

la déchirure de l'urèthre par chute à califourchon ou coup violent sur le périnée; à la région *membraneuse*, après les fractures du pubis.

La cicatrice des rétrécissements traumatiques n'occupe pas en général toute la circonférence du canal, un lambeau de muqueuse restant en général intact à la paroi supérieure dans les ruptures de l'urèthre. Elle fait une saillie étendue et irrégulière. On a observé quelques cas d'occlusion complète de l'urèthre, l'urine sortant par des fistules.

Les rétrécissements cicatriciels consécutifs à des ulcérations chancreuses siègent en général au méat et dans la fosse naviculaire.

Les *rétrécissements inflammatoires*, qu'on pourrait appeler aussi *blennorrhagiques* dans la plupart des cas, succèdent à une inflammation prolongée de la muqueuse; ils sont produits par une sclérose interstitielle, lente, des éléments constitutifs du canal. Pour A. Guérin (1854) le siège primitif de ces rétrécissements se trouverait dans les tissus vasculaires *péri-uréthraux*, en dehors de la muqueuse. A la suite de l'inflammation de la muqueuse dans la blennorrhagie, il se ferait une sorte de phlébite autour du canal avec organisation des caillots et rétraction inflammatoire des trabécules du tissu spongieux.

On s'accorde aujourd'hui à reconnaître, à l'inverse de cette théorie, que le tissu spongieux n'est atteint que secondairement et que les lésions primitives les plus avancées siègent dans la muqueuse et dans la couche sous-muqueuse. Le microscope a démontré (Brissaud et Segond, 1881) que « les rétrécissements inflammatoires sont dus à la transformation fibreuse des parois du canal, véritable sclérose interstitielle qui s'étend plus ou moins, mais qui a son point de départ et son foyer d'irradiation au sein même de la muqueuse chroniquement enflammée, laquelle engendre la stricture. » Le processus inflammatoire chronique se traduit par une modification de l'épithélium, dont les cellules deviennent cubiques, par un épaississement du chorion infiltré d'un grand nombre d'éléments embryonnaires, par une vascularisation exagérée et une prolifération embryonnaire dans les portions fibreuses du rétrécissement lui-même. Brissaud a trouvé au microscope, dans l'anneau rétréci, une partie fibreuse et une partie composée de *tissu élastique* de nouvelle formation.

Le rétrécissement inflammatoire de la blennorrhagie a son siège de prédilection dans le cul-de-sac du bulbe; *il existe toujours en ce point*; quand il n'existe par hasard qu'un seul rétrécissement, c'est là qu'on le trouve; quand il y en a plusieurs, c'est là qu'on constate le plus étroit.

Il est le plus souvent accompagné d'autres rétrécissements à sièges fixes qui sont la fosse naviculaire, la racine de la verge, la traversée du scrotum.

La *longueur* des rétrécissements varie entre quelques millimètres et 1 ou 2 centimètres; exceptionnellement, l'urèthre est rétréci dans une plus grande étendue. Leur *forme* est aussi très variable: c'est un anneau, un manchon plus ou moins complet, une bride, un entonnoir, une valvule, un mamelon. L'orifice antérieur, plus ou moins étroit, est situé tantôt dans l'axe du canal, tantôt le long de la paroi, et le trajet est alors très souvent sinueux.

L'occlusion *totale* de l'urèthre par une coarctation d'origine blennorrhagique doit être *absolument exceptionnelle*; elle n'a jamais été vue par Guyon.

A côté des rétrécissements cicatriciels et des rétrécissements inflammatoires, cet auteur admet une troisième variété, les rétrécissements *mixtes* ou *scléro-cicatriciels*, seléreux comme les rétrécissements inflammatoires d'origine blennorrhagique et cicatriciels comme les rétrécissements d'origine traumatique ou ulcéreuse. Ils siègent en plus ou moins grand nombre, sous forme d'îlots isolés, dans la région pénienne. Ils sont rebelles à la dilatation, car ils sont dépourvus de la zone élastique qui existe à la partie supérieure des rétrécissements périnéo-bulbaires habituels.

