

La *prostatite* peut se produire à toutes les phases de l'urétrite blennorragique; elle complique surtout l'urétrite chronique, et se caractérise par la *prostatorrhée*. C'est un écoulement de liquide opalin, ayant l'odeur du sperme; il se produit au moment où on presse sur la prostate, quand le malade va à la selle; il vient des glandes prostatiques. Ce liquide est souvent pris à tort pour du sperme, dont il n'a d'ailleurs aucunement la composition. Lorsque les gonocoques ont élu domicile dans la prostate, il devient très difficile de les en faire partir.

Le gonflement inflammatoire du verumontanum amène parfois la dilatation des orifices des canaux éjaculateurs: ceux-ci perdent leur tonicité et laissent échapper le sperme à la moindre poussée des viscères abdominaux, ce qui constitue la *spermatorrhée*.

Inversement, l'inflammation, en remontant le long des canaux éjaculateurs, peut amener leur oblitération et produire l'*azoospermatorrhée*.

**Traitement.** — Le traitement de l'urétrite blennorragique a soulevé des controverses multiples: la liste des moyens utilisés est longue, et une quantité infinie de substances médicamenteuses ont été et sont encore aujourd'hui proposées et vantées comme spécifiques de la blennorragie.

Notre intention n'est pas de passer en revue la liste de ces agents, mais d'exposer le traitement de la blennorragie tel que nous le comprenons actuellement.

A ce point de vue, il est une donnée capitale, qui règle à elle seule la conduite à tenir, c'est l'examen bactériologique des sécrétions. Il ne s'agit pas de savoir si ce qu'on a à traiter est une urétrite aiguë ou une urétrite chronique: il s'agit avant tout de savoir s'il y a ou s'il n'y a pas de gonocoques dans le pus. Tout est là, et le traitement de la blennorragie ne peut être dirigé d'une façon méthodique et rigoureuse qu'avec le concours du microscope. Ensuite une deuxième notion, également importante, est celle de la participation ou non de l'urètre postérieur.

Ce n'est qu'après avoir précisé ces deux points que l'on peut aborder le traitement de la blennorragie. Celui-ci variera suivant que la maladie est: 1° à la période gonococcique; 2° à la période des infections secondaires; 3° ou enfin à la phase aseptique.

**I. Traitement de la période gonococcique.** — C'est la période initiale: c'est la plus importante. De la conduite suivie, du traitement employé dépendra la marche de la maladie dans l'avenir. Aussi doit-on chercher tout d'abord à enrayer le développement des gonocoques: c'est le traitement abortif.

1° MOYENS ABORTIFS. — Ce n'est que dans les premières vingt-quatre heures que l'on peut essayer avec quelques chances de succès de faire avorter une blennorragie. Il est nécessaire pour cela de voir

le malade avant la phase aiguë, au moment où le méat est encore à peine gonflé, et où, quatre à cinq jours après un coït suspect, commence à se manifester cet écoulement séro-purulent qui annonce le début de la blennorragie. L'examen bactériologique de ce liquide doit être pratiqué de suite, et ce n'est qu'après y avoir constaté la présence des gonocoques que sera institué ce traitement abortif de la blennorragie.

Trois substances ont été ou sont encore particulièrement employées pour ce traitement: le nitrate d'argent, le sublimé, et le permanganate de potasse.

Le *nitrate d'argent* est employé en solutions de 1/100<sup>e</sup> à 1/30<sup>e</sup>. La solution est portée dans l'urètre en injection d'avant en arrière ou en instillations faites d'arrière en avant. La première injection détermine une réaction purulente intense, qui doit disparaître rapidement, si le traitement réussit, et se prolonge dans le cas contraire: l'injection est répétée deux fois dans les vingt-quatre heures, et on ne cesse qu'au moment où l'acuité de l'inflammation montre que la méthode a échoué. Avec cette méthode, on se propose d'atteindre les couches superficielles de la muqueuse et d'entraîner les gonocoques qui ne sont encore qu'à la surface, n'ayant pas eu encore le temps de pénétrer plus profondément. Ce traitement a donné des succès, mais il ne présente rien d'absolu, et il est passible aussi de nombreux échecs.

