

même temps une atrophie des corps caverneux de la verge et du corps spongieux de l'urètre.

Les conséquences qui résultent de l'atrophie de la prostate sont variables; on observe quelquefois des symptômes analogues à ceux qui appartiennent aux névralgies du col de la vessie ou de l'urètre; ou bien encore un écoulement peu abondant par le canal. Civiale a noté chez certains sujets l'affaiblissement ou la perte complète des facultés viriles; il n'a jamais observé l'incontinence d'urine signalée par quelques pathologistes.

Le diagnostic d'une pareille altération est difficile. On peut néanmoins constater par le toucher rectal une diminution dans le volume de la glande, et reconnaître que le bec d'une sonde introduite dans la portion prostatique de l'urètre n'est séparé du doigt que par une faible épaisseur de parties molles. Civiale signale encore cet autre fait: dès que la sonde a franchi la courbure de l'urètre, elle paraît entrer subitement dans la vessie, sans qu'il soit nécessaire de relever son bec comme dans les cas d'hypertrophie prostatique.

L'art est tout à fait impuissant pour remédier à l'atrophie de la prostate. Le chirurgien doit se contenter de combattre les accidents qui peuvent survenir, tels que la dysurie, le catarrhe vésical, les troubles dans les fonctions de la génération.

III. KYSTES DE LA PROSTATE.

Les kystes de la prostate sont très-rare. Morgagni a vu, dans la partie antérieure de l'organe, une cavité de la grosseur d'un grain de raisin qui ne contenait aucun liquide. Lowel a rapporté un exemple de kyste hydatique de la prostate plus gros que la tête d'un fœtus à terme.

IV. CANCER DE LA PROSTATE.

Le cancer de la prostate est très-rare; Cruveilhier et Rokitansky s'accordent sous ce point de vue. Il est donc probable que les faits cités par Baillie, Desault, Chopart, ne se rapportent pas tous à des cancers. Boyer lui-même est tombé dans l'exagération, en disant que l'engorgement squirrheux de la prostate est commun chez les vieillards; il est probable que ce chirurgien a confondu sous le nom d'*engorgement squirrheux* la forme dure de l'hypertrophie prostatique. Il existe néanmoins des observations incontestables de cancer de la prostate, de diverses formes, encéphaloïde, squirrheux, colloïde, mélanique et fibro-plastique. Des faits de ce genre ont été rapportés par Civiale, Mercier, Strafford, etc. Le cancer peut prendre son origine dans la prostate, ce qui est extrêmement rare, ou bien il résulte de l'extension d'un cancer de la vessie ou du rectum.

SECTION XLI.

MALADIES DU CANAL DE L'URÈTRE.

CHAPITRE I.

VICES DE CONFORMATION DE L'URÈTRE.

1° Certains enfants viennent au monde avec une *imperforation du gland*. Le méat urinaire est fermé par une membrane qui s'oppose à l'issue de l'urine. On ne reconnaît pas toujours de prime abord ce vice de conformation, parce que le prépuce est généralement très-long chez le nouveau-né et cache l'orifice externe de l'urètre. L'enfant se livre à des efforts pour expulser l'urine et jette des cris; les langes ne sont pas souillés par l'urine; bientôt le canal de l'urètre est distendu par le liquide et il se forme au-dessous du gland une tumeur molle, demi-transparente, fluctuante, résultant de l'accumulation de l'urine derrière le méat imperforé. Pour faire cesser ces accidents, il suffit de diviser la membrane obturatrice avec un petit trocart.

Quelquefois le méat urinaire est lui-même *étroit*; c'est un vice de conformation qu'on rencontre chez un grand nombre de sujets de tout âge, parce qu'il n'attire l'attention que lorsque par le fait d'une affection propre aux parties profondes du canal ou à la vessie, le chirurgien est dans la nécessité d'introduire des instruments d'un certain volume. On remédie à cette étroitesse par une incision pratiquée sur l'angle inférieur du méat, du côté du frein, soit au moyen d'un bistouri boutonné, soit au moyen d'un lithotome caché du frère Côme réduit à de très-petites dimensions. S'il y avait une hémorragie consécutive, on maintiendrait une grosse sonde dans l'ouverture pendant le temps nécessaire à la cessation de tout écoulement sanguin. Pour prévenir l'agglutination des lèvres de la plaie, on les écarte à plusieurs reprises le lendemain avec une bougie introduite dans le canal, ou bien encore on les touche avec un crayon de nitrate d'argent. Tous ces artifices sont parfois insuffisants, parce qu'ils ne s'opposent pas à la cicatrisation des surfaces cruentes. J'ai appliqué aux rétrécissements du méat urinaire le procédé que Werneck a mis en usage dans les rétrécissements de l'orifice buccal, c'est-à-dire qu'après avoir agrandi l'ouverture par une incision d'étendue convenable, j'affronte, de chaque côté, la muqueuse urétrale avec la peau; de cette façon, les bords de la plaie se cicatrisent isolément et le rétrécissement ne se reproduit plus.

2° Le canal de l'urètre, au lieu de s'ouvrir au niveau du méat urinaire, se termine sur la face inférieure de la verge, à une certaine distance du

gland. Ce vice de conformation est connu sous le nom d'HYOSPADIAS. Il présente les variétés suivantes : (a) l'orifice de l'urètre est ouvert au niveau de la base du gland ; tantôt il existe une fente dans toute l'étendue de la face inférieure du gland ; tantôt ce dernier est imperforé. (b) L'orifice urétral s'ouvre entre le gland et la racine des bourses. (c) Le scrotum est fendu d'avant en arrière et l'urètre ouvert entre les deux lèvres de la division. C'est dans le premier cas seulement que l'on peut tenter une opération propre à rétablir la partie antérieure du canal : Un stylet ayant été introduit dans l'urètre par l'orifice anormal et dirigé vers le gland, un petit trocart est enfoncé sur le sommet de ce dernier organe dans la direction du canal jusqu'au point de rencontre du stylet. Une sonde en gomme est ensuite substituée à l'instrument perforateur pour maintenir le nouveau canal ; après quoi on obture l'ouverture anormale par l'un des procédés que nous ferons connaître à l'histoire des fistules urinaires uréthro-péniennes.