Ils paraissent dus à de petits traumatismes qui compliquent l'urétrite blennorrhagique et qui se traduisent, dans le cours de la chaude-pisse, par l'écoulement de quelques gouttes de sang à l'occasion d'une tentative de coït, d'une masturbation ou d'une simple érection.

**Symptômes.** — Il est assez difficile de dire quand commence le rétrécissement d'origine blennorrhagique; on l'a vu débiter immédiatement après ou même pendant l'urétrite. Mais il est beaucoup plus fréquent de voir ses signes apparaître à une période beaucoup plus éloignée, pouvant s'étendre entre 1 an, 10 ans, 20 ans et même plus, après la première chaude-pisse.

Le rétrécissement traumatique cicatriciel commence avec la cicatrisation du canal et se manifeste dès les premières semaines qui suivent l'accident.

*Signes fonctionnels.* — Certains rétrécissements, même très étroits, peuvent ne donner lieu à aucun trouble fonctionnel et ne sont découverts que par une exploration du canal.

En général, le rétrécissement se traduit par *une difficulté croissante de la miction*, en rapport avec la diminution permanente et progressive du calibre de l'urètre.

Au début, les troubles de la miction peuvent ne consister que dans des modifications de la *forme*, du *volume*, de la *force de projection du jet* d'urine. Celui-ci est tantôt bifurqué, tantôt aplati en lame de sabre, tantôt divisé en plusieurs jets, ou tortillé en vrille ou en tire-bouchon. Son volume diminue progressivement au point que la colonne liquide peut devenir filiforme ou qu'il n'y ait plus de jet et que l'urine s'échappe goutte à goutte. Celle-ci est projetée sans force et les malades arrivent peu à peu « à pisser sur leurs bottes ». Les modifications du volume et de la force de projection du jet entraînent la *lenteur* de la miction.

A ces signes s'ajoute souvent une *incontinence passagère toute spéciale*. Après la miction, une certaine quantité d'urine accumulée dans le canal derrière le rétrécissement s'écoule goutte à goutte sous l'influence de la pesanteur et de la rétraction lente des parois et vient mouiller les vêtements.

On signale aussi dans quelques cas un *écoulement uréthral séropurulent*, des *sensations douloureuses* pendant la miction, et la *fréquence* des besoins d'uriner. Ces signes sont très inconstants et n'ont pas grande valeur. Ils sont beaucoup moins importants que les *efforts* auxquels sont obligés de se livrer les malades pour uriner. L'urine s'arrête derrière le rétrécissement et ne peut être péniblement expulsée qu'à l'aide de violents efforts, pendant lesquels les malades se penchent en avant ou s'accroupissent, ou se cramponnent aux objets voisins. Ces efforts provoquent la turgescence de la face, la sortie des gaz et quelquefois des matières par l'anus, le prolapsus du rectum, l'issue des hernies, quelquefois des congestions et des hémorragies cérébrales. Enfin il peut y avoir rétention complète d'urine, ou simple expulsion de quelques gouttes, le globe vésical restant distendu au-dessus du pubis.

On peut tenir compte *du moment de la miction* où s'exerce l'effort, pour avoir quelque renseignement sur la nature de l'obstacle à l'émission de l'urine : l'effort du *début* est lié en général au retard de la miction et se rencontre particulièrement chez les prostatiques ; l'effort de la *fin* appartient aux malades affectés de cystite ; l'effort qui *se continue* pendant toute la durée de la miction s'observe plutôt chez les rétrécis, qui ne peuvent plus uriner sans se livrer à des poussées plus ou moins violentes (Guyon).

La difficulté de la miction n'est pas en rapport rigoureux avec l'étroitesse du rétrécissement : la longueur de celui-ci, l'épaisseur et la résistance du canal nécessitent bien plus que sa grande étroitesse des contractions musculaires énergiques (Guyon).

