'elle soit arrêtée par l'une d'elles. Alors, sans forcer,

sans essayer de passer outre, on substitue un explorateur d'un plus petit numéro au précédent. S'il est arrêté plus profondément, on le remplace encore par un numéro inférieur, jusqu'à ce que l'on ait franchi tous les obstacles et pénétré dans le canal postérieur. En effet, dit Guyon, on ne saurait affirmer l'existence d'un rétrécissement avant de l'avoir franchi; le *ressaut* qu'éprouve la tête de l'explorateur à l'aller comme au retour est la caractéristique du rétrécissement. Cependant il peut arriver qu'on ne puisse passer, à raison de l'étroitesse de la stricture; nous verrons, à propos du traitement, à quels expédients on doit avoir recours pour essayer de franchir l'obstacle, quand les antécédents et les troubles fonctionnels amènent à penser qu'il s'agit bien d'un rétrécissement.

Une fois l'existence et le degré du rétrécissement reconnus, il faut savoir où il *siège*: ce que l'on fait en sentant à travers les parois de l'urètre à quel niveau la boule est arrêtée: on explore ainsi le canal par région et non par centimètres (Guyon). Ce n'est que dans quelques cas qu'il est difficile de percevoir la sensation de la boule à travers le périnée épais et gras. L'*étendue* et la *consistance* de la stricture sont encore facilement reconnues par ces manœuvres.

Au palper intra-urétral, il faut toujours joindre le palper extra-urétral, qui fait reconnaître les indurations du canal.

Enfin il est un dernier renseignement extrêmement précieux pour la détermination thérapeutique, c'est la *dilatabilité*. Si la boule fait percevoir une sensation de ressaut faible et douce, le rétrécissement sera très probablement dilatable; si par contre le ressaut est sec et rude, la coarctation sera résistante et non dilatable. Ainsi par ce recueil de sensations (Guyon), l'exploration à l'aide de l'instrument à boule donne simplement, sans danger, la somme de renseignements suffisants, et doit être préférée aux explorations avec des instruments compliqués d'un maniement difficile, offensif, tel que l'urétromètre d'Otis, par exemple.

Il est inutile d'insister sur le diagnostic différentiel des rétrécissements avec l'hypertrophie de la prostate, la cystite, les calculs vésicaux, etc. Déjà il y a dans le complexe symptomatique de ces diverses affections, des différences qui les feront reconnaître, mais il ne faut cependant guère compter sur les troubles fonctionnels; ce qui a une importance capitale pour le diagnostic de la stricture, c'est le passé urétral et l'exploration méthodique de l'urètre. Sans antécédents urétraux, pas de rétrécissement possible, les malades n'ont pas droit au rétrécissement (Guyon). Le malade nie-t-il tout passé urétral, alors que l'exploration révèle l'existence d'une stricture, on doit conclure que volontairement ou à son insu il induit en erreur. Lorsque la boule de l'explorateur est arrêtée dans la partie profonde de l'urètre au contact du sphincter interurétral le diagnostic entre le spasme et

la stricture peut offrir quelque difficulté et c'est alors surtout qu'il est nécessaire d'avoir franchi l'obstacle pour en reconnaître la nature. Nous devons faire remarquer à ce propos que contrairement à l'opinion de Verneuil, Landet, Cornillon en France, Otis en Amérique (urétrisme), le spasme symptomatique des rétrécissements est exceptionnel, si même il existe. Ce qui arrête l'explorateur dans les parties profondes d'un urètre rétréci par la blennorrhagie, c'est une stricture organique; les autopsies et la pratique de l'uréthrotomie externe le démontrent tous les jours (Guyon).

Le pronostic des rétrécissements de l'urètre est grave, en raison des progrès incessants de la maladie abandonnée à elle-même et des accidents et complications qui sont toujours imminents. Il est grave également à cause des traitements que l'affection réclame et des récidives qu'aucun mode de traitement ne peut définitivement prévenir. Toutes les variétés de rétrécissements n'ont cependant pas la même gravité; les moins graves sont ceux qui ont une origine blennorrhagique, puis viennent les rétrécissements cicatriciels, et enfin les rétrécissements traumatiques. Ces derniers, en raison de leur rapidité d'évolution, de leur degré souvent infranchissable, de leur longueur, de leur siège et des opérations qu'ils nécessitent, offrent une gravité toute particulière.

