

Il existe toutefois des particularités de caractère et d'évolution qui éclairent suffisamment le diagnostic différentiel et le pronostic et qui tiennent à des considérations étiologiques et pathogéniques.

Trois éléments sont à notre disposition, pour établir le diagnostic des rétrécissements ; l'histoire antérieure, les troubles fonctionnels, l'examen objectif, ce dernier étant très important et pouvant suffire à lui seul, en beaucoup de circonstances.

Il n'est pas toujours facile de faire avouer au malade les prouesses génitales qui lui ont valu la blennorrhagie, et il est tout naturellement porté à mettre l'état de chose actuelle, à la charge soit d'un traumatisme quelconque, soit d'une circonstance fortuite. Aussi faut-il procéder souvent avec diplomatie ! Qu'un questionnaire inhabile, ne lui laisse pas entrevoir la possibilité d'expliquer son infirmité par un traumatisme qui n'a pas existé ! Qu'on élimine d'abord, par une inquisition sérieuse, la seule existence d'une gonorrhée antérieure et l'on pourra ensuite penser à la possibilité d'un facteur traumatique.

Il n'y a pas que les seuls grands traumatismes du siège, chûtes sur le périnée, empâlements, fractures du bassin, qui peuvent briser et rétrécir l'urètre. Il faut se souvenir que la cicatrisation d'un chancre urétral, les manipulations brutales sur la verge en érection les faux pas du coït, la compression du pénis sur l'arc pubien de la femme, sont susceptibles de produire des éraillures de la muqueuse et du corps spongieux, qui seront l'origine d'un rétrécissement. Le malheur veut que ces derniers accidents, si sérieux dans leurs conséquences, ne donnent souvent lieu qu'à l'issue de quelques gouttes de sang par le méat et passent inaperçus du blessé.

La blennorrhagie peut donc rester inavouée, et le traumatisme être méconnu ! Il en résulte que les notions étiologiques, fournies par le sujet, peuvent ne pas avoir bien souvent, une grande valeur ; heureusement qu'elles ne sont pas indispensables !

Le rétréci se présente à la consultation avec l'une des trois manifestations suivantes : il se plaint d'un écoulement léger ou d'une simple goutte matutinale ; il accuse une difficulté des mictions, difficulté tous les jours progressive et douloureuse ; il souffre enfin de rétention vésicale complète.

Beaucoup d'individus, à la suite d'une gonorrhée ancienne, ont vu persister, invariable ou avec des intervalles de disparition relative, une simple goutte blanchâtre ou opaline qui apparaît au méat, après expression de l'urètre, lorsqu'il n'y a pas eu de miction depuis quel-

ques heures. L'écoulement de l'urine se fait très librement mais, si l'on explore le canal, on constate que, quoique largement perméable, il présente en plusieurs endroits, une espèce d'induration qui imprime à la sonde le *ressaut traditionnel* et qui indique des foyers d'inflammation chronique et profonds, en évolution de sclérose en préparation de rétrécissements progressifs. Ces blennorrhagiens sont secondairement des rétrécis et les rétrécissements, à leur tour, entretiennent la suppuration dont ils ne sont que la conséquence.

La symptomatologie des scléroses constituées, se résume aux troubles mécaniques de la miction qui varient quelque peu, suivant le degré atteint par cette dernière. *Comme l'amour, le retrécissement n'a pas d'âge !* et les rétrécis de cette catégorie sont âgés de 25 à 60 ans, mais il sont plutôt jeunes. La maladie remonte à 6 mois, un an, 5 ans ou 10 ans, alors que des modifications sont apparues dans le jet. Celui-ci est devenu moins gros et moins puissant. Il s'est effilé progressivement, et la miction ne s'opère plus que sous l'influence d'un *effort continu* : il faut que le malade *pousse pendant tout le temps de la miction*.

Les mictions étant incomplètes deviennent fréquentes ; elles se renouvellent toutes les cinq, dix ou trente minutes, *aussi bien le jour que la nuit*. Ces efforts répétés déterminent l'hypertrophie du muscle vésical qui acquiert une vigueur considérable et chasse l'urine avec beaucoup de force dans l'urètre. La portion rétrécie résiste au flot, et il en résulte une pression énorme qui détermine la dilatation du canal situé en amont. L'urine s'accumule dans cette pochette, et, lorsque la miction est finie, en vertu de l'élasticité des tissus, elle s'écoule goutte-à-goutte dans le pantalon. Etat de chose ironique, "le malade pisse malgré lui dans ses culottes quand il n'a pissé qu'avec beaucoup de difficulté au cabinet."

Par suite de ses contractions répétées, la vessie se, trouve dans un état d'éréthisme continu, qui occasionne le ténesme et les douleurs, lorsque celles-ci ne sont pas dues à la cystite, développée par des manœuvres de cathétérisme infectieuses.

Lorsque la sclérose évolue vite et se ferme rapidement, tel le cas des retrécissements traumatiques, l'hypertrophie compensatrice n'est pas considérable. Le jet perd rapidement de sa violence et l'urine sort en bavant. La vessie, forcée, se laisse distendre par le liquide qui s'accumule dans le réservoir, en même temps que s'établit *l'incontinence par régorgement*. Le globe vésical est alors saillant au-dessus du pubis, les dou-