CHAP. II.]

met à accomplir ses diverses fonctions ainsi que les rapports existant entre les divers organes, autant sont considérables les altérations qu'un trouble même léger des fonctions, répété fréquemment, peut en traîner sur d'autres organes. Il est vrai que la nature a un pouvoir étonnant pour se prêter aux circonstances; les ressources protectrices du corps humain sont souvent développées à un point extraordinaire et bien remarquable. Mais laissez ces conditions anormales durer longtemps, et le procédé qu'emploie la nature pour se défendre deviendra lui-même une source de danger. Ces remarques peuvent se tirer de l'histoire des lésions organiques de presque chaque organe, mais plus particulièrement de celle des rétrécissements et de leurs conséquences. [Nous donnons, d'après Howship, un exemple qui réunit un grand nombre de-lésions consécutives au rétrécissement, groupées sur un même sujet (fig. 11).]

Hypertrophie de la vessie. — Une des premières conséquences des rétrécissements permanents de l'urèthre, c'est l'hypertrophie de la vessie proportionnée au pouvoir qu'elle est obligée de surmonter pour vaincre le rétrécissement. Peut-être avant cette hypertrophie peut-on mentionner un léger degré de dilatation. Les efforts ordinaires de cet organe étant insuffisants pour accomplir la miction, une partie de la force nouvelle se porte sur les parois de la vessie pour la dilater. Mais bientôt le principe de compensation est mis en jeu, les fibres musculaires s'hypertrophient, les tuniques de la vessie s'épaississent, et les fibres prennent la forme de colonnes et de travées qui s'entrecroisent dans toutes les directions, présentant une apparence semblable à celle des muscles pectinés de l'auricule droit ou l'intérieur du ventricule gauche. Il est impossible de dire exactement jusqu'où le changement peut aller; les préparations de la vessie dans lesquelles ses tuniques mesurent de 1 à 2 centimètres et même 3 centimètres par places sont fréquentes (1). L'hypertrophie se fait surtout aux dépens des fibres musculaires, quoique le tissu aréolaire qui les réunit participe aux mêmes conditions; enfin il existe aussi un épaississement de la mugueuse quand une inflammation considérable de ce dernier tissu dure depuis longtemps.

Vessie à cellules. — Comme conséquence de la disposition fasciculée des fibres, on observe des intervalles de dimension variable entre ces faisceaux. Ces dépressions, qui sont quelquefois très-nombreuses, deviennent de plus en plus profondes, et la muqueuse, entraînée par la pression du liquide, forme peu à peu des poches quelquefois d'un volume considérable. Une de ces poches peut, après une dilatation de longue durée, former un véritable réservoir pour l'urine, ayant une capacité égale ou même supérieure à celle de la vessie elle-même. Je me rappelle avoir vu un cas dans lequel on porta remède à une rétention d'urine en ponctionnant la vessie par le rectum; il ne s'écoula qu'une petite quantité d'urine. Après la mort, qui survint peu d'heures après, on trouva une de ces poches encore pleine d'urine et

beaucoup plus grande que la vessie elle-même. Je montrai en 1854-55, à la « Pathological Society » deux cas de ma pratique. Dans l'un d'eux il existait un sac capable de contenir environ 70 à 80 grammes d'urine; quoique le patient n'eût que quarante-deux ans, il était atteint depuis plusieurs années d'un rétrécissement fort étroit, qu'il avait négligé. Dans un autre cas, chez un malade âgé de soixante-cinq ans, outre une large cellule, il n'y en avait pas moins de quatorze plus petites, variant du volune d'un pois à celui d'une bille (1). Généralement, le sac ainsi formé est beaucoup plus mince que la vessie, et formé d'une muqueuse sur laquelle sont distribuées irrégulièrement quelques fibres musculaires et aréolaires. On a vu quelque-fois la rupture de ces cellules suivie de mort rapide. Une préparation qui montre ce cas est maintenant au n° 21 du musée de Saint George's Hospital. Il n'est pas rare de trouver dans ces poches des dépôts de calculs, et c'est ainsi que se forment quelques-uns des calculs enchatonnés qui parfois échappent à l'exploration de la vessie avec la sonde.