Ces efforts produisent à la longue une *incontinence permanente*, en général tardive et assez rare, d'abord exclusivement *diurne*, et liée à la dilatation progressive du canal en arrière du rétrécissement étendue jusqu'au col de la vessie. Le sphincter forcé laisse arriver l'urine jusqu'au rétrécissement, à travers lequel elle filtre goutte à goutte (Guyon). Cette incontinence ne se produit d'abord que le jour dans la station verticale, sous l'influence de la pesanteur, pour cesser la nuit dans le décubitus horizontal, où l'orifice du rétrécissement n'est plus en un point déclive. Plus tard, la déformation du col rend cette incontinence à la fois diurne et nocturne.

L'incontinence des prostatiques est au contraire d'abord *nocturne*, et ne s'étend que plus tard au jour.

A ces signes locaux s'ajoutent des *troubles digestifs*, de la fièvre, etc. Nous les décrirons à l'occasion de la rétention d'urine qui en est la cause.

La rétention d'urine complique en général en effet souvent la marche progressive du rétrécissement, soit par *crises passagères* à l'occasion d'un excès de table ou de rapprochements sexuels, soit d'une manière *durable*, à la suite de l'évacuation incomplète de la vessie.

Comme l'excrétion de l'urine, l'*éjaculation* est en général gênée ; elle est parfois douloureuse ; elle se fait en bavant et le sperme peut refluer en partie dans la vessie.

L'érection peut être incomplète et la verge est quelquefois déviée quand la rétraction scléreuse s'est étendue aux parties qui entourent le canal.

**Signes physiques.** — Ils sont fournis par l'examen du canal à l'aide de l'explorateur à boule olivaire n<sup>os</sup> 18 à 21. Quand ces instruments entrent dans la vessie sans rencontrer d'obstacle, il n'y a pas de rétrécissement.

S'il y a un rétrécissement, des boules de moins en moins volumineuses sont choisies, jusqu'à ce que l'une passe à travers l'obstacle; au retour le talon de l'instrument rencontre une résistance semblable à celle de l'aller. La sensation de ressaut, parfois multiple et râpeuse, ainsi perçue, est caractéristique.

L'explorateur peut rencontrer des points rétrécis multiples étagés depuis la fosse naviculaire jusqu'à l'entrée de la portion membraneuse; il indique quelquefois une résistance et une rigidité du canal sur presque toute son étendue. Dans ce cas, le rétrécissement est bien sûrement d'origine blennorrhagique, tandis que le rétrécissement cicatriciel est unique.

Guyon recommande de noter par région anatomique et non par centimètres le point où s'arrête la boule exploratrice, à cause de la longueur essentiellement variable de l'urèthre.

Quelquefois le rétrécissement ne peut être franchi que par de fines bougies dont l'extrémité tantôt tortillée, tantôt en forme de baïonnette, de spirale ou de vrille, peut trouver l'orifice excentrique du point rétréci ou le traverser lorsqu'il est sinueux. Les bougies fines peuvent elles-mêmes ne pas pénétrer, et le rétrécissement est dit *infranchissable*, bien qu'il livre toujours passage à l'urine. Le passage peut être souvent franchi après plusieurs jours de tentatives, après un repos prolongé; d'autres fois il est réellement infranchissable.

La palpation avec le doigt de la partie inférieure de l'urèthre peut faire reconnaître en ce point une série de nodosités plus ou moins saillantes adhérentes au canal, ou indiquer sa transformation en un conduit dur et inextensible comme un tuyau de pipe.

**Diagnostic.** — Les troubles fonctionnels que nous avons passés en revue ne peuvent que donner des présomptions sur la présence d'un rétrécissement. Ils prennent de l'importance quand le malade accuse dans ses antécédents une blennorrhagie ancienne prolongée ou une contusion du périnée avec uréthrorrhagie.

L'exploration du canal donne seule les éléments certains du diagnostic. de la présence, du siège et du degré de rétrécissement.

Quand l'explorateur est arrivé à la région bulbaire, à l'entrée de la portion membraneuse, il est nécessaire d'exercer pendant quelques minutes avec l'instrument une pression légère, *mais soutenue*. S'il n'y a que du *spasme*, la boule sera serrée sans donner à la main la sensation d'un ou de plusieurs ressauts, durs, secs, se reproduisant deux ou trois fois dans un petit parcours et caractéristiques du rétrécissement.

