

nution notable des symptômes douloureux. On ne suspendra l'usage des bougies qu'au moment où leur passage ne provoquera plus de sensation douloureuse.

Quand ce moyen échoue, on peut opérer une perturbation plus considérable par l'introduction d'une sonde ou d'un instrument lithotriteur.

Si l'affection est plus rebelle encore et coïncide avec un état d'atonie vésicale, Civiale conseille l'emploi d'injections d'eau froide dans la vessie. D'après l'éminent chirurgien, ces irrigations sont un moyen puissant dont il a obtenu les plus heureux effets dans les cas même désespérés.

Les douches froides sur le périnée et l'hypogastre produisent souvent de bons résultats, tandis que les douches de vapeur émoullientes ou narcotiques ont été parfois très-utiles chez la femme.

Il faut régulariser les selles et combattre la constipation par quelques purgatifs en même temps qu'on prescrira les bains, les lavements émoullients, les boissons abondantes diurétiques et alcalines, enfin un régime doux.

La cautérisation de l'urèthre pourrait être tentée dans le cas où tout autre traitement plus inoffensif aurait échoué ; mais les applications du caustique devront être légères et étendues.

Enfin il sera utile de continuer, en les variant, l'usage de tous ces moyens dans les formes anciennes et opiniâtres.

CHAPITRE VI.

VÉGÉTATIONS ET POLYPES DE L'URÈTHRE.

A. — *Chez l'homme*, l'existence de véritables polypes de l'urèthre est niée par Voillemier. Ce chirurgien pense en effet que l'on a pris pour des polypes, soit des

lambeaux de parois du canal déchirés dans quelque opération de cathétérisme, soit de simples kystes prostatiques. Quant aux végétations, elles ne diffèrent guère de celles observées sur le gland et le prépuce que par quelques caractères insignifiants, résultant de leur siège dans la fosse naviculaire.

Les végétations du gland présentent, en général, un pédicule très-court, elles ont une grande tendance à augmenter de volume et prennent l'aspect d'un chou-fleur rougeâtre. Au contraire, les végétations développées dans la fosse naviculaire, comprimées par les parois uréthrales, ne peuvent s'étaler et se diviser : elles grandissent lentement en formant une petite tumeur allongée dont les caractères changent dès qu'elle franchit le méat ; elle grandit alors rapidement et prend l'apparence de chou-fleur des végétations du gland. Le pédicule est parfois assez long pour que le flot des urines tende à chasser cette végétation hors de l'urèthre. — Dans ce cas, la tumeur a la forme d'un petit polype, il est vrai, mais elles n'en présente nullement la constitution anatomique, qui est identique à celle des végétations du gland.

En résumé, pour Voillemier, *il n'existe pas de polypes de l'urèthre chez l'homme*, et les corps à apparence polypoïde qui s'observent quelquefois dans la fosse naviculaire ne sont que des végétations plus ou moins modifiées par le siège même de leur développement.

H. Thompson n'accepte pas cette manière de voir et admet pleinement l'existence de véritables polypes dans le canal de l'urèthre, en particulier au niveau de la région prostatique. Il mentionne à l'appui de son opinion un exemple qui se trouve au musée de Guy's Hospital au n° 2411. « Dans ce cas, une seule excroissance mesurant 18 millimètres de long sur 8 de large, se trouve à la réunion des portions membraneuse et prostatique. Cette production donna lieu à tous les symptômes d'un rétrécissement pendant la vie et fut traitée comme tel. »

Thompson cite encore un polype observé par lui au

niveau de la prostate chez un homme de cinquante-quatre ans. La tumeur ressemblait beaucoup, sous tous les rapports, aux polypes qui se trouvent si fréquemment sur la muqueuse nasale ou pharyngienne. Le seul signe qui put la faire diagnostiquer pendant la vie, était un besoin fréquent d'uriner.

Quant aux excroissances observées dans la fosse naviculaire, Thompson les considère comme de simples végétations dont elles ne diffèrent en rien par leur structure.

Enfin, le chirurgien anglais constate que, dans presque tous les cas de vraies tumeurs polypeuses qu'il a examinés, ces productions étaient limitées à la région prostatique de l'urèthre et accompagnées d'autres tumeurs semblables siégeant au niveau du col vésical ou dans l'intérieur de la vessie.

B. *Chez la femme*, les végétations de l'urèthre sont beaucoup plus fréquentes que chez l'homme. Il en est de même en ce qui concerne le nombre des polypes bien que cette affection soit toujours assez rare. Nous avons pu cependant rencontrer dans notre pratique quatre faits que nous allons relater avec quelques détails. Les deux premiers ont été observés en 1865, à peu de distance l'un de l'autre et publiés vers cette époque dans notre *Deuxième série d'observations de chirurgie usuelle*.