Le *sublimé* a été utilisé en lavages, c'est-à-dire en solutions étendues (de 1/20000<sup>e</sup> à 1/6000<sup>e</sup>). Les inconvénients sont les mêmes que ceux du nitrate d'argent: alors même que les injections sont répétées plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, ces injections ne réussissent que rarement. La réaction suppurative qu'elles provoquent dans l'urètre est favorable au gonocoque, et si, comme il arrive le plus souvent, l'injection n'a pas détruit la totalité des gonocoques, ceux-ci, qui sont restés intacts, trouvent dans les modifications apportées au canal par l'injection un milieu favorable de culture.

Tel n'est pas l'inconvénient du *permanganate de potasse*: outre son action antiseptique incontestable, quoique inférieure au sublimé et au nitrate d'argent, il possède la propriété de déterminer, par son contact avec la muqueuse de l'urètre, une réaction séreuse relativement abondante. Cette réaction séreuse, ou non purulente, peut être entretenue pendant plusieurs jours par la répétition des injections; et alors elle agit soit en entraînant les gonocoques au dehors, soit en constituant peut-être un milieu de culture absolument impropre au développement du gonocoque.

C'est sur ces constatations que Janet s'est basé pour donner la préférence au permanganate de potasse dans le traitement abortif de la blennorragie, et voici les règles de sa méthode.

Avec un litre d'une solution de permanganate de potasse à 1/2000<sup>e</sup> on fait un premier lavage, progressivement d'avant en arrière: on

lave d'abord le méat, puis l'urètre pénien en comprimant la verge au niveau de l'angle péno-scrotal, puis l'urètre péno-scrotal en comprimant le canal en arrière du scrotum. Ce même jour, on refait deux autres lavages espacés de cinq heures, et à doses progressivement croissantes de 1/2000<sup>e</sup> à 2/1000<sup>es</sup> : puis, pendant les cinq jours qui suivent, on fait par jour deux lavages au 1/2000<sup>e</sup>.

Dès les premiers lavages, survient une réaction séreuse abondante, qui tache le linge : aussi est-il bon de faire un véritable pansement de la verge et du gland, ce qui, d'ailleurs, évite les réinoculations qui pourraient se faire par l'intermédiaire des linges malpropres.

La sérosité qui s'écoule du méat contient quelques leucocytes, peu de cellules épithéliales et quelques rares gonocoques.

Cependant la douleur provoquée par les premiers lavages est vive : la muqueuse urétrale est gonflée, la miction est très pénible, de petites urétrorragies peuvent se produire, et la nuit surviennent des érections très pénibles.

Malgré cela, malgré les difficultés de son exécution, ce traitement réussit souvent, lorsque le malade a la patience et le courage de s'y soumettre intégralement.

2<sup>o</sup> TRAITEMENT DE L'URÉTRITE AIGÜE ET SUBAIGÜE. — Le traitement de l'urétrite aiguë et subaiguë est fait de plusieurs éléments dont l'importance est inégale.

Le TRAITEMENT HYGIÉNIQUE est toujours indispensable : le malade évitera les fatigues excessives, gardera le repos relatif, s'abstiendra de tout coït et suivra un régime sobre. De ce régime seront exclus tous les mets excitants et les boissons alcooliques ou fermentées, telles que le vin, l'alcool, les liqueurs, la bière, le café. Les tisanes rafraîchissantes, dont on abusait autrefois, sont peu à peu délaissées comme inutiles. Mais le malade portera un bon suspensoir, pour éviter les chocs, les heurts, les froissements du testicule qui pourraient appeler de ce côté l'inflammation urétrale.