Traitement. — Rétablir le calibre du canal, tel est le problème que soulève le traitement des rétrécissements de l'urètre. On a cherché à le résoudre de bien des manières, et c'est ainsi que la stricture a été tour à tour détruite par les *caustiques chimiques et galvaniques*, canalisée par le *cathétérisme forcé*, brusquement violente par la *dilatation rapide* et la *divulsion*, régulièrement débridée par l'*uréthrotomie interne* ou *externe*, enfin sûrement calibrée par la *dilatation lente*.

De toutes ces méthodes de traitement, il n'y en a qu'une seule véritablement efficace, c'est la dilatation lente; toutes les autres ne sont que des expédients, des moyens détournés permettant d'appliquer aux coarctations urétrales la dilatation d'une manière effective.

La dilatation lente étant le seul mode de traitement des strictures, celle qui, seule ou avec l'aide des autres méthodes, assure la restitution du calibre du canal; nous l'examinerons d'abord au point de vue de son action physiologique, de ses principes et de son application pratique.

1° *Action physiologique et principes de la dilatation lente.* — Cette méthode thérapeutique est très ancienne: on en trouve l'histoire dans Thompson. Les anciens l'employaient à l'aveugle, empiriquement, croyant qu'elle agissait mécaniquement. Hunter un des premiers reconnut que la dilatation agissait dans certains cas par destruction ulcérate de la stricture comprimée excentriquement, et dans d'autres circonstances en vertu d'un principe vital ayant pour objet d'adapter les parties à leur nouvelle position. C'est le même mode d'action

qu'admit Dupuytren qui donna à ce procédé thérapeutique la dénomination de dilatation vitale.

Ne se rendant d'ailleurs pas un compte suffisamment exact des conditions de cette dilatation vitale, ces deux grands cliniciens ne surent pas indiquer la pratique qui assure effectivement et sans danger le résultat recherché.

Voillemier est certainement un des auteurs qui ont su d'abord le mieux analyser le mode d'action de la dilatation. Pour lui elle est *mécanique* et agit en épuisant la rétractilité de l'anneau rétréci, ou *inflammatoire*, et agit en provoquant du côté des tissus malades, des phénomènes organiques qui l'atrophient (*dilatation atrophique*), ou qui produisent sa destruction ulcérate (*dilatation ulcérate*). C'est incontestablement le professeur Guyon qui, en s'appuyant sur une observation rigoureuse des faits cliniques, a eu le grand mérite de montrer tous les dangers de la dilatation mécanique et ulcérate et de les proscrire de la pratique pour s'en tenir aux procédés de *dilatation lente*, qui amènent sans destruction ni pression le relâchement de la stricture. Ce n'est pas mécaniquement, mais dynamiquement que doit agir la dilatation; elle ne doit pas violenter ni mortifier le tissu scléreux de la stricture, mais déterminer des modifications organiques qui l'assouplissent et le rendent dilatable. L'expression de *cathétérisme dilateur* dont on se sert habituellement serait avantageusement remplacée par celle de *cathétérisme modificateur*.

De ces principes découle cette donnée pratique, que la dilatation ne devra jamais être appliquée qu'avec des instruments jouant aisément dans le rétrécissement, ne le forçant pas et agissant sur lui par simple action de contact.

Application de la dilatation lente au traitement des rétrécissements. — La dilatation lente peut être appliquée d'une manière *permanente* ou *temporaire*: la dilatation permanente s'adresse aux rétrécissements très étroits; la dilatation temporaire convient aux rétrécissements peu serrés admettant, par exemple, le numéro 10 ou 12 de la filière Charrière.