Résultats de l'inflammation. — En même temps la muqueuse change de caractère; nous la trouvons, après la mort, épaissie, présentant une consistance veloutée ou pulpeuse. Sa coloration est augmentée, ou bien elle prend une couleur d'un rouge sombre et terne, au lieu de son brillant et de sa couleur jaunâtre naturelle. On remarque sur la surface libre des colonnes en saillie une belle coloration rouge, tandis que les côtés ne présentent pas une coloration aussi voyante. Dans d'autres cas on aperçoit quelques points de la muqueuse évidemment plus congestionnés que le reste. Par points la muqueuse peut être exulcérée ou ramollie à sa surface. Fréquemment on observe des dépôts de lymphe plastique, résultats de l'inflammation de la muqueuse; tantôt ils recouvrent toute sa surface, tantôt au contraire ils sont disséminés par places en îlots d'épaisseur variable (2). Après la mort, dans quelques cas très-graves d'infiltration urineuse, on trouve de larges plaques gangréneuses de la muqueuse, d'une coloration verdâtre ou noirâtre. Plus souvent dans les cas graves et anciens presque toute la muqueuse présente une coloration grisatre, signe d'inflammation chronique.

Fréquemment aussi une quantité assez considérable de mucus épais, tenace et de couleur foncée, adhère à la surface entière de la muqueuse; quelquefois il est mélangé de petits graviers (3).

Capacité de la vessie. — La capacité de cet organe peut être diminuée ou augmentée. [Nous représentons ici un cas de vessie dont les parois sont hypertrophiées, avec diminution considérable de la cavité (fig. 12)]. Il ne manque pas d'exemples de vessie contenant 20 ou au plus 30 grammes d'urine. Dans ces cas il existe pendant la vie une irritabilité considérable de cet organe. La sensibilité de la muqueuse est telle, que depuis longtemps l'urine est rejetée aussitôt après son entrée dans la vessie. Cet organe, n'étant jamais distendu par son contenu, finit par se contracter d'une manière permanente, tandis que les efforts spasmodiques qui déterminent de fréquents

<sup>(1)</sup> De telles préparations sont nombreuses presque dans tous les musées. Comme exemples de ces extrêmes, voyez les préparations suivantes: Saint Bartholomew's Hospital, série xxx, nº 41.—Saint Thomas, BB, nº 40.—Guy's Hospital, nº 2412 50.—Edinburgh Collège of Surgeons, nº 2021, xxxi, G. [Musée Civiale, pièces xx, LVII et LX.]

<sup>(1)</sup> Transactions of the Pathological Society, vol. VII, p. 248, et vol. VI, p. 246.

<sup>(2)</sup> Bartholomew's Hospital, série xxx, nº 12.

<sup>(3)</sup> Royal College of Surgeons, nº 2557. — Musée de Guy's Hospital, nº 2091 40.

PART. I.

besoins d'uriner, tendent à augmenter l'épaisseur des parois vésicales.

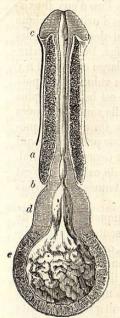


Fig. 12.—Hypertrophie de la vessie, et rétrécissement du canal de l'urèthre (\*).

Dans d'autres cas, le pouvoir de la vessie à conserver l'urine n'est pas diminué de telle sorte, que le liquide s'accumule dans cet organe et le distend au point de le dilater d'une façon permanente; la capacité augmente alors considérablement, et une portion seulement de son contenu s'échappe à chaque miction. Dans ce cas on peut aussi trouver de l'hypertrophie des parois vésicales. Ces dernières altérations ne sont pas cependant aussi fréquentes chez les malades atteints de rétrécissements que chez ceux qui ont une rétention d'urine causée par une hypertrophie de la prostate.

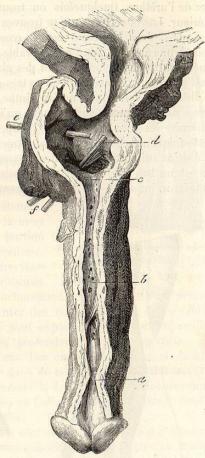
Effets sur les uretères et les reins. — La dilatation ne limite pas son action à la vessie. Les uretères subissent aussi cette influence au bout de peu de temps. Ces conduits, qui à l'état normal présentent le volume d'un fétu de paille environ, deviennent de plus en plus volumineux et sont bientôt transformés en réservoirs supplémentaires pour l'urine sécrétée par les reins. On peut les rencontrer de n'importe quel volume jusqu'à celui du pouce, et dans quelques cas très-rares on les a trouvés deux fois aussi larges et présentant des circonvolutions comme l'intestin. En même temps leurs parois augmentent quelquefois d'épaisseur, quoique ce ne soit pas toujours le cas. Le bassinet et les calices du rein peuvent être eux-

mêmes considérablement dilatés; peu à peu les papilles disparaissent, en même temps que les calices se dilatent sous l'influence de l'accumulation de l'urine, jusqu'à former un réservoir considérable. J'ai vu environ 600 grammes d'urine rendus par un seul bassinet : le cas est exceptionnel; mais il n'est pas rare d'en trouver contenant le tiers ou le quart de cette quantité. Dans un cas que j'ai présenté à la « Pathological Society » en 1853, le bassinet du rein droit, fortement distendu, mesurait 15 centimètres dans son plus grand diamètre et l'uretère correspondant au moins 5 centimètres (1). La pression exercée sur le rein porte bientôt sur la substance même de l'organe, qui s'atrophie et diminue tellement, qu'elle finit par disparaître entièrement et être remplacée par un sac membraneux (2) (fig. 13).