La manœuvre répétée plusieurs fois donnera la même sensation, s'il s'agit d'un point rétréci, tandis que le spasme une fois vaincu ne se reproduira pas immédiatement.

Un instrument métallique, comme une bougie Béniqué, peut vaincre le spasme qui a résisté à la boule ordinaire et pénétrer dans la vessie soit directement, soit à la suite d'une bougie fine fixée à son extrémité. Le même instrument sera invariablement arrêté s'il s'agit au contraire d'un point rétréci.

Il peut y avoir en même temps coïncidence du spasme uréthral et d'un rétrécissement. L'instrument se trouve arrêté une première fois dans la portion spongieuse à 6 ou 7 centimètres du méat et une deuxième fois entre 11 et 15 centimètres, à la portion membraneuse (Verneuil).

Si le rétrécissement est trop serré pour admettre un explorateur à boule et ne permet que le passage d'une fine bougie, le nombre des rétrécissements ne peut être que difficilement apprécié et n'est souvent reconnu que par le passage de la lame de l'uréthrotome : le plus profond, c'est-à-dire le rétrécissement périnéo-bulbaire, est toujours le plus étroit, le plus épais, le plus résistant.

L'hypertrophie de la prostate ne saurait être confondue avec un rétrécissement de l'urèthre : l'âge auquel se développe cette hypertrophie, les troubles surtout nocturnes dans l'émission de l'urine, l'exploration par le rectum, la présence de l'obstacle au cathétérisme au delà de la portion membraneuse de l'urèthre, la possibilité d'introduire un instrument volumineux, de forme appropriée, ne sauraient faire méconnaître l'hypertrophie prostatique.

**Marche. Complications.** — La marche du rétrécissement inflammatoire blennorrhagique est lente et peut se compter par années; celle du rétrécissement cicatriciel est rapide et arrive en quelques mois à un degré très avancé.

Les complications les plus graves, comme l'*infiltration d'urine*, les

*abcès urinaux*, les *fistules urinaires*, la *fièvre urineuse*, seront décrites à part.

La *rétenion d'urine aiguë complète* peut se produire à titre de grave complication et peut, dans quelques cas, être suivie de *rupture* de la vessie.

**Pronostic.** — Le pronostic est beaucoup plus grave dans le rétrécissement traumatique que dans le rétrécissement blennorrhagique. Dans ce dernier, il est toujours sérieux, l'affection ne pouvant jamais guérir spontanément et présentant au contraire une tendance constante à la *récidive*, qui n'est prévenue que par des soins continuels.

**Traitement.** — Le traitement d'un rétrécissement de l'urèthre consiste essentiellement dans sa *dilatation*; celle-ci est dite *permanente* ou *temporaire*, suivant qu'on laisse à demeure ou qu'on ne fait que passer dans le canal l'instrument dilateur.

L'*uréthrotomie interne* et l'*uréthrotomie externe*, ou section du rétrécissement de dedans en dehors ou de dehors en dedans, ne sont que des moyens d'appliquer la dilatation, qui est le traitement par excellence des rétrécissements de l'urèthre.

La dilatation agit à la fois d'une manière mécanique et d'une manière dynamique sur la paroi d'un rétrécissement : l'instrument dilateur la refoule excentriquement et produit par son contact une action modificatrice en vertu de laquelle les tissus scléreux se ramollissent et se laissent plus facilement écarter. Ce fait est surtout démontré par la dilatation *permanente*, dans laquelle un instrument de petit calibre, laissé quelques jours à demeure dans l'urèthre rétréci, peut être remplacé immédiatement par des bougies beaucoup plus volumineuses.

1<sup>o</sup> *Dilatation permanente.* — Elle consiste essentiellement à laisser et à fixer dans le canal l'instrument avec lequel le rétrécissement a pu être franchi et s'applique surtout aux rétrécissements difficiles à traverser ou dans lesquels le passage répété des bougies par la dilatation *temporaire* n'est pas suivi de résultats.