Le TRAITEMENT MÉDICAL a eu, à une autre époque, une grande vogue, et de nos jours encore il est des médecins qui soignent la blennorragie par des moyens exclusivement internes. Les balsamiques, tels que le copahu, le cubèbe, le santal, la térébenthine, plus tard les antiseptiques, tels que le salol, le benzoate de soude, le salicylate de soude (Balzer), enfin les alcalins forment la base de ce traitement.

Sans nier l'heureuse influence de ces médicaments dans certains cas, nous les considérons comme toujours inférieurs, au point de vue de l'efficacité, au traitement local, et nous les conservons comme des agents secondaires dont les indications sont d'ailleurs fort restreintes, car ils ne sont pas dépourvus d'inconvénients : les alcalins rendent les urines alcalines, troublent leur limpidité et rendent difficiles les examens minutieux. Les antiseptiques n'ont jamais pu, à eux seuls, modifier l'infection des urines. Et les balsamiques seuls restent

encore pourvus d'une certaine efficacité qui se manifeste par l'atténuation des douleurs et la diminution de l'écoulement. Mais ces avantages restreints sont largement effacés par l'action altérante que ces éléments exercent, à haute dose au moins, sur la muqueuse de l'estomac.

Aussi, à de rares exceptions près, doit-on s'abstenir de tout médicament absorbé par la voie stomacale.

Certaines complications peuvent être atténuées d'une autre façon : les bains généraux prolongés seront très heureux pour calmer une inflammation excessive. Et les érections nocturnes, souvent si douloureuses, seront calmées par les lavements d'antipyrine et de laudanum, les suppositoires opiacés et belladonnés.

Le TRAITEMENT LOCAL constitue le traitement de choix de l'urétrite gonococcique. Il est indispensable dans tous les cas et doit être institué le plus tôt possible. Il n'y a d'exception à cette règle que pour les cas où il y a des phénomènes d'acuité tels qu'ils rendent impossible et trop douloureux tout traitement local : alors on peut attendre vingt-quatre heures ou quarante-huit heures pour calmer par le traitement hygiénique l'excès de l'inflammation et commencer le traitement local.

Celui-ci comprend plusieurs moyens qui sont les injections et les lavages.

Les *injections* se donnent avec la seringue; le malade peut se les administrer lui-même : c'est un avantage, mais c'est aussi un inconvénient parce qu'il peut, en poussant l'injection dans l'urètre postérieur, infecter ce dernier. La capacité de l'urètre antérieur est en moyenne de 3 à 5 centimètres cubes; mais le gonflement de la muqueuse restreint beaucoup cette capacité. Janet a fait construire par Gentile une seringue à injection stérilisable et graduée, de sorte que l'on peut prescrire au malade de ne pas dépasser une certaine mesure.

La solution injectée est maintenue quelque temps, quatre ou cinq minutes, dans l'urètre; l'injection est répétée une ou deux fois par jour. Dans l'intervalle des injections, le méat tout entier est recouvert d'un tampon de ouate hydrophile aseptique, qui sert à prévenir la contamination des linges et peut être renouvelé aussi souvent qu'il est nécessaire.

Les substances employées en injections sont extrêmement nombreuses : on préfère aujourd'hui, d'une façon générale, les solutions antiseptiques, parmi lesquelles les plus vantées sont le nitrate d'argent (0,05 p. 100), le sublimé (0,005 p. 100), le permanganate de potasse à (1 p. 1000), la résorcine (3 p. 100), l'ichtyol (5 p. 100), l'iodoforme (10 p. 100), la créosote (0,20 p. 100), le formol (0,10 à 0,20 p. 100), l'argentanine (0,05 p. 100), l'airol (5 p. 100), le protargol (1 p. 100).

Tous ces médicaments sont bons et tous sont mauvais : ils ont obtenu des succès, ils ont eu aussi des revers. Et il faut savoir

varier l'agent thérapeutique suivant les cas et un peu à l'aveugle.