(1) Transactions of the Pathological Society, vol. V, p. 210.

(2) Quelques beaux spécimens de l'effet de la pression du liquide sur les reins se voient au Royal College of Surgeons, nº 1868. - King's College: une préparation décrite plus loin, sans son numéro, est très-belle. - Saint George's Hospital, R 5, cas très-remarquable. -Middlesex, préparation sans numéro, décrite plus loin. — Effets très-bien mis en lumière par les préparations d'Edinburgh College of Surgeons, XXXI F, nos 1992, 1975 et 1978. Un Dilatation de l'urèthre. - Un effet constant de cette même pression du

liquide, c'est la dilatation de toute la portion du canal de l'urèthre siégeant en arrière du rétrécissement. Elle est très-considérable quand le rétrécissement existe de longue date. Elle est très-variable dans son étendue et atteint une dimension telle, que souvent l'index et presque toujours le petit doigt peuvent pénétrer depuis la vessie jusqu'à l'endroit rétréci. Rarement cette dilatation est plus considérable. Le cas si connu et si souvent mentionné de Sir B. Brodie est le plus remarquable à cet égard. Parlant du malade, il disait que la partie postérieure de son canal était tellement dilatée, que, chaque fois qu'il urinait, on observait au périnée une tumeur du volume d'une petite orange, présentant une fluctuation bien évidente (1). La portion prostatique, comme je l'ai dit dans le chapitre relatif à l'anatomie de l'organe, est la portion la plus dilatable du canal, celle qui offre généralement le degré le plus considérable d'expansion; on observe quelquefois avec cette dilatation la disparition du verumontanum, probablement due à la continuité de la pression. Fig. 13.—Dilatation du canal de l'urèthre en Cette tendance à l'expansion atteint aussi toutes les ouvertures



arrière du rétrécissement (\*)

naturelles qui se rendent à l'urèthre, telles que les lacunes et quelquesunes des ouvertures glandulaires les plus volumineuses, les conduits éjaculateurs et prostatiques. Tous acquièrent fréquemment plusieurs fois leur volume habituel. Il en est plus particulièrement ainsi des lacunes situées au niveau ou dans les environs du rétrécissement. Il se forme

bon exemple de dilatation kystique du rein résultat de rétrécissement, avec le pénis, accompagnait ce livre à l'époque où il fut présenté pour le prix Jackson; il est maintenant déposé au Collége des chirurgiens, et appartient à l'un des cas exposés en détail dans les éditions précédentes.

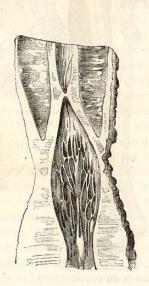
(1) Ouvr. cité, p. 8.

(\*) a, b, c, limites du rétrécissement. Il y a plutôt deux rétrécissements, dont le plus fort est près de la fosse naviculaire; d, c, f, bougies qui traversent des trajets fistuleux situés en arrière du rétrécissement, soit dans luverthre, soit dans la vessie. (José Pro, Anatomie pathologique des rétrécissements de l'urethre. Paris, 1856, relacales V. planche IV.

<sup>(\*)</sup> a et b, deux rétrécissements : le premier à la région spongieuse, le second derrière le bulbe ; c, fosse naviculaire élargie; d, dilatation des portions membraneuse et prostatique; e, vessie dont la cavité est considérablement rétrécie. (Cruveilhier, Anatomie pathologique, livr. xxxxx, planche I.)

CHAP. H.]

ainsi des cavités capables de retenir l'extrémité d'une bougie ou d'une sonde. Il faut remarquer qu'elles sont presque toutes situées sur le plancher de l'urèthre. Quelquefois on trouve des dépôts calcaires dans leur intérieur. Les ouvertures qui se trouvent de chaque côté du verumontanum sont aussi, dans beaucoup de cas, considérablement augmentées, faisant croire à une augmentation considérable de ce corps, tandis que les cloisons situées entre les orifices dilatés des glandes prostatiques présentent souvent l'apparence de bandes fibreuses très-étroites, s'entrecroïsant dans toutes les directions et formant un labyrinthe, une sorte de filet, bien fait pour arrêter un instrument, surtout après qu'il a franchi un rétrécissement étroit qui limite les mouvements que l'on peut lui imprimer. La dilatation qui existe fréquemment en arrière du rétrécissement est bien représentée dans les dessins suivants, tirés de deux exemples en ma possession. Un d'entre eux est un bon exemple de rétrécissement annulaire; l'autre représente d'une facon imparfaite un rétrécissement long et tortueux.