Dans les rétrécissements étroits, le passage ne peut être trouvé qu'après des tâtonnements et des tentatives répétés à l'aide d'instruments variés, bougies fines, droites ou à extrémité coudée, tortillée en *tire-bouchon*, déformée en *baïonnette* et ensuite trempée dans le collodion qui lui conserve la forme qu'on lui a donnée. Ces

artifices sont particulièrement utiles quand l'orifice du rétrécissement est dévié de l'axe du canal et ne peut être enfilé par un instrument rectiligne.

Dans quelques cas, la bougie fine ne peut être introduite qu'après une séance de quelques heures dans laquelle une bougie en gomme cylindrique, de plus gros volume, a été maintenue contre l'orifice du rétrécissement; c'est le *cathétérisme appuyé*.

Quel que soit l'instrument introduit, il est laissé en place pendant trois jours et remplacé au bout de ce temps par une bougie d'un numéro deux ou trois fois plus élevé.

Tous les trois jours la même manœuvre est répétée jusqu'à ce que le canal admette une bougie n<sup>o</sup> 12 (Guyon). L'urèthre ne tolère que difficilement une bougie plus volumineuse laissée en permanence. A partir de ce moment on a recours, suivant les indications, à l'*uréthrotomie interne* ou à la dilatation *temporaire*.

*Dilatation temporaire.* — Elle consiste à ne laisser séjourner l'instrument dilateur que pendant un temps très limité. Elle se pratique à l'aide de *bougies flexibles* en gomme ou de *bougies métalliques* dites de Bénéiqué. L'instrument doit être introduit doucement, *sans aucune force*.

Le premier numéro introduit doit être basé sur les résultats fournis par l'explorateur à boule et rester même au-dessous du calibre de cet explorateur : si celui-ci est un n<sup>o</sup> 8, la bougie sera un n<sup>o</sup> 6, jouant librement dans la stricture.

La séance de dilatation sera répétée tous les deux ou trois jours seulement. En général, l'instrument ne fera qu'entrer et sortir immédiatement, sans séjourner dans le canal.

Une bougie d'un numéro supérieur ne sera passée que si la première chemine librement, et deux ou trois numéros au plus seront passés dans la même séance.

La dilatation maximum sera arrêtée aux n<sup>os</sup> 22 ou 25 de la filière Charrière pour les bougies en gomme, aux n<sup>os</sup> 45 ou 48 pour les bougies métalliques Bénéiqué. Ces dernières, augmentant de volume par  $\frac{1}{6}$  de millimètre seulement, permettent de continuer la dilatation quand elle n'était plus possible avec les sondes en gomme variant de l'une à l'autre de  $\frac{1}{3}$  de millimètre.

Le rétrécissement de l'urèthre peut être dilaté d'une manière *rapide* soit à l'aide d'instruments introduits fermés dans le canal et pouvant

s'y déployer par un mécanisme spécial, comme le dilatateur de Perrière ou de Charrière, soit au moyen d'une série de cathéters métalliques coniques augmentant rapidement de volume d'un numéro à l'autre et guidés à travers le rétrécissement par une bougie conductrice (*Dilatation immédiate progressive de Le Fort*).

A ces procédés rapides appartient aussi la *divulsion*, par laquelle on fait éclater le rétrécissement à l'aide d'un cathéter formé de deux lamés qu'on écarte violemment l'une de l'autre à l'aide d'un mandrin (Voillemier).

Ces divers moyens doivent être suivis de la dilatation.

L'*uréthrotomie interne*, déjà proposée par A. Paré, exécutée par Amussat (1824), Leroy d'Étiolles, Ricord, Reybard, Civiale, qui ont chacun inventé un instrument, consiste à sectionner le rétrécissement à l'aide d'une lame coupante introduite dans le canal. On la pratique aujourd'hui couramment à l'aide de l'*uréthrotome* de Maisonneuve, qui coupe sans danger le rétrécissement *d'avant en arrière*. L'*uréthrotomie* se compose : 1° d'une fine bougie flexible de gomme élastique, portant à son talon un petit ajustage métallique creusé d'un pas de vis. C'est la bougie *conductrice*; 2° d'une tige métallique courbe comme une sonde et cannelée dans sa concavité, longue de 50 centimètres, munie à son extrémité antérieure d'un pas de vis qui s'adapte à celui de la bougie. C'est le conducteur dans lequel glisse la lame; 3° d'une lame triangulaire à bords tranchants légèrement concaves, à sommet mousse et portée sur une longue et mince tige métallique flexible, qui s'insinue avec la lame dans la rainure du conducteur.

