

quantité d'urine séjourne dans l'urètre prostatique où sa présence incite constamment la vessie à se contracter ; pendant le jour, la volonté contrebalance en partie cette action, mais la nuit, cette compensation disparaît.

L'incontinence guérit spontanément à la puberté dans la plupart des cas ; parfois alors, si le sujet contracte une urétrite, on voit des symptômes de rétrécissement serré se développer rapidement. Le rétrécissement congénital aggrave la blennorrhagie, et *vice versa*.

Quand la sténose est serrée, les symptômes ressemblent beaucoup à ceux d'un rétrécissement acquis, seulement ils apparaissent beaucoup plus tôt dans la vie. Chez les très jeunes enfants, les troubles urinaires sont toujours d'interprétation difficile. Quand l'enfant commence à aller à l'école, certains faits deviennent plus faciles à noter. Souvent, le professeur fait remarquer aux parents que leur enfant sort beaucoup plus fréquemment pour uriner que ses camarades et qu'il reste dehors beaucoup plus longtemps. Une miction prend quelquefois de 5 à 10 minutes : l'urine sort goutte à goutte au début, et, quand l'enfant pousse, le jet devient filiforme. Après la miction, quelques gouttes retardataires s'écoulent dans le pantalon. Plus tard, le rétrécissement se traduit par un accès soudain de *rétenion complète*, dont la date d'apparition dans la vie est variable ; en général, c'est de 15 à 30 ans qu'il survient pour la première fois ; mais on l'a vu dès le neuvième jour de la vie, et aussi tard que la soixantième année, sans que cette apparition tardive puisse être le moins du monde invoquée contre la nature congénitale du rétrécissement qui cause l'accès. Après un ou plusieurs accès de rétenion complète, survient la rétenion incomplète chronique avec distention.

La constatation des symptômes sus énumérés doit conduire à l'examen direct du canal à l'aide de bougies à boule. Le diagnostic sera ainsi tranché. C'est faute de pratiquer cette exploration nécessaire et suffisante que le diagnostic de rétrécissement congénital n'est pas plus souvent fait ; et tout vient de ce qu'on ne songe jamais, ou presque jamais, à l'existence de cette variété de rétrécissements.

Chez les enfants, l'incontinence, si l'on ne trouve pas de malformation évidente pour l'expliquer (phimosis, atrésie du méat), est trop souvent déclarée, sans autre forme de procès, d'origine nerveuse et dénommée "essentielle," ou attribuée à une "irritabilité congénitale de la vessie." Un diagnostic d'incontinence "essentielle" ainsi fait, n'est pas un diagnostic ; c'est simplement une étiquette cache-misère collée sur un symptôme dont on n'a pas su découvrir la cause.

"L'irritabilité congénitale" ne vaut guère mieux, bien qu'elle ait Thompson pour parrain. Sa description de l'affection nous montre que les principaux signes sont une incontenance nocturne pendant l'enfance, suivie du développement d'un rétrécissement à l'âge adulte et nous apprend, en outre, qu'une blennorrhagie chez les sujets atteints d'irritabilité congénitale produit *toujours* un rétrécissement. Comment s'empêcher de conclure, avec Foisy, que l'explication que Thompson se déclarait incapable de donner, réside très vraisemblablement dans l'existence d'un rétrécissement congénital de l'urètre ?

Chez les adultes, l'existence du rétrécissement est plus communément reconnue, mais non sa nature congénitale. Il semble qu'il n'y ait, dans l'esprit des médecins, que deux causes possibles de rétrécissements : la gonorrhée et le traumatisme. Si un homme porteur d'un rétrécissement dit qu'il n'a pas eu de traumatisme, très bien : le renseignement qu'il donne est valable ; mais, s'il nie en outre avoir hébergé du gonocoque dans son canal, c'est un ignorant ou un menteur, pense le médecin. Cela peut être vrai dans certains cas, mais il est injuste de l'ériger en règle absolue. Demandons, dans ces cas, si les troubles ne remontent pas à l'enfance, et nous nous épargnerons la honte d'être, *nous*, les ignorants, en méconnaissant la nature congénitale de l'affection. Et ne trouvons-nous pas dans ces rétrécissements congénitaux l'explication de ces cas, connus déjà depuis longtemps, où les auteurs, incapables de trouver quelque cause appréciable au rétrécissement, incriminaient l'onanisme ? Comment celui-ci, seul et sans infection surajoutée pourrait-il engendrer le tissu scléreux qui caractérise un rétrécissement ? Si, au contraire, nous nous rappelons que le priapisme et les habitudes sexuelles précoces accompagnent souvent les sténoses congénitales, ne pouvons-nous pas penser qu'ici la cause a été prise pour l'effet ?

Mais, même si l'on trouve une blennorrhagie dans les antécédents, il ne s'en suit pas que l'on doive rejeter immédiatement la possibilité de la congénitalité d'un rétrécissement donné. Quand, trois mois à un an après un écoulement, l'on trouve un rétrécissement préembranaux serré, il est bien difficile d'admettre que la sclérose inflammatoire soit seule en cause, car ce n'est point son habitude d'évoluer si vite.

J'ai vu un jeune homme de 20 ans atteint de blennorrhagie chronique depuis un an seulement, présenter un rétrécissement de ce type ; il y avait un seul anneau dur, le reste du canal étant normal. Mis en éveil par cette particularité, je l'interrogeai sur les troubles qu'il