

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.)

« On peut définir ainsi un resserrement organique et anormal d'une portion quelconque du canal de l'urèthre. » (Thompson.)

*Division.* — D'après Hunter, il y a cinq modes de rétrécissement :

- 1° Rétrécissement avec altération de structure du canal.
- 2° Rétrécissement avec altération de structure et spasme.
- 3° Rétrécissement spasmodique.
- 4° Rétrécissement avec végétations.
- 5° Rétrécissement causé par une tumeur siégeant en dehors du canal.

Éliminons de suite la cinquième classe ; les auteurs la rejettent, notre définition l'exclut. En admettant la quatrième, Hunter a fait un sacrifice peu raisonnable à la vieille doctrine de la carnosité.

En effet, les végétations existant en dehors de toute coarctation sont très-rares et doivent être étudiées à l'article des polypes de l'urèthre. Celles qu'on trouve en arrière de quelques rétrécissements organiques serrés sont presque toujours secondaires et ne jouent qu'un rôle minime dans le syndrome du rétrécissement.

Restent les trois premières formes. Celles-ci sont généralement acceptées par les auteurs, avec quelques variantes toutefois.

Ainsi A. Cooper distingue : 1° les rétrécissements permanents, 2° les rétrécissements spasmodiques, 3° les rétrécissements inflammatoires ; Nélaton : les rétrécissements organiques, spasmodiques, inflammatoires.

Pour Hunter, le spasme vient le plus souvent compliquer un rétrécissement organique, mais il peut exister seul et donner lieu par lui-même aux symptômes de la coarctation. Brodie regarde le rétrécissement spasmodique comme très-rare. Voillemier ne nie pas le spasme des muscles de l'urèthre, mais pour lui c'est une simple complication d'un rétrécissement organique ou d'une phlegmasie de la muqueuse qui ne mérite pas une place à part dans la classi-

fication des rétrécissements. Telle est encore l'opinion de Thompson : « En fait, dit-il, la croyance au spasme n'est qu'un baume flatteur sur l'âme du médecin... Quant à moi, je pense que le spasme n'existe pas ou du moins qu'il n'apparaît que très-rarement ; en tout cas, qu'il ne suffit jamais à rendre impossible le passage de la sonde. Le spasme peut à la rigueur empêcher l'urine de sortir, je ne sache pas qu'il ait jamais empêché un instrument d'entrer. La plupart du temps la faute est à la main non au spasme. »

Nous croyons inutile pour le moment d'en dire plus long sur ce sujet, l'étude du spasme ayant été faite dans un chapitre précédent ; d'ailleurs nous aurons à y revenir en divers endroits de celui-ci.

Pour A. Cooper et Nélaton, la dénomination de rétrécissement inflammatoire s'applique au cas dans lequel de grandes difficultés ou même l'impossibilité absolue d'uriner surviennent durant le cours d'une blennorrhagie aiguë. Dans ces circonstances, disent-ils, la tuméfaction de la muqueuse diminue le calibre du canal, qui a perdu en même temps une grande partie de son élasticité par suite de la congestion du tissu sous-muqueux.

Voillemier, sans nier les modifications anatomiques qui les accompagnent, ne fait pas rentrer ces accidents dans la classe des rétrécissements : « Personne, dit-il, n'a jamais songé à qualifier l'œdème de la glotte du nom de rétrécissement du larynx. »

Pour John Erichsen, en cela d'accord avec Spence, le spasme qui accompagne la congestion inflammatoire jouerait un rôle prépondérant dans la production des dysuries gonorrhéiques.

D'après Henry Thompson, le rétrécissement inflammatoire est un rapetissement temporaire du canal qui dure aussi longtemps que l'inflammation. Du reste, il n'existe que lorsque celle-ci siége au niveau de la région prostatique et est surtout produit par la tuméfaction de la

prostate. Dans ces cas, dit-il, on ne doit pas dire que l'urètre est rétréci, de la même manière qu'on ne dit pas que l'arrière-gorge est rétrécie quand les amygdales ou les piliers sont enflammés. Avant d'en finir, ajoutons que l'état d'endolorissement de la prostate enflammée est pour beaucoup dans la production des troubles urinaires dans la blennorrhagie aiguë. Alors, en effet, les fibres de la vessie ne peuvent se contracter qu'au prix de tiraillements douloureux de la glande; elles sont à chaque instant arrêtées par la douleur et en somme poussent faiblement l'urine qui trouverait, si la contraction était normale, un espace suffisant pour passer, réserve faite, bien entendu, du spasme souvent énergique qui survient en pareille occurrence. De ces considérations, il résulte que l'étude du rétrécissement inflammatoire sera mieux à sa place dans le chapitre consacré aux rétentions d'urine.

Après ces éliminations successives, il ne nous reste plus à mentionner que les rétrécissements avec altérations de l'urètre de Hunter, dits encore organiques par Nélaton, permanents par A. Cooper. En n'admettant que ces derniers comme coarctations proprement dites, nous sommes d'accord avec Cruveilhier (1) pour qui il n'existe qu'une seule espèce de rétrécissement caractérisée par la transformation fibreuse des parois du canal, transformation qui occupe tantôt la muqueuse, tantôt les tissus placés au-dessous d'elle; avec Voillemier, pour qui « les rétrécissements sont constitués par une altération des tissus normaux ou par la production d'un tissu nouveau qui, en privant les parois de l'urètre de leur souplesse, et cela d'une manière permanente, les empêche de céder à l'impulsion de l'urine pendant la miction. » Ces formes de rétrécissement sont les seules que nous étudierons dans ce chapitre.

(1) *Annales de la Chirurgie*, 1842, page 130.

§ 1. — ÉTIOLOGIE.

Tous les rétrécissements, à part quelques coarctations congénitales, reconnaissent pour cause l'inflammation ou divers traumatismes ayant intéressé la continuité de la paroi de l'urètre.

John Hunter est peut-être le seul auteur qui ait nié l'influence de l'urétrite sur la production des rétrécissements. En revanche, A. Cooper affirme que quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, ils proviennent de la gonorrhée ou de quelques excès chez un malade atteint de cette affection. A peu près tous les chirurgiens sont du même avis; ils insistent surtout sur l'action décisive de la blennorrhagie chronique (Benjamin Brodie, Liston, Ducamp, Civiale, Nélaton, Érichsen).

En fait voici ce qu'on observe le plus souvent. Un homme, a contracté une ou plusieurs urétrites; l'une d'elles est passée à l'état chronique et s'est éternisée en quelque sorte donnant lieu à un écoulement très léger souvent méconnu, par les malades qui n'y apportent pas quelque attention, susceptible d'augmenter sous l'influence des écarts de régime. Puis peu à peu surviennent les signes du rétrécissement; le plus souvent, c'est plusieurs années après la période aiguë de la chaude-pisse, et rien n'est plus vrai que la vieille maxime: la chaude-pisse est une faute de jeunesse dont on fait la pénitence dans l'âge mur. Il semble donc y avoir un rapport intime entre la goutte militaire et le rétrécissement, celui-ci étant l'effet de celle-là.

Toutefois, si on va au fond des choses, la question se complique quelque peu. Pourquoi le rétrécissement au lieu d'être le fait de l'action brute, sourde de l'urétrite chronique ne serait-il pas la conséquence d'un épanchement de lymphes plastique, pendant la période aiguë? Cet épanchement aurait pu survivre en partie à