

ARTICLE III.

Rétrécissements de l'urètre.

On appelle *rétrécissements de l'urètre* toute diminution dans le calibre de ce canal.

Avant d'aborder l'histoire de ces affections, il ne sera pas sans intérêt de rappeler quelques notions anatomiques relatives à la longueur et au calibre de l'urètre dans l'état normal. La connaissance de ces faits est de la plus haute importance pour le diagnostic et la thérapeutique.

Longueur de l'urètre. Il existe, sous ce rapport, une grande divergence d'opinions entre les chirurgiens, ainsi qu'on peut en juger par les évaluations suivantes : 16 à 19 centimètres (Amussat) ; 18 à 20 centimètres (Whately) ; 21 à 29 centimètres (Lisfranc, H. Cloquet, Sabatier). Malgaigne a trouvé sur le cadavre, dans l'état de flaccidité de la verge, une longueur moyenne de 12 à 14 centimètres et demi ; Sappey, une longueur moyenne de 16 centimètres. Leroy d'Etiolles a fait remarquer que les mesures sur le cadavre sont plus faibles que sur le vivant, à cause de l'affaissement des tissus après la mort ; en calculant la longueur de l'urètre, au moyen d'une sonde introduite dans le canal et à l'aide de laquelle on observe le moment où l'instrument donne passage à l'urine, en tenant compte de toute la portion introduite dans l'urètre, on arrive à cette conséquence que la longueur moyenne de l'urètre est de 22 centimètres. Reybard admet aussi que l'urètre est plus long sur le vivant.

Si on ne s'entend pas sur la longueur totale de l'urètre, on présume qu'il en doit être de même pour la longueur comparative des diverses portions du canal. Ainsi pour :

Portion spongieuse...	15 centimètres.	(Sappey.)
—	15 à 14 ^e 1/2	(Leroy.)
—	13 à 14 ^e 1/2	(Reybard.)
Portion membraneuse.	10 à 15 millimètres.	(Sappey.)
—	5 à 8 —	(Malgaigne.)
—	27 —	(Leroy.)
—	20 —	(Blandin.)
Portion prostatique...	15 à 20 millimètres.	(Sappey.)
—	12 à 20 —	(Malgaigne.)
—	27 à 33 —	(Leroy.)

Calibre de l'urètre. Il n'est pas le même, suivant que l'urètre est vide, que le canal est traversé par l'urine, ou enfin par un corps étranger qui le soumet à une distension plus ou moins prononcée. Dans le premier cas, l'urètre n'a pas la forme d'un canal ; les parois se touchent. Pour obtenir le diamètre dans le second cas, il faut injecter sans efforts une matière solidifiable dans l'urètre. En procédant de la sorte Leroy, Reybard, Malgaigne, Sappey, sont arrivés à des résultats concordants ; ils ont trouvé que les points les plus étroits sont : le méat urinaire et le commencement

de la partie membraneuse ; les points les plus larges, le bulbe et le centre de la portion prostatique. Reybard admet, sur le vivant, une moyenne de 9 millimètres et demi pour le diamètre de l'urètre, la portion la plus étroite répondant à 7 millimètres et la plus large à 12 millimètres. Si, au lieu de soumettre le canal à une distension modérée, on y introduit des instruments dilatateurs, on peut, d'après le même chirurgien, arriver à donner au *méat urinaire* un diamètre deux fois plus considérable ; à la *région péniennne* de l'urètre un diamètre qui va jusqu'à 13 millimètres un tiers, et aux régions bulbeuse et prostatique un diamètre qui dépasse 18 millimètres et demi.

Classification des rétrécissements. Il existe trois espèces de rétrécissements, d'après la nature de l'obstacle : les rétrécissements *inflammatoires* dus à une tuméfaction de nature phlegmasique de la muqueuse urétrale, les rétrécissements *spasmodiques* occasionnés par une contraction passagère des parois du canal, et les rétrécissements *organiques* résultant d'une altération permanente de ces mêmes parois.

1^o Les rétrécissements *inflammatoires* se montrent dans le cours des urétrites aiguës ; le boursoufflement de la muqueuse peut être porté au point d'oblitérer complètement la lumière de l'urètre et de déterminer une rétention complète d'urine. En général ces accidents se dissipent par un traitement antiphlogistique énergique (voy. *Blennorrhagie*).