L'incision de l'urèthre est pratiquée avec cet instrument sur sa paroi *supérieure*.

Après l'*uréthrotomie*, une sonde n° 15 ou 16 est laissée dans le canal pendant vingt-quatre heures et retirée au bout de ce temps.

La dilatation avec les bougies Béniqué est pratiquée au bout de quinze jours pendant lesquels le canal est laissé en repos.

L'*uréthrotomie interne* est indiquée dans les *rétrécissements du méat* et de la fosse naviculaire presque toujours cicatriciels, dans les rétrécissements *traumatiques* franchissables, dans les rétrécissements inflammatoires *difficiles à franchir* à cause de leur étroitesse considérable, de leur déviation, de leur étendue, ou *compliqués de fausses routes*. Elle s'impose quand le cathétérisme provoque des

accidents fébriles à répétition, quand il existe des *complications rénales* ou *vésicales*, quand il y a *infiltration d'urine* ou *rétenion incomplète* de ce liquide avec tous les accidents généraux qu'elles entraînent.

Elle est encore indiquée dans certains rétrécissements dits *irritables*, dans lesquels, sans raison apparente, la dilatation du canal ne peut être amenée au-dessus d'un certain numéro insuffisant ou même perd du terrain de jour en jour, et dans les rétrécissements *élastiques* où, à une dilatation rapidement obtenue du canal, succèdent en quelques jours la rétraction des parois et la perte de tout le bénéfice acquis.

L'*uréthrotomie externe*, surtout remise en honneur par Syme (d'Édimbourg), est une opération ayant pour but de sectionner le rétrécissement *de dehors en dedans* à l'aide d'incisions extérieures, allant de la peau vers l'urèthre.

Elle se fait *avec* ou *sans conducteur*, c'est-à-dire avec ou sans un instrument introduit dans le rétrécissement et permettant de retrouver le canal. L'opération, simple dans le premier cas, peut présenter les plus grandes difficultés dans le second, pour retrouver le bout postérieur de l'urèthre.

On trouve son indication *rarement* pour des rétrécissements blennorrhagiques reconnus réellement infranchissables; *souvent* pour des rétrécissements traumatiques, soit infranchissables, soit franchissables encore, mais très étendus et très indurés. Dans ce dernier cas, l'*excision* des parties indurées sera pratiquée avec avantage et un véritable canal pourra être sculpté dans leur épaisseur.

Enfin, si, malgré l'*uréthrotomie externe*, le bout postérieur de l'urèthre ne pouvait être retrouvé, on pourrait faire le *cathétérisme rétrograde* par une ouverture pratiquée à la région sus-pubienne et permettant d'engager une sonde par l'orifice vésical de l'urèthre (Sédillot, S. Duplay, etc.).

### 5° TUMEURS DE L'URÈTHRE.

Les tumeurs de l'urèthre appartiennent d'une manière presque exclusive au sexe féminin. Thompson aurait observé chez l'homme un polype pédiculé situé entre la portion prostatique et la portion membraneuse du canal; White a observé chez un jeune homme des

polypes, en avant de la fosse naviculaire, déterminant des troubles considérables des fonctions urinaires et sexuelles.

**Étiologie. Anatomie pathologique.** — Sous le nom de tumeur de l'urèthre on peut décrire : 1° des *tumeurs hypertrophiques* de la muqueuse uréthrale; 2° des *tumeurs vasculaires*; 3° des *tumeurs papillaires*; 4° des *tumeurs épithéliales* ou *cancéreuses*.

On doit réserver le nom de *polypes* de l'urèthre aux diverses variétés de tumeurs papillaires ou pédiculées.

Ces tumeurs se rencontrent surtout entre vingt-cinq et trente ans; elles ont été observées cependant aux deux extrêmes de la vie.