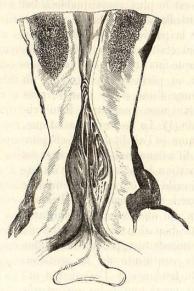


Fig. 14. - Rétrécissement de l'urèthre.

Fig. 45. - Rétrécissement de l'urèthre.

On rencontre aussi, dans quelques cas, une distension des conduits éjaculateurs et des vésicules séminales elles-mêmes. Ces dernières peuvent être altérées par l'inflammation (1). En avant du rétrécissement, l'urèthre, est plutôt plus étroit que d'habitude, mais ce n'est pas toujours le cas. Une pareille étroitesse résulte peut-être de l'absence de pression due au jet d'urine normal. Quand il existe plusieurs rétrécissements, on trouve quelquefois entre eux une dilatation peu considérable du canal.

(1) Guy's Hospital Museum, nos 2398, 2407 50

Ulcération de l'urèthre. — Tels sont quelques-uns des effets mécaniques de la pression du liquide agissant sur les diverses portions de l'appareil uri-

naire. Un autre résultat de cette pression, c'est l'ulcération qui débute par la muqueuse. Les tissus eux-mêmes se laissent entamer par l'agent destructeur qui les mine lentement. D'abord la muqueuse située en arrière du rétrécissement, point où elle adhère intimement aux tissus subjacents, violentée et irritée par la fréquence de la miction et le contact fréquent ou plutôt presque continuel de l'urine, devient le siège d'une inflammation chronique. La sécrétion naturelle augmentée s'écoule au dehors, mêlée d'un peu de pus. Souvent la muqueuse se dépouille de son revêtement épithélial, et nous trouvons après la mort que, tandis que la muqueuse de la portion rétrécie est blanche, opaque et épaissie, celle qui est située en arrière du rétrécissement est très-mince et injectée de vaisseaux

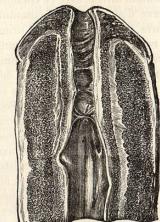


FIG. 16. — Rétrécissement affectant la partie antérieure de l'urèthre.

très-fins présentant une disposition arborescente. L'ulcération commence, et l'on peut difficilement se représenter des conditions plus défavorables à la guérison que celles auxquelles sont exposées ces portions nouvellement atteintes. Elle s'étend soit en profondeur, soit en superficie : on rencontre des exemples des deux cas. Des excavations larges et déchiquetées sont attribuées à cette cause dans de nombreuses préparations (1). Le processus ulcératif peut même amener la destruction du rétrécissement lui-même. On en trouve des exemples au College Museum (2). Sir B. Brodie dit qu'il a rencontré des cas semblables.

Abcès et fistules. — Ces deux lésions sont aussi des causes de l'infiltration d'urine. L'irritation causée par la petite quantité de liquide qui s'est échappée par un point de la muqueuse ulcérée dans le tissu sous-muqueux donne lieu à la production d'une petite quantité de pus qui se circonscrit par de la lymphe plastique. Peu à peu la collection purulente augmente, envahit les tissus environnants, et apparaît enfin au périnée. Laissée à elle-même, la collection envahit peu à peu les téguments, qui rougissent, jusqu'à ce qu'une ouverture spontanée se produise et que le pus soit évacué au dehors. Une quantité d'urine plus ou moins considérable sort par l'ouverture quand la miction s'accomplit, et établit ainsi une fistule urinaire qui s'ouvre chaque jour davantage, et peut devenir à la fin le canal principal pour l'excrétion de l'urine. Telle est fréquemment la marche d'une fistule périnéale. Cependant il n'en est point toujours ainsi. Un abcès peut se former au voisinage de

(2) Royal College of Surgeons, nos 2542 et 2543.

