

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

l'inflammation éteinte et produire, en s'organisant lentement, la rétraction des tissus sous muqueux. La muqueuse perdant ainsi tous les jours davantage de son élasticité, violentée à chaque instant par les efforts de miction, finirait par s'enflammer : d'où la reproduction d'un écoulement blennorrhéique consécutif au rétrécissement. Cette dernière manière de voir nous paraît vraie dans les cas ou après une inflammation violente, qui s'est résolue d'une façon complète et rapide, avec suppression absolue de l'écoulement, celui-ci réapparaît au bout de plusieurs mois, de plusieurs années, sans état aigu ou autres circonstances qui puissent faire songer à une réinoculation blennorrhagique. Quant à l'influence des coarctations sur la production et surtout sur le maintien de la phlegmasie, elle n'est pas plus contestable pour l'urèthre que pour le rectum, les voies lacrymales et tous les autres canaux excréteurs. Le professeur Rollet, de Lyon, a très bien démontré que mainte goutte militaire était sous la dépendance d'un rétrécissement léger, insuffisant pour provoquer des troubles dans la miction et ne pouvait être guéri que par la calibration de l'urèthre, au moyen de sondes d'un certain volume (n° 8 à 12).

De tout ce qui précède, il nous semble permis de conclure que : 1° Les rétrécissements sont ordinairement consécutifs aux écoulements chroniques, l'inflammation indurant peu à peu les tissus sous muqueux et faisant perdre à la paroi son élasticité ; 2° Ils sont parfois aussi, la conséquence de l'organisation lente d'un épanchement sous muqueux de lymphe plastique, produit pendant la période aiguë et ayant survécu en totalité ou en partie à l'inflammation et à l'écoulement rapidement éteints. Comme conséquences pratiques immédiates, nous déduirons de ces faits que le praticien doit surveiller la période de déclin des uréthrites et ne croire sa tâche terminée, même lorsque l'écoulement est complètement tari, que lorsqu'il n'existe plus le moindre engorgement, le plus petit module induré dans la région classique des rétrécissements, c'est-à-dire au niveau du bulbe.

Bien de chirurgiens ont incriminé aussi les injections uréthrales ; quelques-uns sont même allés jusqu'à les proscrire d'une manière absolue. Gosselin est de ce nombre et rejette, non seulement les solutions de nitrate d'argent, mais encore celles de sulfate de zinc et de sulfate de fer. Ici le savant professeur nous paraît aller un peu trop loin. En fait, il est une certaine période de l'uréthrite ou une injection faite à point, et avec les doses qu'a enseignées l'expérience, peut suspendre promptement et d'une manière définitive un écoulement, qui, sans elle, aurait peut-être longtemps duré ! L'injection prévient donc bien de gouttes militaires, et sans doute aussi, les rétrécissements qui en auraient été la conséquence. Il est bien entendu que l'injection sera légère et incapable de provoquer une violente inflammation ou même une caustication suffisante pour qu'il puisse en résulter une eschare superficielle de la muqueuse. Dans ce cas, et dans ce seul cas, l'injection est nuisible. En effet, cette eschare légère ou mieux l'exulcération qui en sera la conséquence donnera fatalement lieu à une bandelette cicatricielle, très mince, il est vrai ; mais toujours suffisante pour raccourcir la paroi de l'urèthre et en diminuer l'élasticité. Mais ces accidents, disons-le bien vite, ne sont guère à craindre avec la plupart des injections classiques, même avec celles de Debeney, d'Auspitz, contenant jusqu'à 75 centigrammes de nitrate d'argent par 30 grammes d'eau. Ils ne le sont plus avec les solutions de tannin, de sulfate de zinc, de sulfate de fer ; en sorte qu'entre un danger très problématique créé par l'injection et un danger très réel créé par la persistance d'un écoulement chronique, que l'injection peut rapidement tarir, un chirurgien judicieux aura vite pris parti pour l'injection. C'est ce qu'ont fait la plupart des spécialistes ; et ce qu'il conseille tous les jours à ses nombreux malades, Diday n'a pas craint de l'employer sur lui-même. Il affirme dans sa *Thérapeutique des maladies vénériennes* (page 42) qu'il s'est fait à lui-même durant sa jeunesse plus de trois cents injections (dont

une vingtaine au nitrate d'argent, sur lesquelles quatre ou cinq au trentième) et qu'il est arrivé à soixante-trois ans sans le moindre rétrécissement.