1° *Dilatation permanente.* — Elle se fait au moyen de bougies en gomme qu'on introduit dans le rétrécissement sans le forcer, obéissant ainsi au principe formel précédemment établi, et qu'on laisse en place un certain temps. Si la stricture n'est pas trop serrée ni le défilé trop tortueux, les bougies fines sont introduites assez facilement, mais il arrive quelquefois qu'on ne peut y parvenir malgré toute la patience et l'habileté qu'on y a mise. Il faut alors avoir recours à divers artifices. Les bougies fines et rigides telles que les baleines sont des instruments dangereux, qui ne peuvent être maniés que par une main prudente et expérimentée. On doit leur préférer les bougies filiformes en gomme, suffisamment rigides et absolument inoffensives. Afin de les adapter à toutes les inégalités, à toutes les sinuosités du canal, on leur donne

aisément les formes les plus variées (baïonnette, vrille, tire-bouchon, etc.). On les fixe dans la forme que l'on désire avec du collodion : ce sont les bougies tortillées de Leroy (d'Étiolles). Il est bien rare qu'avec du temps et de la patience on n'arrive pas à l'aide de ces petits instruments à franchir les rétrécissements les plus irréguliers. Guyon, qui recommande cet artifice, a l'habitude de comparer, en cette occurrence, le chirurgien à un serrurier cherchant à crocheter une serrure à l'aide de ses rossignols.

Si ce moyen échoue, il faut avoir recours à d'autres artifices tels que les injections forcées avec de l'eau, de l'huile, divers liquides médicamenteux, que l'on pousse avec une seringue et que l'on maintient sous pression dans l'urètre.

Mais comme les irrégularités de l'infundibulum peuvent se reproduire sitôt que la pression cesse, on a cherché à franchir l'obstacle tandis que s'exerce la pression (appareil de Reybard, cathéter hydro-aérique de Duchastelet). Un autre expédient facile à réaliser et excellent, consiste à introduire jusqu'au contact du rétrécissement une grosse bougie mousse qu'on laisse un certain temps en place sous pression. Sa présence détermine au sein du tissu pathologique des modifications qui l'assouplissent par le mécanisme précédemment invoqué et le rendent rapidement perméable. C'est le *cathétérisme appuyé* de Guyon.

La bougie étant introduite dans le rétrécissement, on s'assure qu'elle y joue facilement et que l'urine filtre entre elle et la paroi urétrale, puis on la fixe à demeure en prenant soin de ne pas faire dépasser à son extrémité le col de la vessie.

Les phénomènes très intéressants, qui se passent alors et qui viennent à l'appui du mécanisme physiologique de la dilatation indiqué précédemment, sont les suivants : Au bout de quelques heures (deux à trois en général) la bougie est assez fortement serrée pour interrompre la filtration de l'urine, mais il suffit de la retirer un peu pour obtenir sa liberté et la filtration; huit ou dix heures après, il commence à se faire un léger écoulement purulent par le canal; cet écoulement va en augmentant et indique le travail de ramollissement physiologique recherché. A partir de ce moment la sonde joue de plus en plus aisément dans la stricture et l'urine s'écoule très facilement. Cette première bougie est laissée en place, si aucun accident ne survient, pendant deux ou trois jours, au bout de ce temps elle est remplacée par une autre de deux ou trois numéros, plus grosse mais jouant aussi aisément dans l'urètre. Comme la précédente, on la laisse deux ou trois jours et on la remplace par une nouvelle, on continue ainsi la dilatation permanente jusqu'à ce que le canal admette une bougie du numéro 10 ou 12. A ce moment la dilatation permanente serait inutile, périlleuse même, et on doit achever le traitement à l'aide de la dilatation temporaire.

2° *Dilatation lente, progressive, temporaire.* — Elle s'applique aux rétrécissements

peu serrés admettant une bougie du numéro 10 ou 12, que ces rétrécissements n'aient pas encore été traités, ou qu'ils aient été amenés au numéro précité par la dilatation permanente ou par une opération quelconque. Les instruments de choix pour la pratiquer sont les bougies en gomme coniques et olivaires et les cathéters métalliques en étain de Béniqué. Les premières graduées par tiers de millimètre conviennent moins aux rétrécissements facilement dilatables et aux urètres tolérants. Les secondes graduées par sixième de millimètre conviennent aux rétrécissements plus résistants et sensibles. Pour assurer l'introduction de ces derniers et éviter toute fausse route, Guyon les visse sur une tige conductrice. Bien qu'introduites passagèrement et retirées de suite, ces bougies doivent toujours entrer avec la plus grande aisance, sans aucun effort, sous peine de voir éclater de la fièvre et des accidents graves.