Première observation. — Madame veuve A..., âgée de 54 ans, n'ayant jamais eu d'enfants et ayant traversé la période de la ménopause, à l'âge de 48 ans, sans accidents notables, souffrait depuis huit ou dix mois d'une grande gêne dans la miction, accompagnée d'un sentiment de brûlure avec pesanteur et chaleur à la région hypogastrique ; elle avait en outre remarqué, non sans effroi, nous a-t-elle dit, que lorsque les douleurs étaient très-vives au moment d'uriner, il s'écoulait un peu de sang qu'elle croyait provenir des voies utérines. Ce n'est qu'au mois d'octobre qu'elle se décide à nous parler de ses souffrances, mais sans vouloir consentir à se soumettre à une visite qui nous paraissait indispensable.

Quelques bains de siège, des boissons adoucissantes n'ayant amené aucun soulagement, et la difficulté de la miction augmentant au point de ne pouvoir expulser quelques gouttes d'urine qu'après des efforts considérables, la malade se décida enfin à se soumettre à un examen direct qui nous permit de constater la présence d'un corps rouge, saignant, et d'aspect fongueux, oblitérant complètement l'orifice urétral, en arrière duquel il se trouvait placé à la distance de dix à douze millimètres.

Il était neuf heures du soir ; je remis au lendemain toute intervention chirurgicale, si elle était possible, et le 20 octobre, assisté de M. le docteur Lebas, je fis placer la malade en travers d'un lit un peu élevé et à plan dur, comme s'il se fût agi d'une opération de taille ou de lithotritie ; et après l'avoir engagée à pousser fortement, comme si elle eût voulu se livrer à la miction, je tâchai, à l'aide d'une sonde cannelée, pliée en crochet, de dégager la tumeur qui sortit en grande partie par l'urèthre, et qui me parut avoir le volume d'une noisette.

Pour éviter un saignement toujours gênant, et dans le but surtout de ne pas laisser dans le canal une portion de la tumeur, en m'exposant à déchirer celle qui était dehors si je l'eusse saisie avec des pinces à érignes, je commençai par jeter un petit ruban de fil ciré aussi loin que possible ; je serrai le nœud très-modérément et j'engageai mon aide à exercer une traction légère sur ce fil, pendant que je jetterais une seconde anse un peu plus loin.

À la troisième manœuvre de cette nature, j'eus la satisfaction de voir poindre le pédoncule de la tumeur, qui tenait à la face inférieure de l'urèthre, à la profondeur d'un peu plus d'un centimètre, ainsi que je l'ai déjà dit. Je serrai fortement cette troisième anse de fil, un peu plus mince que les autres, et j'abandonnai la tumeur sans l'exciser, dans le double but d'éviter un peu d'hémorrhagie — que la malade redoutait — et surtout pour pouvoir mieux m'assurer contre les chances d'une récurrence, en favorisant

l'atrophie de ce qui formait la base de la tumeur. Dès le lendemain, la malade ayant d'ailleurs gardé le lit et uriné sans trop de difficulté, la tumeur tomba par suite d'une légère traction exercée sur le fil; mais en m'aidant d'une pince à ressort et d'une petite sonde, je pus encore porter un crayon de nitrate d'argent sur la portion de muqueuse uréthrale qui avait servi de base d'implantation à la tumeur, et je cautérisai fortement.

J'ai pu constater, trois mois après, que l'urèthre ne présentait plus trace de la tumeur qu'on avait enlevée; et il n'y a pas eu de récurrence.

Deuxième observation. — A court intervalle du fait que nous venons de relater, je fus appelé dans un établissement de charité, pour voir une jeune femme n'ayant jamais été mariée, excluant par sa position et par la nature de son caractère tout soupçon peu avouable, et souffrant depuis plusieurs mois de douleurs atroces pendant la miction, douleurs qui étaient attribuées à une menstruation difficile. Une visite ayant été consentie, je pus constater, à l'entrée de l'urèthre, un corps lisse, rougeâtre, allongé, représentant assez bien la forme d'un haricot de Soisson, implanté à la face inférieure et un peu externe de l'urèthre, à une profondeur moindre que celle de l'observation précédente. Je me décidai immédiatement à appliquer le même procédé opératoire qui m'avait précédemment réussi, et deux anses de fil suffirent pour atteindre la base de la tumeur, qui fut également cautérisée, sans laisser aucune trace dans le canal de l'urèthre qui a parfaitement repris ses fonctions. Pas de récurrence.

Troisième Observation. — Femme de 27 ans, mariée, bien réglée, mais n'ayant jamais eu d'enfants.

Urétrite de nature suspecte, qui dura 6 mois à l'âge de 25 ans.

Un an après la cessation de l'écoulement, elle ressent de vives douleurs en urinant et les dernières gouttes sont parfois mêlées à un peu de sang.