Les *tumeurs hypertrophiques* de la muqueuse uréthrale, surtout fréquentes chez des jeunes filles ou des jeunes femmes, sont formées par une hypertrophie simple de la muqueuse uréthrale; cette hypertrophie débute ordinairement par la partie antérieure du canal, dans la région du méat. La tumeur fait saillie entre les petites lèvres sous forme d'un mamelon rouge vif, framboisé, augmentant quelquefois de volume au moment des règles ou de la grossesse et parfois excorié par les frottements.

Le travail hypertrophique peut porter sur d'autres points du canal et même s'étendre à toute la longueur de celui-ci, qui fait un relief appréciable à travers la paroi antérieure du vagin.

Les *tumeurs vasculaires* consistent en un épaissement partiel ou total de la muqueuse, accompagné d'un état variqueux des vaisseaux de la partie. Elles siègent en général sur les bords du méat et de préférence à la paroi inférieure. Ordinairement sessiles, elles se montrent sous l'aspect de franges ou de végétations irrégulières, aplaties, bosselées, présentant de nombreux sillons. Leur couleur varie du rouge gris au rouge vif.

Ces tumeurs qui peuvent devenir tendues, rénitentes, soit à l'époque des règles ou sous l'action d'un effort, sont quelquefois désignées sous le nom d'*hémorrhoides uréthrales* (Hutchinson, Richet); elles coïncident souvent avec des bourrelets hémorrhoidaux de l'an us et s'accompagnent d'une manière presque constante d'un spasme du sphincter uréthral.

Les tumeurs *papillaires* et certaines tumeurs *folliculeuses* sont en général décrites sous le nom de *polypes* de l'urèthre. Les tumeurs papillaires siègent aux environs du méat et se développent aux dépens des papilles vasculaires normales de la région. Elles offrent une

couleur rouge vif, violacée, et ne dépassent pas le volume d'un petit pois ou d'une lentille.

Dollez (Thèse de Paris, 1866) a décrit sous le nom de *tumeurs folliculeuses* des tumeurs développées aux dépens des follicules qui sont abondants à la partie moyenne de la muqueuse uréthrale. Ces follicules se développent et repoussent les parois de l'urèthre. Leur siège ordinaire est la paroi inférieure du canal; leur volume devient plus considérable que celui des tumeurs papillaires.

**Symptômes. Diagnostic.** — Toutes ces tumeurs se présentent comme une saillie plus ou moins considérable faisant hernie à travers le méat ou l'obstruant. Elles sont sessiles ou pédiculées, et, dans ce dernier cas, elles peuvent être déplacées et refoulées. Un instrument peut les contourner et s'assurer de leur point d'implantation. D'autres fois, elles ne sont visibles qu'après la dilatation du méat et de l'urèthre.

Certaines de ces tumeurs et en particulier les tumeurs folliculeuses peuvent ne se traduire par aucun trouble fonctionnel.

En général, elles donnent lieu à une série de troubles douloureux et fonctionnels très importants à connaître et tout à fait hors de proportion avec le faible volume de la tumeur et sa bénignité anatomique. Douleurs vagues dans les aines, l'hypogastre, surtout exagérées par la marche et la menstruation, douleurs vives dans le coït, sensibilité parfois exquise au moindre contact et pouvant arracher des cris à la malade et rebelle à l'anesthésie chloroformique, souvent réveillée par la pression du doigt contre l'arcade du pubis, gêne et difficulté de la miction, ténésme avec sortie involontaire de l'urine, incontinence ou rétention complète; hyperesthésie du canal qui ne peut admettre une sonde; convulsions, éréthisme nerveux: tels sont en quelques mots les phénomènes fréquemment observés à l'occasion des tumeurs de l'urèthre.

Un examen méthodique du canal est nécessaire pour ne pas méconnaître l'origine des symptômes et ne pas les attribuer à une affection utérine.

**Traitement.** — La tumeur doit être enlevée et son point d'implantation doit lui-même être détruit pour prévenir la récurrence. L'ablation pourra se faire le plus souvent avec la pointe du thermo-cautère chauffée à un feu modéré, pendant que la tumeur est attirée au dehors avec une pince à griffes.