Les lavages ont pour but de substituer à l'injection un grand courant de liquide qui agit d'abord mécaniquement en entraînant les gonocoques et agit aussi par des propriétés antiseptiques.

Les lavages sont faits avec un siphon quelconque muni d'une canule de verre à bout conique. Pour laver seulement l'urètre antérieur, le réservoir est placé à 50 centimètres au-dessus du méat : avec une pression aussi faible, il ne peut y avoir de pénétration dans l'urètre postérieur. Par pression de la canule sur le méat, on fait obturation, et le liquide pénètre dans l'urètre antérieur et le distend. On retire la canule et le liquide s'échappe, on fait ainsi passer dans l'urètre de un demi-litre à un litre.

Lorsque le lavage doit être effectué simultanément dans l'urètre postérieur, la technique est un peu différente. Il n'est pas possible de réaliser le lavage de l'urètre postérieur sans faire pénétrer le liquide dans la vessie. On commence par réaliser, comme nous venons de le voir, la désinfection de l'urètre antérieur, puis, pour faire pénétrer le liquide dans l'urètre postérieur, on élève le récipient à une hauteur qui varie de 1 mètre à 1<sup>m</sup>,30. Avec cette pression, le liquide force la résistance de la portion membraneuse et pénètre dans la vessie. Lorsque le besoin d'uriner se fait sentir, on ferme le robinet, et le malade urine : on recommence une ou deux fois jusqu'à ce que l'on ait fait passer dans l'urètre postérieur un litre de liquide.

Le lavage de l'urètre postérieur peut encore être fait avec l'aide de la sonde. Après avoir désinfecté l'urètre antérieur, on introduit une sonde à bout coupé dans la portion membraneuse et on fait passer le liquide avec une seringue ou avec le laveur, mais sous une moindre pression, et lorsque le malade éprouve le besoin d'uriner on n'a qu'à repousser la sonde jusque dans la vessie, et le liquide ressort librement.

La plupart des substances employées pour les injections sont aussi utilisables en lavage à condition qu'elles soient beaucoup plus étendues.

La substance que l'on utilise le plus souvent en lavage est le permanganate de potasse dont Janet a réglé le mode d'emploi : les doses varient de 1/4000<sup>e</sup> à 1/2000<sup>e</sup> ; dans l'urètre antérieur, on peut aller jusqu'au 1/1000<sup>e</sup> ; dans l'urètre postérieur, il ne faut pas dépasser 1/2000<sup>e</sup>.

Ces lavages sont faits une fois par vingt-quatre heures. Ils provoquent, comme dans le traitement abortif, un abondant écoulement séreux : il faut s'arranger de façon que le deuxième lavage soit fait avant que la réaction provoquée par le premier se soit totalement effacée, avant surtout que l'écoulement nettement purulent ne soit apparu. En procédant ainsi, on doit guérir en dix jours une urétrite subaiguë. Dans les cas heureux, la guérison peut être obtenue encore plus rapidement, après quelques lavages.

D'ordinaire, l'urètre postérieur guérit plus rapidement que l'urètre

antérieur, de sorte qu'il est nécessaire de prolonger plus longtemps les lavages antérieurs.

Pendant toute la durée du traitement, si les lavages sont bien faits, les gonocoques disparaissent et on n'en retrouve plus trace dans la réaction séreuse. Cela ne veut pas dire cependant que la guérison soit assurée : car souvent, dès que les lavages sont cessés, on voit réapparaître la suppuration, et dans celle-ci se retrouvent les gonocoques. Il faut donc procéder un peu par tâtonnements, de façon à faire assez de lavages pour détruire l'infection, et à ne pas en faire trop, ce qui est toujours nuisible à la muqueuse. Aussi, quand on aura fait, suivant les cas, six à huit lavages, est-il bon de s'arrêter, d'attendre un jour ou deux, de surveiller l'urètre et les sécrétions, de chercher les gonocoques pour reprendre une nouvelle série de lavages dès que ceux-ci ont reparu. Au besoin même, on pourrait utiliser la réaction du nitrate d'argent ou de la bière.

