

croient guéris de leur blennorrhagie, parce qu'ils ne coulent plus, tandis que les filaments contenus dans leur urine témoignent d'une lésion existante de l'urèthre postérieure.

**ETIOLOGIE.**— Aiguë ou chronique, sa cause la plus fréquente est la blennorrhagie (69 fois sur 98 d'après Segond), mentionnons aussi les causes générales telles que les oreillons, la variole, l'infection purulente.

Cette complication de l'uréthrite blennorrhagique survient vers le 3e septenaire de l'infection, à l'occasion d'excès d'alcool, de coït ou de manipulations intempestives, telles qu'injections violentes, pendant la période aiguë ou cathétérisme maladroit.

**ANATOMIE PATHOLOGIQUE.**— Dans une première phase, l'infection de l'urèthre postérieur gagne les conduits glandulaires par continuité de tissu et se limite à l'épithélium glandulaire. Les conduits excréteurs sont obstrués par des bouchons formés de l'hypersécrétion glandulaire et de globules blancs. Lorsqu'ils sont expulsés dans l'urèthre, ces bouchons conservent la forme des canaux excréteurs et apparaissent dans l'urine sous forme de filaments en virgule courts. Il n'y a pas de fièvre alors.

Dans une deuxième phase, il se forme de petits abcès qui après avoir détruit le tissu interlobulaire, s'ouvrent les uns dans les autres pour former un abcès plus gros. Il y a alors de la fièvre et des symptômes généraux. Souvent l'abcès s'ouvre spontanément dans l'urèthre ; mais il peut aussi, ce qui est plus grave, gagner la périphérie de la glande, et s'ouvrir une voie vers le rectum, le périnée, ou en haut vers le péritoine.

**TRAITEMENT.**— 1e Un abcès de la prostate qui s'est ouvert dans l'urèthre sera avantageusement traité par des messages doux combinés aux grands lavages uréthro-vésicaux.

2e.—Si l'abcès n'est pas ouvert, il faut se hâter de donner issue au pus et choisir de préférence la voie périnéale, qui expose moins à l'infection, (tel que phlegmon péri-prostatique) et aux fistules uréthro-rectales. (Albarran).

3e.— Comme traitement prophylactique nous nous sommes toujours bien trouvé, quand pendant le traitement d'une blennorrhagie, l'infection a atteint l'urèthre prostatique, nous nous sommes, dis-je, toujours bien trouvé des massages de toute la région prostatique combinés aux grands lavages uréthro-vésicaux. Il faut éviter tout ce qui peut traumatiser l'urèthre et ouvrir ainsi une porte à l'infection.

Toutau plus peut-on se permettre l'introduction avec beaucoup de douceur jusque dans la vessie, d'une petite sonde conique en gomme bien huilée préalablement, pour garnir ce réservoir, de la solution d'acide borique ou de préférence de permanganate de potassium que le malade pissera ensuite après le massage.

Le traitement médical s'adresser surtout aux symptômes. Les bolsamiques sont contre indiqués.

## Clinique Médicale

### *Ruptures valvulaires spontanées ou traumatiques*

Peut-il y avoir rupture subite des valvules cardiaques ? La clinique depuis longtemps en a relevé des observations indubitables.

A l'occasion d'un malade de son service, atteint d'une lésion valvulaire d'origine traumatique, M. Barié faisait dernièrement une revue de la question. Déjà en 1881, Barié avait dans un mémoire spécial, relevé 35 observations, dont 5 à 6 personnelles.

Tous les appareils valvulaires peuvent être le siège de ces ruptures ; la mitrale, les sigmoïdes, et plus rarement la valvule tricuspide ; M. Barié a même vu un cas de rupture des sigmoïdes de l'artère pulmonaire. Ces ruptures peuvent d'ailleurs être spontanées ou traumatiques.

Les premières se voient surtout chez les hommes, car elles nécessitent pour se produire presque toujours un effort violent et brusque, comme celui nécessaire pour soulever un poids considérable ; on l'a vu se produire aussi après un accès de toux quinteuse ; mais, d'autres fois aussi, la rupture s'est produite sans qu'il y ait eu d'effort exagéré à ce moment.

Un second point à signaler, c'est que dans la grande majorité des cas, pour qu'il y ait rupture, il faut aussi une lésion endocardique préalable, siégeant sur les attaches tendineuses.

Toutefois, cette condition ne paraît pas nécessaire lorsque, ce qui arrive plus rarement, la rupture succède à un traumatisme direct. C'est ainsi que Potain a vu le cas se produire chez un lutteur atteint d'une fracture de côte. M. Barié a vu la rupture se produire après une chute dans un escalier, par un coup de tête dans une lutte, par un coup de timon dans la poitrine, par la chute d'un lustre sur un ouvrier qui était occupé à le suspendre. Dans ce dernier cas, le blessé, âgé de 18 ans, examiné presque aussitôt après le traumatisme, présentait une insuffisance aortique dont il n'avait jamais jusque-là offert le moindre signe. Duroziez a rapporté un cas de ce genre survenu chez un homme pris dans un accident de chemin de fer entre deux banquettes. M. Barié a pu observer aussi immédiatement après l'accident un jockey tombé face contre terre, le thorax portant sur le sol. On constata aussitôt une insuffisance aortique qui, d'ailleurs fut bientôt reconnue à l'autopsie.

Ces ruptures peuvent donc être produites par un traumatisme très violent. Mais dans celles-ci comme dans les ruptures spontanées, ce sont surtout, dans la proportion du simple au double, les valvules sigmoïdes qui sont atteintes.

Les lésions sont variables et peuvent consister, soit dans une simple échancrure, soit dans une rupture totale,