<sup>(1)</sup> Voyez les notes sur les préparations suivantes, Royal College of Surgeons, nos 2556 et 2557

l'urèthre sans que les parois du canal aient été préalablement lésées; comme cela arrive autour du rectum sans que l'on observe tout d'abord de communication directe avec ce conduit. Cet abcès ouvert par le chirurgien, on n'observe d'abord aucune communication avec l'urèthre. Deux ou trois jours après, quelques gouttes d'urine se présentent à l'ouverture périnéale, puis il en passe chaque jour davantage, si le rétrécissement n'est pas traité. S'il avait existé dès le début une communication entre l'urèthre et l'abcès, l'urine se serait écoulée au dehors tout de suite après l'ouverture de ce dernier. Un abcès qui n'a pas été ouvert au dehors s'ouvre quelquefois du côté de l'urèthre; l'urine s'écoule alors dans sa cavité et l'élargit considérablement. Plus tard, si cette cavité est ouverte ou s'ouvre spontanément à l'extérieur, il en résulte nécessairement une fistule. La route que suivent ces canaux anormaux est souvent fort contournée (1).

Le point de départ de ces fistules peut avoir lieu dans un point quelconque de l'urèthre; extérieurement elles peuvent s'ouvrir dans tous les points du scrotum et du périnée et même dans le rectum; elles constituent alors des fistules recto-uréthrales. On les voit passer à travers les muscles fessiers et s'ouvrir au niveau des fesses ou sortir à travers les muscles de la cuisse, on les voit même quelquefois traverser les parois abdominales. Il existe une préparation au n° 895 du musée de King's College, dans laquelle on voit une fistule urinaire traverser le foramen thyroïde. On voit encore un cas remarquable conservé dans le musée de Guy's Hospital, dans lequel une fistule urinaire ouverte à l'ombilic donnait écoulement à la presque totalité de l'urine; dans ce cas, les restes de l'ouraque s'étaient évidemment ouverts et dilatés par la pression de l'urine. La plus grande quantité de l'urine ou presque toute s'écoulait par les points que nous avons indiqués.

Ces fistules sont bientôt tapissées par une membrane muqueuse que nous n'avons pas l'intention de décrire ici; des dépôts de lymphe plastique se forment lentement, mais continuellement, dans le tissu cellulaire qui les entoure. Leurs orifices sont habituellement entourés de granulations exubérantes, et la peau des environs est rougie et épaissie par le contact de l'urine. Quand ces conditions ont persisté longtemps sans amélioration, l'infiltration des parties avoisinantes, par les produits de l'inflammation, amène souvent des déformations considérables; le prépuce est distendu par ces dépôts; le scrotum est transformé en une large masse irrégulière et informe de tissus indurés, dans laquelle le pénis est presque entièrement caché. On trouve des abcès dans toutes les régions voisines, dans les corps spongieux, au-dessous et autour de la portion membraneuse, autour de la prostate, et fréquemment dans l'intérieur même de cet organe, qui est infiltré de pus dans toute son étendue, quelquefois même entierement détruit. On en trouve dans le tissu cellulaire qui entoure la base de la vessie, dans les parois mêmes de cet organe, aussi bien que dans d'autres régions plus éloignées, en suivant le trajet des fistules que nous avons déjà décrit. Quelquesois le passage constant d'une urine altérée à travers ces conduits anormaux et compliqués favorise le dépôt de sels calcaires dans quelque point de leur parcours. Ce dépôt se forme surtout près de l'origine des trajets fistuleux, c'est-à-dire au voisinage de leur ouverture dans l'urèthre; il présente l'apparence et la consistance du mortier, et est enfermé dans les tissus qui enveloppent les trajets fistuleux. Les mêmes dépôts se remarquent dans l'intérieur de la prostate.

Infiltration d'urine. — Il n'est pas très-rare de voir une infiltration d'urine étendue et rapide succéder à une rupture de l'urèthre pendant une rétention d'urine; bien plus rarement le fait se présente à la suite d'une rupture de la vessie. L'urine infiltrée n'étant pas, comme dans les cas chroniques, entourée par les produits inflammatoires, on observe tous les symptômes d'une vive inflammation suraiguë, suivie d'un sphacèle étendu de la peau, du tissu cellulaire, du pénis, du scrotum et des parties voisines. Il est inutile de détailler ici les diverses formes que l'on observe le plus fréquemment en pareil cas; qu'il nous suffise de dire que souvent il existe une désorganisation très-étendue, qui peut gagner le pourtour de la vessie et du bassin dans la profondeur, aussi bien que les parois abdominales à la superficie. Les différences que l'on remarque dans les différents cas dépendent bien plus de l'étendue que de la nature des lésions. Il faut remarquer que la distension mécanique n'est que secondaire pour amener la rupture de l'urèthre ou de la vessie, et que la cause principale réside dans une ulcération ou une mortification des tissus en contact avec l'urine concentrée et altérée: ces états sont la conséquence de l'inflammation de mauvaise nature à laquelle a donné lieu la présence de matières irritantes.