Dans certains cas, le traitement est rendu difficile ou compliqué par la contamination de la prostate, par la prostatite chronique gonococcique. Il est alors nécessaire de faire quotidiennement le massage de la prostate pour vider le contenu des glandes, et de faire le lavage immédiatement après.

L'orché-épididymite ne contre-indique pas les lavages : au contraire, on obtiendra plus facilement la guérison de l'orchite en intervenant en pleine phase aiguë.

CHOIX DU TRAITEMENT. — En présence d'une blennorragie aiguë ou subaiguë, quel traitement choisir parmi les nombreux moyens invoqués. Tout dépend de l'extension de l'urétrite, de la situation du malade, et des exigences sociales auquel il est astreint.

La méthode des grands lavages constitue la méthode de choix toutes les fois que les deux urètres sont pris et que le malade peut se soumettre aux obligations de ce traitement.

Mais lorsque le malade ne peut satisfaire à ces exigences, et qu'il est obligé de se soigner lui-même, ou lorsque l'urètre postérieur est guéri, les injections sont préférables. Nous donnons la préférence aux injections de protargol, et dans les cas subaigus aux injections d'airol : avec cette dernière substance en émulsion dans la glycérine (airol, 5 gr. ; eau distillée, 50 ; et glycérine, 50), nous avons obtenu de nombreux succès même à la phase gonococcique.

Le traitement que nous indiquons convient en effet à toutes les phases de la période gonococcique, que l'infection soit aiguë, subaiguë ou chronique. Certaines infections guérissent facilement, alors que d'autres bien traitées, et malgré les précautions minutieuses du malade, guérissent difficilement et se prolongent. C'est alors surtout qu'il faut savoir changer la thérapeutique et ne pas s'obstiner dans une méthode qui, à deux ou trois tentatives prolongées pendant dix ou quinze jours, a donné un insuccès. Il faut savoir qu'aujourd'hui

même, il n'y a pas un traitement de la blennorragie, mais que plusieurs moyens sont susceptibles de concourir à ce but sans que nous puissions toujours définir à l'avance les raisons de ces préférences ou de ces antipathies.

II. *Traitement des infections secondaires.* — A quelque période qu'elles se produisent, les infections secondaires sont justiciables de la même thérapeutique, et le traitement qui leur convient le mieux, c'est le lavage au sublimé. Toutefois, lorsqu'il y a coexistence dans l'urètre du gonocoque et d'autres microbes, le permanganate de potasse est plus indiqué. Mais en dehors de ce cas, lorsqu'on ne trouve dans la goutte que des microbes quelconques, il suffit d'un ou deux lavages de l'urètre, et presque toujours de l'urètre antérieur seulement, pour obtenir la disparition complète de ces agents infectieux. La solution doit comporter un titre très faible : elle sera 1/20 000<sup>e</sup> par exemple, et sans alcool.

Lorsque par exception l'infection secondaire ne disparaît pas avec le sublimé, on peut essayer en injections quelques-unes des solutions antiseptiques utilisées à la phase gonococcique; l'oxycyanure de mercure, par exemple, peut être employé avec avantage.

Ces infections secondaires disparaissent facilement, mais elles reparissent de même : on ne peut les éviter qu'avec des précautions d'antisepsie minutieuses telles, par exemple, que des lavages extérieurs du méat ou du gland répétés à plusieurs reprises dans les vingt-quatre heures.