La pression intra-urétrale dilatatrice doit, suivant la comparaison de Guyon, être dosée comme les médicaments internes : aussi faut-il être prudent dans son administration. On doit à chaque séance introduire d'abord le dernier numéro de la séance précédente, et ensuite un numéro supérieur, assez souvent deux, mais exceptionnellement trois, surtout si l'on emploie les bougies de la filière Charrière au tiers de millimètre. Chaque bougie est retirée aussitôt après son introduction : exceptionnellement dans les rétrécissements très durs, on est autorisé à la laisser une demi-heure ou même une heure. Rarement les séances doivent être répétées plus souvent que tous les deux jours, quelquefois même, on doit les espacer davantage : la réaction du malade guide le chirurgien à cet égard. On arrivera ainsi à conduire prudemment les rétrécissements jusqu'à l'admission du numéro 23 ou 24 (filière Charrière) 56 ou 58 (filière Béniqué) et on s'arrêtera là. Puis pour maintenir le calibre, on devra tous les quinze jours d'abord, puis tous les mois et ensuite tous les deux mois, passer des bougies des numéros 18 à 20.

Bien conduite, la dilatation lente, permanente et temporaire suffit souvent au traitement des strictures; mais si le rétrécissement résiste à son action, ou si des accidents surviennent, il faut avoir recours aux méthodes que nous allons maintenant indiquer et qui permettent après leur emploi l'application efficace et sans danger de la dilatation.

Rappelons seulement pour mémoire, la destruction du rétrécissement par les *caustiques*, méthode très ancienne remise en honneur vers le milieu du siècle par Lallemand, Ségalas, Leroy (d'Étiolles); c'est là une méthode détestable, car elle substitue à un tissu pathologique inextensible un tissu cicatriciel plus dur et plus rétractile.

Nous n'insisterons pas non plus sur la *galvano-caustique chimique* qui a la prétention de remplacer la stricture par une cicatrice molle, dépressible et très peu rétractile. Malgré les observations de Mallet,

Tripier, Couriaud (de Saint-Pétersbourg), rien n'est moins certain que cette méthode.

Le *cathétérisme forcé de Boyer*, récemment proposé à nouveau par Hirschberg (de Francfort) et Thiry (de Bruxelles) qui a cherché à le régulariser, ne mérite pas non plus de nous arrêter, ses dangers devant la faire proscrire d'une saine chirurgie.

La *dilatation rapide*, la *divulsion*, l'*uréthrotomie interne*, sont les seules méthodes, qui demeurent aujourd'hui dans la pratique et dont nous allons exposer les principes.

La *dilatation rapide* a pour principe, le rétablissement extemporané de l'urètre par distension et expansion du canal. Elle comprend plusieurs procédés. Dans un premier groupe, on distend l'urètre à l'aide des instruments de Micheline, de Rigaud, de Perrère, etc., ou mieux encore de Charrière : ils ont le grave inconvénient de violenter l'urètre et d'enfreindre le principe essentiel, qui assure l'innocuité et le succès de la dilatation, et qui consiste à ne jamais surdistendre l'urètre.

Dans un second groupe de procédés, ce n'est pas brusquement que l'urètre est distendu, mais rapidement et progressivement dans une même séance en introduisant à l'aide d'une bougie conductrice (cathétérisme à la suite) des cathéters de plus en plus gros : c'est la *méthode de dilatation immédiate progressive* du professeur Le Fort, qui est à peu près seul à l'employer. Il prétend en avoir retiré d'excellents résultats : mais il n'en est pas moins vrai qu'elle reste passive des mêmes reproches graves que les autres modes de dilatation rapide.

La méthode que Voillemier a appelée *divulsion* et qui a d'abord été employée par Holt (de Westminster) consiste à faire éclater l'anneau rétréci en introduisant sur le conducteur dans l'urètre une série de mandrins volumineux. Cette méthode a sans doute donné des succès entre les mains de Voillemier et de Le Dentu, mais on ne peut s'empêcher de lui reprocher son irrégularité d'action, le rétrécissement se rompant sans règle ni mesure.

L'*uréthrotomie interne* est, de l'avis de la majorité des chirurgiens de notre époque, la vraie méthode thérapeutique des rétrécissements non justiciables de la dilatation seule. Outre qu'elle répond à la grande majorité des indications, elle permet de les remplir comme à loisir, faisant porter l'incision où il faut, dans l'étendue et la profondeur convenables.