Excroissances. — Les anciens anatomistes et chirurgiens attribuaient, dans leurs écrits, la présence des rétrécissements à un état pathologique tout différent de celui que les recherches anatomo-pathologiques ont fait reconnaître aux observateurs modernes. Ils supposaient que le cours de l'urine était interrompu par quelque excroissance de l'intérieur de l'urèthre analogue à celles que l'on rencontre dans d'autres canaux tapissés par une muqueuse; aussi appelaient-ils ces corps supposés, fongosités, carnosités, caroncules et excroissances, et les regardaient-ils comme la cause la plus fréquente de la rétention d'urine (1). Dans un petit nombre de cas, ces excroissances existent réellement, et je considère comme très-légitime de les faire rentrer dans la classe des rétrécissements organiques, position que leur origine et leur nature leur permettent d'occuper. Leur rareté, cependant, doit se déduire, non-seulement du petit nombre de préparations que l'on rencontre dans nos musées, mais encore de l'expérience des anatomistes modernes. Je citerai rapidement les observations de quelques auteurs auxquels on n'aura qu'à recourir pour plus de détails. Hunter dit qu'il n'en a vu que deux cas: un d'eux forme la 2577e préparation du musée du Royal College of Surgeons, et est désigné sous le nom de caroncule. Sir Charles

<sup>(4)</sup> Voyez les notes relatives à la préparation 2555 du Royal College of Surgeons; six à huit autres exemples sont mentionnés à la suite.

<sup>(1)</sup> On les a considérés ainsi jusqu'à la fin du XVII<sup>e</sup> siècle. Brunner, médecin de l'électeur palatin en 1690, et plus tard Dionis, croyaient les rétrécissements dus à une cicatrice suite d'ulcération, opinion qui a été généralement adoptée jusqu'à nos jours. (Dionis, Cours d'opérations, 2<sup>e</sup> édit. Paris, 1716, 3<sup>e</sup> démonstration).

CHAP. II.

Bell en a vu quelquesois et en a figuré dans la planche IV, fig. 1, de ses Engravings from Specimens of morbid Parts, etc.; il les appelle certains petits corps blancs analogues aux caroncules. Il y en a cinq de représentés dans cette planche, variant du volume d'un grain de riz à celui d'un petit pois; ils sont situés dans la portion bulbeuse. Dans la planche V, fig. 5, on voit de « petites excroissances verruqueuses » très-imparfaitement représentées par le peintre, au dire de l'auteur. Il existe deux ou trois rétrécissements dans la même préparation, et ces petits corps sont situés derrière le rétrécissement le plus éloigné du méat.

Arnaud, dans un ouvrage publié à Londres en 1769, décrit tout au long, dans sa 10° observation, un cas dans lequel il existait une excroissance polypeuse qui fit une saillie longue d'un centimètre et demie environ au méat urinaire (1). Cette production était rouge, fibreuse et molle; elle remplissait presque entièrement l'orifice de l'urèthre. Il en mentionne deux autres cas dans le même ouvrage. Morgagni, dans sa xln° lettre, dit n'en avoir jamais rencontré qu'un seul cas. Pascal, dans son *Traité sur la gonorrhée*, art. 3, relate l'histoire de deux soldats malades à l'hôpital de Milan, en 1718, dont l'urèthre, après la mort, fut trouvé plein d'excroissances fongueuses et calleuses, et attribue leur mort à cette affection.

Parmi les auteurs plus récents, Desault n'en a jamais rencontré un seul exemple dans toute sa carrière médicale (2). D'un autre côté, Amussat, Civiale, Lallemand et d'autres, en ont cité des cas. Amussat en a montré un bel exemple à l'Académie de médecine de Paris (3). Velpeau en a vu seulement deux cas; il les décrit tous les deux comme des excroissances vasculaires situées en arrière du méat urinaire. Ph. Ricord en a rencontré quelquesois, et les décrit de la même façon. Mercier en a rencontré un exemple remarquable dans lequel il existait douze ou treize petites excroissances, chacune du volume d'un grain d'orge environ, possédant un pédicule étroit, situées entre la portion prostatique de l'urèthre et le méat (4). Chelius dit qu'il n'en observa qu'un seul cas : la fosse naviculaire était la partie affectée. Leroy (d'Étiolles) en relate trois exemples : dans l'un d'eux, il trouva une excroissance du volume d'un pois après la mort; les deux autres avaient été enlevées pendant la vie. Il en figure aussi une dans son ouvrage, et fait remarquer, relativement à ces productions en général. que lorsqu'elles sont situées près du col de la vessie, elles prennent la forme de petits polypes, tandis que dans le reste du canal elles présentent une apparence semblable aux végétations que l'on remarque fréquemment à la surface du gland. Ces remarques reçoivent une confirmation de la forme que présente le petit nombre d'excroissances polypeuses conservées dans les musées de Londres. Il en existe seulement un exemple dans le

Royal College of Surgeons, au nº 2000. Dans cet exemple, les végétations sont limitées au col de la vessie et à la portion

prostatique de l'urèthre; le reste du canal est entièrement libre.