Lorsqu'on soupçonne que l'infection de l'urètre est entretenue par la bactériurie, il faut désinfecter au préalable la vessie par des lavages à la sonde. De même encore, si la prostate est contaminée, il faut, comme à la phase gonococcique, faire précéder les lavages de l'urètre postérieur du massage de la prostate. Après le massage, la sonde sera enfoncée jusqu'à l'entrée de la portion membraneuse, et le lavage de l'urètre postérieur sera fait d'avant en arrière.

III. *Traitement de la phase aseptique.* — La phase des infections secondaires n'est pas fatale : il n'en est pas de même de la période aseptique qui succède toujours à la phase gonococcique. Tantôt bénigne et légère, elle dure peu : d'autres fois elle se prolonge, résistant à tous les moyens employés.

Ces traitements sont au nombre de trois, les *topiques*, la *dilatation*, l'*endoscopie* (1).

1<sup>o</sup> *TRAITEMENT PAR LES TOPIQUES.* — Certaines substances ont été de tout temps vantées pour leurs propriétés heureuses et efficaces contre l'inflammation de la muqueuse urétrale ; les sels de zinc, le tannin sont bien connus. L'airol nous a donné des succès très francs.

(1) J. JANET, Traitement de la blennorragie chronique chez l'homme (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1895, p. 481).

On utilise surtout le nitrate d'argent en instillations ou en lavages.

Les instillations de nitrate d'argent (2 à 4 p. 100) suffisent à faire disparaître en quelques jours ou quelques semaines la goutte matinale. On les fait par série de trois ou quatre, tous les deux jours ; après quoi, on laisse reposer le malade. Il est indispensable de procéder ainsi par intermittence : il est des urétrites en effet qui ne sont entretenues que par la répétition intempestive et non justifiée de ce moyen thérapeutique.

Lorsqu'elles ne réussissent pas, elles sont remplacées avantageusement par de grands lavages de l'urètre avec du nitrate d'argent au millième. On peut d'ailleurs obtenir et combiner les deux moyens.

Dans certains cas, l'usage des pommades, des suppositoires urétraux vantés par Tommasoli, Casper, Unna, peut rendre de grands services.

Une des façons les plus utiles de porter le topique dans l'urètre consiste à enduire les sondes dilatatrices, ou mieux les sondes cannelées de Cooper, d'une pommade constituée comme récipient par de la lanoline (17,50) et de la glycérine (1,50), dans laquelle on incorpore du borate de soude (0,50) et de l'oxyde de zinc (2 gr.), ou du protargol (2 p. 100), de l'acide salicylique (0,50 à 1 p. 100).

Comme suppositoires, on utilise de petits bâtons de beurre de cacao (3 gr.), dans lesquels on incorpore de l'oxyde de zinc, du protargol, ou de l'iodoforme. Pour les introduire, on les fixe sur un instillateur, et on les conduit jusqu'au bulbe.

Grâce à ces topiques, on peut améliorer l'urétrite. Mais il faut savoir aussi qu'il est bien des urétrites qui disparaissent lorsque tout traitement a été cessé. L'hygiène, la vie au grand air, le mépris amènent à la longue la disparition de certaines gouttes aseptiques qui avaient résisté à toute médication.

Le traitement par les topiques ne convient qu'aux urétrites récentes, dans lesquelles il n'y a qu'une inflammation superficielle ; et il n'en va plus de même lorsque l'inflammation s'est étendue en profondeur.

2<sup>o</sup> *TRAITEMENT PAR LA DILATATION.* — Lorsque la boule exploratrice ou l'urétromètre ont révélé l'existence d'infiltrations plus ou moins étendues de la muqueuse urétrale, il est nécessaire d'utiliser la dilatation soit seule, soit combinée aux instillations ou aux lavages nitrates.

La dilatation se fait à l'aide de gros béniqués n<sup>os</sup> 55 à 60 : le passage de ces instruments amène une sorte de massage de la muqueuse urétrale, qui est très propice. Malheureusement, le méat ne permet pas toujours une dilatation aussi élevée, on est obligé d'avoir recours à la section du méat, ou à un autre moyen ; des instruments spéciaux ont été imaginés dans ce but par Otis, Planes et Oberländer.