Cet état dure depuis quatre ou cinq mois, lorsqu'on vient nous consulter.

En dilatant un peu le méat avec une petite sonde rigide de femme, j'aperçois à gauche et un peu en arrière du méat, à une profondeur de huit ou dix millimètres une tumeur de la grosseur et de l'aspect d'une petite fraise. Je l'étreignis immédiatement avec un fil ciré dont je coupai un seul bout. Le lendemain, j'attirai la tumeur vers le méat, et successivement je l'entourai de deux fils cirés, de plus en plus serrés. La tumeur tomba au bout de quelques heures ne laissant d'autre trace, sur la muqueuse, qu'une toute petite plaie saignante que je cautérisai légèrement avec le nitrate d'argent.

Quatrième Observation. — Jeune fille de 17 ans, mal réglée, fréquemment atteinte d'un écoulement vaginal que des renseignements authentiques doivent faire attribuer tout simplement à un manque de soin et de propreté. Les douleurs en urinant datent de plusieurs mois, et les envies d'uriner sont incessantes.

La tumeur fait saillie au milieu du méat, mais le pédoncule est placé assez profondément. Je parviens cependant, mais non sans difficulté, à jeter un ruban de fil ciré autour du pédoncule; seulement, dans le doute d'être arrivé jusqu'à la base, je serre le nœud très modérément. Le lendemain, la tumeur, qui a déjà commencé à changer de couleur et d'aspect, peut être attirée hors du méat, et j'enserme cette fois le pédoncule à sa base par un nœud fortement serré.

La tumeur, flétrie et presque desséchée, est tombée le troisième jour, laissant son point d'implantation presque sec.

Les deux tumeurs ont été, le jour même de leur ablation, soigneusement examinées au microscope par M. Jacquême, et toutes deux ont offert les caractères attribués aux polypes muqueux.

Chez la quatrième opérée je puis affirmer qu'il n'y a pas eu de récurrence, mais je n'ai plus eu l'occasion de revoir la troisième.

On a prétendu, mais à tort, que les végétations et les

polypes se rencontraient surtout chez les jeunes filles de dix à vingt-cinq ans. Les faits cités par Voillemier et par nous-même ne confirment guère cette opinion. Car sur les six opérées de Voillemier, une seule avait vingt et un an, les autres avaient plus de vingt-cinq ans, et la plus âgée était une femme de cinquante-deux ans ayant dépassé la ménopause.

Dans nos quatre observations, une malade avait cinquante-deux ans et n'était plus réglée depuis assez longtemps, une autre en avait vingt-sept et était encore réglée ; la troisième était âgée de vingt-sept ans, et la quatrième avait dix-sept ans.

La production des végétations et des polypes de l'urèthre, chez la femme, a été d'abord attribuée à l'influence de causes irritantes agissant sur le canal. Puis quelques chirurgiens ont prétendu que l'infection syphilitique était la cause la plus fréquente des végétations, se basant sur la fréquence très-grandes de cet accident chez les personnes syphilitiques. Mais d'autre part, les excroissances pouvant se présenter chez des jeunes filles et même chez des enfants parfaitement indemnes de toute affection virulente, il a fallu revenir à des opinions plus rationnelles, et on admet généralement aujourd'hui que les végétations ne sont nullement de nature syphilitique, et que celles de l'urèthre en particulier sont presque toujours provoquées par un eczéma ou quelque cause locale d'irritation.

Le nombre de ces productions polypeuses est variable ; il peut en exister plusieurs dans le canal, mais habituellement il n'y en a qu'une, qui est alors implantée plus ou moins près du col de la vessie et presque toujours sur la paroi inférieure de l'urèthre.

De même que pour les végétations du méat urinaire chez l'homme, les végétations de l'urèthre chez la femme guérissent lentement tant qu'elles sont contenues dans le canal, qu'elles dilatent largement. L'urèthre donne alors au toucher la sensation d'un cordon mollasse assez volu-

mineux. Puis le méat s'entrouve et la tumeur apparaît arrondie, rouge et à surface lisse ; elle reprend alors l'évolution habituelle des végétations déjà mentionnée.

Les symptômes sont peu marqués ; d'abord de la cuisson au moment de la miction et une déviation dans le jet des urines. Au bout de quelques temps surviennent des envies fréquentes d'uriner, la miction se fait avec douleur et est suivie d'un tenesme douloureux et d'un petit écoulement de sang ; dans leur intervalle, il existe assez souvent un écoulement purulent qui oblige le malade à se soumettre à un examen chirurgical. Le premier mouvement du praticien est de recourir au cathétérisme pour rechercher quelque corps étranger de la vessie. Mais cette opération est si douloureuse que l'attention est réveillée sur la véritable nature de la maladie. Il faut alors toucher l'urèthre par sa face inférieure et le presser doucement en arrière de la partie renflée pour faire saillir le polype entre les lèvres du méat. Dans le cas où cette manœuvre donnerait un résultat négatif, on écarte les lèvres du méat avec les extrémités des branches d'une petite pince mousse à polype légèrement recourbée et l'existence du polype est facilement constatée.