2^o Les rétrécissements *spasmodiques* sont admis par les uns, tels que J. Hunter, E. Home, Bauer, Lallemand, Bégin, Civiale ; rejetés par d'autres, tels que Mercier, Ollivier, etc.

Avant de déterminer de quel côté se trouve la vérité, il faut décrire les phénomènes qui appartiennent à ce genre de rétrécissement.

On les rencontre principalement chez les sujets nerveux, irritables, adonnés à la masturbation ou aux excès vénériens. Tantôt l'excrétion de l'urine se fait goutte à goutte, tantôt le jet du liquide est fort et volumineux. Il arrive souvent que le cours de l'urine est brusquement interrompu, à l'occasion d'une émotion morale, de l'impression du froid. Le cathétérisme se fait avec la plus grande facilité dans certains cas ; dans d'autres moments, l'instrument introduit dans l'urètre est arrêté dans sa marche par un obstacle qu'il est impossible de vaincre, jusqu'à ce qu'il s'opère une sorte de détente qui permette à la sonde ou à la bougie d'avancer. Lallemand a noté chez quelques malades, des contractions des muscles du périnée sensibles aux doigts placés au-devant de l'anus. A-t-on l'occasion d'examiner l'urètre des sujets qui ont présente les symptômes précédents, on n'y découvre aucune altération.

Les obstacles au cathétérisme dont nous venons de parler se rencontrent le plus souvent dans la portion musculieuse de l'urètre, quelquefois dans la portion spongieuse. Hunter s'en rendait compte, en admettant l'existence d'une couche de fibres musculaires dans toute l'étendue de l'urètre et par la contraction de ces mêmes fibres. Pour ce qui est de la portion membraneuse, la présence de ces fibres ne saurait être révoquée en doute et l'on comprend difficilement comment Mercier a prétendu, à l'in-

star de Shaw, que les parois de cette portion sont formées d'un tissu analogue à celui de la portion spongieuse, c'est-à-dire d'un réseau vasculaire. Dans la portion spongieuse, la membrane interne, celle qui double la muqueuse, est considérée comme musculaire par Home, Bauer, Wilson, Guthrie; comme fibreuse par Shaw, Berclay, Moreschi, Panniza. Chez le cheval, cette membrane est de nature musculaire et l'urètre contractile; chez l'homme, Deville et Jacquemet ont démontré la présence de fibres circulaires formant des séries d'anneaux qui semblent s'insérer à la gouttière inférieure des corps caverneux.

Parmi les adversaires des rétrécissements spasmodiques de l'urètre, on compte surtout Mercier. Les arguments invoqués par ce chirurgien sont les suivants: 1° l'existence de prétendues fibres musculaires dans les parois de l'urètre n'est pas démontrée; 2° les obstacles que l'on rencontre en pratiquant le cathétérisme chez certains sujets, et que l'on attribue aux rétrécissements spasmodiques, sont dus à une mauvaise direction imprimée à l'instrument, à un soulèvement de la muqueuse par l'abord d'une plus grande quantité de sang dans le tissu spongieux de l'urètre, opinion également défendue par Leroy, ou bien encore à la présence dans l'urètre de fragments de calcul, de sable.

Nous croyons l'existence des rétrécissements spasmodiques de l'urètre incontestable et les adversaires mêmes de cette opinion nous en fournissent les preuves. Ainsi, Mercier lui-même admet dans la portion membraneuse de l'urètre la possibilité d'un *mouvement spasmodique* capable de ralentir la progression des sondes; il l'explique par la contraction des fibres des muscles releveurs de l'anus, qui, de la partie postérieure et inférieure de la symphyse, se portent en arrière sur les parties latérales de la portion membraneuse de l'urètre pour se continuer avec les fibres longitudinales du rectum. En se contractant, ces fibres entraînent la portion d'urètre qu'elles embrassent; elles exagèrent la courbure du canal plutôt qu'elles n'en diminuent le calibre. De même encore, quoique la portion prostatique de l'urètre ne puisse se contracter par elle-même, le même auteur admet que certaines portions des muscles releveurs de l'anus peuvent presser les deux lobes latéraux de la prostate, l'un contre l'autre, et concourir à retenir l'urine dans les violents besoins d'uriner. Leroy d'Etiolles explique les rétrécissements spasmodiques de la portion membraneuse de l'urètre, par la contraction du muscle sphincter anal, des transverses du périnée et du bulbo-caverneux qui exercent ainsi des tractions en sens opposé sur l'origine de la portion membraneuse de l'urètre à laquelle tous ces muscles s'insèrent.