Ce que Gosselin reproche aux injections serait bien mieux applicable à la cautérisation directe par la pierre infernale, telle que la pratiquaient Lallemand, Ducamp et avant eux, les anciens (Ferri, Lacuna, Amatus Lusitanus).

On comprend que ces derniers procédés soient fatalement suivis d'une eschare et d'une bride cicatricielle toujours suffisante pour faire perdre à l'urèthre son élasticité et souvent une partie de son calibre. C'est peut-être un des motifs pour lequel l'illustre Lallemand à la fin de sa carrière professorale, avait renoncé à la cautérisation et se servait presque exclusivement de la dilatation *subite* dont nous parlerons plus loin.

Ces derniers rétrécissements établissent une transition entre les rétrécissements simplement inflammatoires et ceux qui reconnaissent pour cause une solution de continuité traumatique de la paroi. Les coarctations de cette espèce sont consécutives à des chutes sur le périnée, à des contusions, des plaies contuses, etc. La paroi de l'urèthre peut se rompre sans qu'il existe aucune plaie extérieure ; la réparation ne pourra se faire que par une cicatrice plus ou moins épaisse, très rétractile qui rétrécira progressivement la lumière du canal. Nous n'insisterons pas sur les traumatismes de l'urèthre déjà étudiés dans un chapitre précédent.

Citons encore les traumatismes intra-uréthraux de Bardeleben, autrement dit les fausses routes consécutives à des cathétérismes. Ils sont la cause de certains rétrécissements particuliers à la région prostatique, chez les vieillards que l'on sonde depuis longtemps pour une hypertrophie de cette glande. Nous y reviendrons au paragraphe consacré à l'anatomie pathologique.

§ 2. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

Les lésions anatomiques qui constituent le rétrécissement sont nombreuses et variées ; néanmoins un examen attentif permet de les rapporter à deux grandes formes, présentant chacune une intime connexité avec la cause qui les produit, de sorte qu'il est possible par l'examen *post mortem*, de remonter à l'étiologie ; et réciproquement, celle-ci connue, de conclure à la forme anatomique qui en a été la conséquence. Ce sont là des notions qu'il est de toute nécessité de posséder pour entreprendre d'une manière rationnelle et méthodique le traitement chirurgical d'un rétrécissement.

On conçoit à *priori* que s'il n'y a pas de solution de continuité de la muqueuse, celle-ci ne présentera au niveau du point rétréci que les lésions de l'inflammation chronique, c'est-à-dire la production d'une néoplasie d'organisation lente qui, pour être complète, exigera un temps considérable, souvent plusieurs années, et portera de préférence sur le substratum connectif de la muqueuse. Par conséquent la surface de celle-ci pourra être normale ou présenter des modifications si légères qu'il sera nécessaire de recourir à l'examen microscopique pour les découvrir.

Si, au contraire, il a existé une solution de continuité traumatique ou autre de toute l'épaisseur de la paroi uréthrale, celle-ci ne pourra être réparée que par une production cicatricielle. La muqueuse sera dès lors remplacée par du tissu inodulaire présentant une structure absolument différente de la sienne. Celui-ci acquerra de bonne heure toutes les propriétés du tissu fibreux, c'est-à-dire une rétractilité précoce et continuellement progressive. Les symptômes du rétrécissement seront donc d'apparition plus rapide, et, au point de vue du traitement, on ne pourra pas espérer d'obtenir la régression du nouveau tissu. Ce produit est en effet complètement constitué dès le début, avec