Quelques femmes accusent des douleurs dans les aines, les lombes, et des pesanteurs à la région hypogastrique, comme nous l'avons vu dans nos deux premières observations. Mais le plus simple examen suffira pour empêcher de confondre une végétation uréthrale avec une affection utérine, erreur qui a été commise plus d'une fois.

Le pronostic de la végétation ne présente aucune gravité, à moins qu'elles ne soient sous la dépendance d'une affection syphilitique méconnue.

Ces petites tumeurs sont d'ailleurs faciles à guérir. Les modes de traitement qu'on leur oppose sont assez nombreux, mais peuvent se réduire à quatre : la *dessication*, la *cautérisation*, la *ligature* et l'*excision*.

La *dessication* essayée par MM. Garin et Caudmont dans des cas de végétations extra-uréthrales ne saurait être

employée sans danger contre les végétations renfermées dans l'urèthre ou seulement implantées sur ses parois. C'est donc un traitement à proscrire.

La *cautérisation*, soit avec le nitrate d'argent, soit avec le fer rouge, présente des inconvénients divers : dans le premier cas, le traitement est long, douloureux et infidèle ; dans le second, il est aussi très-douloureux et impossible à limiter ; la brûlure des parties voisines sera suivie d'une cicatrice et d'un rétrécissement comme l'a vu M. Caudmond. Aussi Boyer n'avait-il recours au fer rouge que dans le cas de récidive, et encore conseilla-t-il de pratiquer une nouvelle excision et de détruire, avec le cautère actuel, les parties qui auraient échappé à l'action du bistouri.

La *ligature* est, suivant Voillemier, une mauvaise opération sous tous les rapports, douloureuse, d'une exécution difficile, et ne donne que des résultats incomplets. Nous croyons pouvoir nous inscrire en faux contre l'opinion si absolue émise par l'éminent chirurgien. Les quatre faits précédemment cités répondent d'une façon victorieuse à cette manière de voir puisque, dans aucun cas, il n'y a eu de récidive. C'est donc la méthode à laquelle nous conseillons de recourir de préférence, toutes les fois que la chose sera possible. La forme pédiculée que prennent ces petites tumeurs de l'urèthre chez la femme sont favorables à ce mode opératoire.

L'*excision* employée par un très-grand nombre de chirurgiens est aussi une bonne opération, mais elle a sur la ligature le désavantage d'exposer à une hémorrhagie parfois assez abondante, ainsi que le prouve le fait rapporté par Guersant et Forget. Pas plus que la ligature de l'aveu de Voillemier, elle ne met à l'abri des récidives. De plus, d'après le même chirurgien, aussitôt après l'excision, il faut cautériser le pédicule pour empêcher la récidive. D'où il résulte que les manœuvres nécessitées par l'excision suivie de cautérisation sont certainement aussi longues, plus douloureuses et plus incertaines que la ligature elle-même.

CHAPITRE VII.

DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE.

Définition. — On dit qu'il y a rétrécissement de l'urèthre lorsque ce canal a perdu la propriété de se dilater pour donner passage au jet liquide urinaire ou spermatique par le fait d'une altération histologique ou fonctionnelle siégeant dans sa paroi.

Expliquons cette définition. A l'état de repos, l'urèthre est fermé, ses parois étant maintenues en contact par la réaction de ses fibres élastiques et par la tonicité des éléments musculaires qui entrent dans sa constitution. Lors de la miction ou de l'éjaculation, la colonne liquide distend ses parois et sa cavité jusque là virtuelle devient réelle. Dès qu'un obstacle vient s'opposer à son ampliation, le cours de l'urine est gêné et l'on a les signes du rétrécissement, que Ch. Bell a défini se basant sur ces considérations : « toute condition dans laquelle le canal a perdu le pouvoir de se dilater. »

La définition de Ch. Bell est peut-être trop compréhensive ; elle contient en effet tous les cas de défaut de dilatabilité tenant à la compression de l'urèthre par une tumeur, par la prostate hypertrophiée, faits qui occupent une place à part dans les cadres nosologiques. Notre définition a sur celle de Ch. Bell l'avantage d'indiquer cette distinction ; ceux qu'elle a sur les suivantes sont trop évidents pour qu'il soit nécessaire de les indiquer.

« On désigne sous ce nom une affection caractérisée par la diminution de calibre du canal de l'urèthre dans une étendue plus ou moins considérable de sa longueur. » (Nélaton.)