3° La paroi supérieure de l'urètre peut faire défaut, en même temps que les corps caverneux de la verge sont écartés ; ce vice de conformation, appelé ÉPISPADIAS, est caractérisé par l'existence d'une gouttière muqueuse sur le dos de la verge et formée par le canal de l'urètre resté incomplet. Tantôt l'ouverture qui occupe la face dorsale de la verge est limitée, d'autres fois la gouttière creusée entre les corps caverneux s'étend jusqu'au pubis et même jusqu'au col de la vessie. Dans le premier cas, on pourrait rétablir le canal de l'urètre par un procédé autoplastique analogue à celui des fistules uréthro-péniennes ; dans le second, on pourrait, à l'instar de Nélaton, recouvrir la gouttière urétrale au moyen d'un double lambeau emprunté d'une part à la région pubienne, de l'autre au scrotum, suivant la méthode des doubles lambeaux due à Roux de Brignoles (voy. *Exstrophie de la vessie*).

CHAPITRE II.

BLESSURES DE L'URÈTRE.

Elles se divisent en deux groupes, suivant qu'elles sont faites de dehors en dedans, ou de dedans en dehors.

1° **Plaies de dehors en dedans.** Elles présentent toujours deux ouvertures : l'une d'elles correspond à la cavité de l'urètre, l'autre à l'un des points de la face inférieure de la verge, du scrotum ou du périnée ; il est même possible que l'ouverture inférieure soit au niveau de l'extrémité inférieure du rectum. Parmi ces solutions de continuité, il en est d'*accidentelles*, et alors elles sont occasionnées par des instruments vulnérants de divers genres ; d'autres sont faites à *dessein* dans les opérations qui se pratiquent sur l'urètre ou le col de la vessie, ainsi dans l'opération de la bouctonnière, dans la taille périnéale, etc.

Ces plaies sont en général faciles à reconnaître, en raison de leur situa-

tion, de l'écoulement de l'urine à travers leur ouverture inférieure pendant la miction. Celles qui sont étroites et sinueuses peuvent embarrasser le chirurgien ; pour distinguer les plaies *pénétrantes* de celles qui ne le sont pas, on introduit une sonde métallique dans l'urètre, et un stylet dans le trajet de la plaie extérieure, afin de déterminer si les deux instruments se rencontrent. On peut également faire uriner les malades en comprimant la partie antérieure du canal, dans le but de s'assurer si la plaie extérieure donne passage à quelques gouttes d'urine.

Abandonnées à leur marche naturelle, quelques-unes de ces plaies se cicatrisent sans accidents ; d'autres sont accompagnées d'hémorragies plus ou moins graves suivies d'infiltrations d'urine. Tantôt le calibre du canal est conservé après la guérison, tantôt l'urètre reste rétréci. Le premier mode de terminaison s'observe surtout dans les plaies longitudinales ; le second dans les plaies transversales. On sait combien les rétrécissements sont rares après la taille urétrale (p. 836). Reybard a expérimenté sur des chiens, qu'en faisant à l'urètre de l'animal une plaie *longitudinale* au moyen d'un urétrotome, la solution de continuité guérit sans rétrécissement, et qu'en donnant au contraire à la plaie une direction *transversale*, on n'évite pas la formation d'une coarctation. Dans d'autres cas, la solution de continuité persiste et se convertit en *fistule urinaire*.

Les plaies accompagnées d'une perte de substance des parois du canal exposent surtout aux rétrécissements consécutifs ou à la formation d'une fistule urinaire. Dupuytren a cependant relaté l'observation d'une plaie par arme à feu avec une perte de substance des parois du canal, depuis l'anus jusqu'à la racine des bourses, et qui a été guérie par l'usage de la sonde à demeure.

Les indications à remplir sont : 1° de combattre les accidents, hémorragie de l'urètre, infiltration d'urine ; 2° de prévenir un rétrécissement consécutif du canal. On placera une sonde à demeure dans l'urètre ; au bout de quelques jours, on l'enlève et on pratique le cathétérisme toutes les fois que le malade éprouve le besoin d'uriner.

2° **Plaies de dedans en dehors.** Elles sont le plus souvent la conséquence d'un cathétérisme mal fait ou d'un cathétérisme difficile, en cas de rétrécissement de l'urètre. L'instrument dévié de la direction normale du canal en perfore les parois dans une étendue plus ou moins considérable. Cet accident est désigné sous le nom de FAUSSE ROUTE.

Les fausses routes ont leur siège sur tous les points de l'urètre ; on les rencontre le plus communément au-dessous de la symphyse, dans le point où le canal change de direction, ou bien encore au niveau du col de la vessie, chez les sujets atteints d'hypertrophie de la prostate. L'ouverture urétrale de la fausse route occupe tantôt la paroi inférieure, tantôt la paroi supérieure du canal, quelquefois l'une des parois latérales. En général, il n'existe qu'une seule fausse route, quelquefois on en trouve deux, ou bien le canal nouveau et unique se compose de plusieurs embranchements. Sous le point de vue de la forme, il en est de *complètes* ou d'*incomplètes* : les premières s'étendent de l'urètre dans une cavité voisine, la vessie, le