Un des plus beaux exemples se trouve dans le 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 des rétré-

cissements pendant la vie, et fut traitée comme tel. La figure 17 la représente dans sa dimension naturelle (1).

J'ai trouvé dernièrement, au niveau de la prostate d'un homme âgé de cinquante-quatre ans, à l'infirmerie de Saint-Marylebone, un bel exemple de tumeur née au niveau du verumontanum. Cette tumeur ressemblait beaucoup, sous tous les rapports, aux polypes que l'on trouve si fréquemment sur la muqueuse du pharynx ou des narines. Le seul signe qui pût la faire reconnaître pendant la vie, était un besoin fréquent d'uriner. Il est

décrit en détail dans les Transactions of the Pathological Society of London

(vol. VII, p. 250), et est maintenant dans ma collection. Il est représenté de grandeur naturelle dans la figure 18. Rokitansky dit que « les polypes ou condylomes de la muqueuse de l'urèthre sont une conséquence de la gonorrhée, mais qu'il les a observés très-rarement. » M. H. B. Norman (2) décrit un cas de la pratique de M. Erichsen à University College Hospital. Je ne puis faire mieux que de transcrire ici la description de M. Erichsen, qui est courte et nette, d'autant plus que son cas est un type de cette classe de tumeurs. Il dit:



l'urèthre.

Fig. 48. — Polype du verumontanum. (Transactions of the Pathological Society of London, vol. VII, p. 250.)

« Robert M..., âgé de vingt-deux ans, vint à l'hôpital pour un rétrécissement. En examinant l'urèthre, je trouvai une excroissance d'un rouge vif, très-vasculaire, située en dedans de l'orifice de l'urèthre; elle était bosselée comme une framboise et saignait au moindre contact; ses attaches n'étaient pas ou très-peu pédiculées,

(1) G. Arnaud, Mémoires de chirurgie.

(2) Desault, OEuvres chirurgicales, t. III, p. 270. Paris, 1803.

(3) Amussat, Mémoire lu à l'Académie de médecine en 1823, paru en 1832 sous le titre de Leçons sur les rétentions d'urine.

(4) L. Auguste Mercier, Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les

maladies des organes urinaires et génitaux. Paris, 1841, p. 121.

<sup>(1)</sup> Voyez aussi n° 2578 au musée de Saint Bartholomew's Hospital, série, xxix n° 9; et série xxx, n° 13. — Musée de Middlesex Hospital, n° xL, 2. — Musée de Saint-Thomas, BB, n°s 8 et 9. [Musée Civiale, n° XLVII].

<sup>(2)</sup> Norman, London Journal of Medicine, vol. I, 1852.

CHAP. II.]

M. Guthrie en a vu plusieurs du même genre, près de l'orifice du méat, mesurant de 6 à 10 millimètres de longueur, et ressemblant à une grappe de granulations. Il n'a pas vu sur le cadavre de caroncules ou d'excroissances siégeant sur aucune autre partie de l'urèthre.

Dernièrement j'ai rencontré un cas du même genre : c'était une excroissance granuleuse née derrière le méat, faisant saillie au dehors, chez un jeune homme chez lequel elle avait succédé à une gonorrhée et à une balanite négligée; elle était accompagnée d'une petite masse de verrues à la surface du gland, auxquelles elle ressemblait beaucoup au point de vue de la structure, quoiqu'elle fût d'une couleur rouge plus foncée. Mais dans l'examen que j'ai fait sur le cadavre d'un grand nombre d'urèthres rétrécis, je n'ai jamais rien trouvé qui ressemblat à des caroncules. Il n'est pas rare de trouver à la muqueuse un aspect rugueux et granuleux. Cette membrane peut être épaissie par places, mais il ne m'a pas été donné de trouver un exemple des altérations que nous venons de décrire. On pourrait encore s'étendre sur ce sujet, mais ce qui précède suffit pour montrer que ces productions font bien rarement obstacle à l'écoulement de l'urine. Peu de chirurgiens, dans tout le cours de leur pratique, en ont rencontré deux ou au plus trois exemples. La nature des productions que l'on rencontre à la partie antérieure du canal, presque limitées à la fosse naviculaire, est assez semblable aux granulations exubérantes que l'on rencontre dans d'autres points; mais ces productions possèdent aussi quelques-uns des caractères des tumeurs vasculaires. Elles sont habituellement molles, d'une couleur rose foncée; elles saignent facilement, et ne sont pas très-sensibles. Elles ressemblent aux végétations que l'on voit en si grande abondance sur le gland et les parties voisines; mais elles sont plus vasculaires et recouvertes d'une enveloppe plus mince, parce qu'elles sont plus protégées par leur situation. La proximité de leur insertion avec les tissus érectiles peut être avec raison invoquée comme une cause de leur vascularité considérable. Il semble prouvé, par quelques-unes des préparations que nous avons mentionnées, que ces productions peuvent se rencontrer aussi, quoique plus rarement, dans les parties profondes du canal de l'urèthre. Il est évident aussi qu'elles sont quelquesois la cause d'hémorrhagies lors du passage des instruments.