On voit que la discussion porte plutôt sur l'interprétation du mode de production des rétrécissements *spasmodiques* que sur leur existence réelle; les uns plaçant leur point de départ dans les fibres musculaires de l'urètre, les autres dans les muscles qui entourent ce canal.

Quoi qu'il en soit, il convient de les combattre par l'administration de bains prolongés, de lavements opiacés; par l'immersion du gland dans l'eau froide, des sangsues au périnée, des vésicatoires aux lombes (Hun-

ter). Si la rétention d'urine se prolonge, on pratique le cathétérisme avec une sonde volumineuse.

RÉTRÉCISSEMENTS ORGANIQUES.

Anatomie pathologique. Les altérations que l'on rencontre dans l'urètre, au niveau de la coarctation, ne sont pas les mêmes dans tous les cas. On trouve: 1° des *brides* ou *valvules*, soulèvements en forme de croissant de la membrane muqueuse, dont les deux feuillets s'adossent par leur face externe. Ces valvules occupent rarement toute la circonférence du canal; c'est plus particulièrement du côté de la face inférieure qu'elles siègent. La direction en est transversale, oblique ou même longitudinale; le plus souvent il n'en existe qu'une seule; la consistance du repli est d'autant plus prononcée que l'affection est plus ancienne; 2° des *excroissances*, *carnosités*, *fungosités* ou *végétations*. Bien que l'existence d'une pareille altération soit révoquée en doute par Dionis et J.-L. Petit, on ne saurait en nier l'existence après le témoignage de Morgagni, Scemmering, Laennec, Ch. Bell, Amussat, Civiale, Mercier, etc. Ce sont de petites granulations plus ou moins consistantes. On les rencontre le plus communément dans la fosse naviculaire; 3° des *épaississements* ou des *cicatrices* plus ou moins profondes de la muqueuse, avec engorgement du tissu sous-muqueux, d'où la formation d'une substance inodulaire. Dans certains cas, le tissu spongieux de l'urètre a subi la transformation fibreuse. Lallemand a trouvé un rétrécissement formé par un tissu rougeâtre d'apparence cornée. Dans d'autres rétrécissements, Civiale a constaté que le tissu sous-muqueux n'est pas plus dense au niveau de la coarctation qu'en avant et en arrière; il y a accumulation de matière plutôt qu'accroissement de consistance.

Indépendamment des trois variétés qui viennent d'être indiquées: rétrécissements *valvulaires*, *végétants*, *fibreux* ou *calleux*, Leroy en admet encore de *fungueux* constitués par un boursoufflement valvulaire chronique de la muqueuse urétrale, ce qui ressemble beaucoup à des rétrécissements végétants; de *turgescents* ou *érectiles*, propres à la portion spongieuse de l'urètre et dépendant de l'abord plus considérable de sang dans le tissu caverneux; de *variqueux*, reconnaissant pour point de départ des varices de l'urètre; de *cartilagineux*, dus à une altération de la membrane fibreuse d'enveloppe des corps caverneux, et se présentant sous la forme d'anneaux qui entourent une portion de la circonférence de la verge.

On a trouvé des rétrécissements constitués par des parois racornies, rétractées, contracturées, et l'urètre réduit à un cordon ligamenteux dur, pourvu d'une lumière plus ou moins petite à son centre. Ch. Bell et J. Lizars en ont rapporté des exemples.

Keybard a émis sur la nature du tissu qui forme les rétrécissements une opinion beaucoup trop exclusive. D'après ce chirurgien, ce tissu est de nature *fibroïde* et existe avec des caractères tels à toutes les périodes de l'angustie. Il se forme de la même façon que le tissu inodulaire, c'est-à-dire qu'il s'organise aux dépens des produits plastiques déposés par l'inflammation dans l'épaisseur des couches de l'urètre et se substitue de toutes