Très nombreux sont les procédés opératoires et instrumentaux de l'uréthrotomie interne. L'instrument dont se servent le plus volontiers la plupart des chirurgiens français est l'uréthrotome de Maisonneuve, d'un maniement simple, facile et sûr.

L'*uréthrotomie externe* que l'on a voulu bien à tort opposer à l'uréthrotomie interne, doit être réservée pour de rares cas exceptionnels. Elle consiste à inciser le rétrécissement de dehors en dedans, de la peau

vers l'urètre. Quoi qu'ait dit Grégory, entre autres auteurs, c'est une opération bien autrement difficile et dangereuse que l'uréthrotomie interne.

Indications et contre-indications des méthodes et des procédés. — La dilatation permanente et temporaire est, nous l'avons dit, la méthode de choix, les autres ne sont que des expédients permettant son application. On aura recours à ces méthodes de nécessité quand la dilatation est impraticable à cause : 1° de l'étroitesse, de la déviation, de l'étendue, de l'irritabilité, de l'élasticité invincible du rétrécissement ; 2° de sa nature cicatricielle et traumatique ; 3° des accidents fébriles que provoque la dilatation ; 4° des complications rénales et vésicales, de l'infiltration d'urine ou de la rétention incomplète. La divulsion et l'uréthrotomie interne satisfont aux indications dans tous ces cas ; c'est donc à l'une d'elles qu'on devra avoir recours, et la majorité des chirurgiens préfèrent la section interne régulière à l'aveugle divulsion.

L'uréthrotomie externe voit ainsi son champ singulièrement restreint : elle est réservée à quelques rares rétrécissements infranchissables, à des strictures étroites, longues, avec induration périphérique, telle que celles qui succèdent aux traumatismes.

§ 6. — Tumeurs urinaires, abcès urinaire. Infiltration d'urine.

Ces deux accidents n'ont qu'un point commun : l'obstacle à la miction par un calcul ou un rétrécissement le plus souvent. Tout dans le reste de leur histoire est différent, et si nous avons rapproché leurs noms, c'est pour signaler de suite ce qui les sépare radicalement.

Les *tumeurs urinaires* sont constituées par la dilatation de l'urètre en arrière d'un obstacle ou par l'épanchement de l'urine dans le tissu péri-urétral, lentement, sourdement, sans phénomènes inflammatoires appréciables.

Les *abcès urinaires* sont des collections purulentes produites par la pénétration de l'urine dans le tissu périurétral. Il y a dans ce cas inflammation, mais inflammation limitée.

L'*infiltration d'urine*, consiste dans l'épanchement de ce liquide dans le tissu cellulaire du périnée avec tendance à l'envahissement.

1° TUMEURS URINAIRES.

On les appelle encore *poches urinaires* et on en admet deux variétés :

1° Tumeurs dues à une simple dilatation de l'urètre. Elles siègent au périnée, à la racine des bourses, quelquefois en avant du scrotum, et même dans la portion pénienne, lorsqu'elles sont consécutives à des calculs obstruant plus ou moins complètement le canal ; elles sont situées

plus profondément dans le périnée si elles succèdent à des rétrécissements.

Leur développement est rapide, souvent intermittent lorsqu'un calcul en est la cause, lent et progressif lorsqu'elles sont la conséquence d'une stricture. Leur volume est très variable; leur forme est en général ovoïde. Leur constitution est différente suivant leur origine: si elles proviennent d'un calcul, les parois uréthrales écartées conservent leurs caractères, si leur cause est une stricture, les parois sont altérées, blanchâtres, ramollies, sillonnées de colonnes séparées par les orifices glandulaires dilatées.

2° Tumeurs creusées aux dépens du tissu cellulaire péri-urétral. Elles siègent au niveau du périnée, quelquefois en avant des bourses. Leur pathogénie est intéressante; elles sont produites par un petit épanchement sanguin s'ouvrant dans le canal ou une légère infiltration d'urine par une plaie urinaire rapidement cicatrisée. Ces tumeurs sont toujours petites, lentes à s'accroître, stationnaires.