D'un autre côté, dans presque tous les exemples de vraies tumeurs polypeuses que j'ai examinés, ces produits étaient limités à la portion prostatique de l'urèthre et accompagnés d'autres tumeurs semblables siégeant au niveau du col et dans l'intérieur de la vessie, auxquelles elles paraissaient succéder. Enfin, dans la majorité des cas, elles sont limitées à la vessie et n'empiètent pas sur le canal de l'urèthre. Dans ces cas, leur structure revient à quelque chose de plus qu'une simple hypertrophie de la muqueuse. Les observations de Rokitansky sur l'origine des productions polypeuses des muqueuses en général méritent d'être rappelées.

Après avoir décrit quelques-uns des effets de l'inflammation chronique sur une muqueuse, il ajoute que « parfois, par l'augmentation considérable de ses papilles et ses follicules, cette membrane devient inégale et verruqueuse, et que dans les cas extrêmes on remarque des plis et des prolongements à sa surface. Ces deux dernières inégalités de la muqueuse sont permanentes et constituent ce qu'on appelle, soit les polypes muqueux ou cellulaires, soit les polypes vésiculaires. Ces polypes sont des prolongements de la muqueuse d'une épaisseur et d'une longueur variables. Leur forme est allongée ou arrondie, ou ressemble à des quilles ou à des cylindres, et leur extrémité libre est épaisse et émoussée. La muqueuse et les tissus sous-jacents augmentent d'épaisseur dans un espace arrondi et circonscrit, formant une tumeur convexe et aplatie se transformant peu à peu en un tissu cellulaire de forme réticulée. Peu à peu la tumeur envahit la cavité de l'organe, entraînant avec elle la muqueuse qui la recouvre et à laquelle elle est attachée par un pédicule plus ou moins allongé..... Les polypes ne se rencontrent pas avec la même fréquence sur toutes les muqueuses; ils se remarquent surtout sur les membranes et les portions de membranes épaisses et denses qui présentent des follicules abondants et sont fréquemment le siège de catarrhe (1). »

En énumérant le siége de ces tumeurs, l'auteur place l'urèthre presque en dernier lieu sous le rapport de la fréquence. Si le lecteur accepte le processus qu'il décrit comme le mode habituel de développement de ces tumeurs, il trouvera bientôt, dans le rapprochement des parois uréthrales, la cause, qu'il ne donne pas, de leur peu de fréquence dans cet organe, puisqu'il paraît que l'existence d'une cavité libre où elles puissent pendre est presque nécessaire à leur développement. Voilà pourquoi on les trouve presque uniquement dans la portion prostatique, et pourquoi elles se dirigent habituellement vers la vessie, ou pendent dans son intérieur. Enfin, dans quelques cas, elles paraissent se combiner avec une augmentation de volume de la prostate. Il n'est pas rare de trouver une excroissance pédiculée insérée sur la prostate et renfermant du tissu glandulaire de même nature que cet organe.

Les conclusions à tirer des faits connus actuellement relativement aux excroissances de l'urèthre sont les suivantes :

4º Tandis que l'on rencontre fréquemment des granulations sur la muqueuse en arrière du rétrécissement, il est très-rare de trouver une excroissance assez volumineuse pour attirer l'attention comme tumeur indépendante obstruant le canal de l'urèthre.

2º Ces productions consistent, soit en granulations vasculaires déjà décrites, soit en granulations ordinaires, qu'on observe quelques faisant saillie à la surface de la muqueuse dépouillée ou ulcérée qui est située en arrière du rétrécissement, soit en polypes, remarqués surtout dans la portion prostatique de l'urèthre, soit enfin, très-rarement, en masses d'origine tuberculeuse ou cancéreuse.

3° Il est certain que la première et la deuxième variété de ces produits sont beaucoup plus fréquentes que la troisième, et que, quant aux dépôts

<sup>(1)</sup> Rokitansky, Pathological Anatomy, vol. III, p. 52.

н. тномряом. — Malad. des voies urin.