Quelquefois, la production n'est abordable qu'après la dilatation du canal de l'urèthre obtenue rapidement pendant le sommeil, soit avec une pince dilatatrice, soit avec les divers dilataleurs spéciaux.

Le professeur Richet excise d'un coup de ciseau la portion de muqueuse des parois inférieure et supérieure du canal sur laquelle s'est développée la tumeur vasculaire, et termine l'opération par la dilatation du canal.

Dans quelques cas, cette dilatation portant sur le sphincter urétral peut amener la cessation des douleurs et des troubles soit après l'ablation de la tumeur, soit quand celle-ci ne peut être enlevée.

Sous le nom de tumeurs *rares* de l'urèthre, on peut décrire des *épithéliomas* développés sur le méat et ayant la même évolution clinique que dans toutes les autres régions; des *adénomes* (Barnes, Simpson), des tumeurs *fibro-celluleuses* ou *fibro-myomes* (Rizzoli), des *kystes* (Nicaise, Garnier-Mouton, thèse de Paris, 1876) développés dans les glandes muqueuses qui siègent en grand nombre au niveau du méat urinaire, surtout au niveau de la colonne antérieure du vagin.

## CHAPITRE V

### 1

#### RÉTENTION D'URINE.

La rétention d'urine est l'impossibilité d'émettre naturellement par l'urèthre partie ou totalité de l'urine contenue dans la vessie. Ce symptôme est commun à un grand nombre d'affections des voies urinaires et donne lieu à des considérations importantes de pathogénie, de diagnostic et de traitement.

**Étiologie.** — La rétention d'urine peut se montrer chez des sujets indemnes de toute lésion des voies urinaires, dans certaines affections cérébrales ou médullaires, dans les fractures ou luxations du rachis,

dans les plaies de la moelle, dans la paraplégie confirmée du mal de Pott, dans l'hystérie, les fièvres graves infectieuses, la péritonite, etc.

En général, elle reconnaît pour cause une lésion des voies urinaires. Tantôt elle est *complète* d'emblée et s'observe alors le plus souvent à l'état aigu; tantôt elle est *incomplète* et s'observe à l'état chronique et appartient à cette variété bien étudiée par Civiale sous le nom de *stagnation de l'urine dans la vessie*. Ces deux types de rétention sont très différents.

Guyon distingue les rétentions d'urine de *cause inflammatoire, congestive et spasmodique*; les rétentions d'urine *chez les rétrécis*; les rétentions d'urine *chez les prostatiques*; les rétentions d'urine *d'origine traumatique*; les rétentions d'urine de *cause mécanique*.

Les rétentions de la première classe succèdent à une poussée congestive ou inflammatoire chez des sujets porteurs d'une blennorrhagie aiguë ou subaiguë, ou chez des malades atteints de lésions profondes du rein, du col ou du corps de la vessie, de la prostate; chez les calculeux, chez les tuberculeux urinaires, et chez un grand nombre de sujets dits impressionnables, parmi lesquels il faut ranger des névropathiques et des sujets porteurs de lésions médullaires plus ou moins latentes. Dans tous ces cas, la rétention est due à un spasme de la région membraneuse de l'urèthre.

La rétention d'urine chez les *rétrécis* est aussi généralement *passagère*; elle succède à un excès de table ou de coit ou à une tentative de dilatation du canal. Elle peut être incomplète et avoir les caractères de la stagnation de l'urine.

La rétention d'urine *chez les prostatiques* est la plus commune et la plus importante; elle est provoquée par l'obstacle dû à l'hypertrophie de la prostate et par un état congestif qui s'y surajoute le plus souvent. Dans ce dernier cas, la rétention est en général *complète*.

Les rétentions *incomplètes* sont caractérisées par ces deux faits en apparence contradictoires: *possibilité* d'uriner et *impossibilité* de vider la vessie (Guyon). Cliniquement, elles se traduisent par des besoins fréquents d'uriner et des douleurs rappelant presque les phénomènes de la rétention complète aiguë, ou par la fréquence non douloureuse des mictions avec *distension* de la vessie, que la palpation et le toucher rectal montrent toujours remplie d'urine (*Rétention*