On voit ou l'on sent sur le trajet de l'urètre et faisant corps avec lui une tumeur ovoïde, sans changement de coloration de la peau, indolente, se gonflant au moment des mictions et s'affaissant dans leur intervalle spontanément ou par la pression des doigts du malade. L'urine retenue dans la poche mouille le linge du malade après la miction. Le sperme, de même retenu, s'échappe sans force par le canal après l'éjaculation.

Une des premières conditions du traitement est de lever l'obstacle, extraire le calcul, traiter le rétrécissement; cela fait, la poche revient sur elle-même assez vite quand il s'agit d'un calcul, plus lentement si c'est un rétrécissement. Les tumeurs creusées aux dépens du tissu péri-urétral sont plus réfractaires. On peut sans crainte les abandonner à elles-mêmes ou les traiter par la compression sur le périnée après introduction de sonde à demeure. Si ces tumeurs ont tendance à s'accroître et si des phénomènes inflammatoires s'y manifestent, il faut les ouvrir et prévenir la fistule par une sonde à demeure ou des cathétérismes répétés.

2° ABCÈS URINEUX.

Ils sont de deux sortes, *aigus* ou *chroniques*.

Les abcès aigus se développent presque toujours dans la loge inférieure du périnée, très rarement dans la loge supérieure.

Ils s'annoncent dans la loge inférieure par de la pesanteur, de la douleur, de la tension, des malaises, des frissons, de la fièvre; en même temps apparaît entre l'anus et le scrotum une tuméfaction allongée, faisant corps avec la verge, d'abord dure et peu douloureuse, mais fluctuante après peu de jours et s'ouvrant à l'extérieur si on n'inter-

vient pas. Toutefois exceptionnellement l'abcès s'ouvre dans l'urètre, laissant écouler en dehors des mictions un pus épais, jaunâtre, abondant.

Le diagnostic de ces abcès est facile. Leur pronostic est grave si on n'intervient pas rapidement et hardiment.

Le traitement consiste à ouvrir l'abcès avec toutes les précautions, et le manuel opératoire très important que nous décrirons à propos de l'infiltration d'urine dans le périnée.

Les *abcès chroniques* ont la même origine que les précédents, mais ils sont beaucoup plus rares. Ils siègent au périnée ou le long de la verge. La tumeur du périnée est dure, allongée, indolente, la peau est saine, à la verge les abcès souvent multiples forment un chapelet noueux dont chaque nodosité est très dure, très fluctuante, indolente.

Susceptibles de se résoudre spontanément, ces abcès s'enflamment très souvent à la suite d'une fatigue, d'un cathétérisme, et c'est là ce qui fait leur gravité.

On doit essayer pour leur traitement les résolutifs: cataplasmes, fondants, bains. S'il survient de l'inflammation, la conduite à tenir devient analogue à celle que l'on doit tenir vis-à-vis des abcès chauds.

3° INFILTRATION D'URINE.

L'infiltration d'urine est l'épanchement de ce liquide dans le tissu cellulaire. C'est une complication redoutable d'une foule d'affections des voies urinaires se produisant à la suite des solutions de continuité traumatiques ou pathologiques de leurs divers départements (reins, bassinets, uretères, vessie, urètre), et s'effectuant par conséquent dans des régions diverses. Nous ne l'envisagerons ici que lorsqu'elle est consécutive à une solution de continuité de l'urètre.

Après ce que nous avons dit des lésions traumatiques de l'urètre, des fausses routes, nous n'insisterons pas de nouveau sur les causes qui donnent accès à l'urine dans le tissu cellulaire péri-urétral. Mais il convient de signaler le mécanisme par lequel les rétrécissements deviennent l'origine de l'infiltration.

Pendant longtemps on a cru, sur l'autorité de Hunter, que l'urine s'échappait de ses voies grâce à l'ulcération de la muqueuse en amont de la stricture. Voillemier a démontré que les altérations de la muqueuse ne font que préparer l'infiltration, qui est déterminée par les contractions de la vessie hypertrophiée faisant éclater l'urètre et chassant violemment l'urine par cette fissure. La qualité de l'urine a sur l'envahissement des tissus une action considérable d'après Murou. L'urine physiologique n'est ni phlogogène ni septique et ne détruit nullement les tissus; mais l'urine riche en sels et surtout l'urine en décomposition ammoniacale provoque la gangrène des tissus et gagne ainsi de