C'est alors que la méthode de Kollmann-Oberländer (1) peut rendre

(1) J. JANET, Pommades urétrales et suppositoires urétraux (*Ass. franç. d'urologie.* Paris, 1898, p. 201).

des services. A l'aide d'un de ces instruments, qui une fois dans l'urètre subissent, à l'aide d'une vis, une dilatation progressive, on pousse le calibre de l'urètre jusqu'à des hauteurs que n'atteignent pas nos instruments, nos béciqués par exemple. La graduation est établie jusqu'au n° 45, ce qui représente le 90 Béciqué. Kollmann, puis Oberländer, ont tracé les règles de leur méthode : dilatation progressive et très lente, séances répétées seulement tous les huit jours, arrêt dès que l'hémorragie ou la réaction est sérieuse (1).

Sans appliquer dans toute sa rigueur la méthode telle qu'elle est préconisée par ses auteurs, nous avons eu à plusieurs reprises à nous louer (2) de ses effets, et nous lui devons plusieurs succès pour des urétrites aseptiques qui avaient jusqu'alors résisté à tous les moyens.

3° TRAITEMENT ENDOSCOPIQUE. — Ce traitement ne doit intervenir que dans des cas exceptionnels, mais alors il est seul efficace.

Il convient exclusivement à ces lésions localisées, granulations, papillomes, dont l'endoscope seul permet de faire le diagnostic (3).

Grâce à l'endoscope, on peut extirper les saillies polypeuses et cautériser leur base d'implantation soit au galvanocautère, soit au nitrate d'argent. Pour les lacunes, il permet de les traiter localement en les remplissant de glycérine iodée, de les cautériser avec la pointe fine d'un crayon de sulfate de cuivre. D'une façon générale, d'ailleurs, l'endoscope permet de porter sur un point localisé de l'urètre des solutions fortes sans inconvénient, puisqu'on peut les éponger de suite.

Dans l'urètre postérieur, la valeur du traitement endoscopique s'affirme encore davantage ; ici, en effet, il permet de démasquer une lésion se traduisant par des troubles génitaux graves, tels que spermatorrhée, hémospémie ; les attouchements à la teinture d'iode donnent les meilleurs résultats.

## VI

### TUMEURS DE L'URÈTRE

#### I. — POLYPES DE L'URÈTRE.

Dans le groupe des polypes de l'urètre, on comprenait autrefois toutes les tumeurs pédiculées de l'urètre ; la pédiculisation ne peut cependant servir de base à une classification qui ne doit reposer que

(1) HODARA, Traitement de la blennorrhagie chronique suivant les méthodes d'Oberländer et Kollmann (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1895, p. 697 et 782).

(2) VERHOOGEN, Le traitement de l'urétrite chronique par les dilataateurs d'Oberländer (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1896, p. 230).

(3) J. JANET, Du rôle de l'endoscopie (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1891).

sur l'histologie même des tumeurs. Or les tumeurs de l'urètre sont assez rares pour que leur anatomie pathologique ne soit encore qu'à l'état d'ébauche. Nous savons cependant que des tumeurs fibreuses ou des myomes, des sarcomes, peuvent affecter ce caractère de pédiculisation, et nous savons par ailleurs que des tumeurs, comme les polypes du méat chez la femme, peuvent être sessiles. Le terme de polypes ne répond donc à rien de défini ; nous le conservons cependant provisoirement pour caractériser ces tumeurs bénignes, généralement pédiculées, d'origine muqueuse et à évolution endourétrale, et répondant anatomiquement à la structure de l'adénome, de l'angiome ou du papillome.

Même ainsi compris, le groupe des tumeurs est difficile à nettement séparer des végétations polypiformes qui accompagnent les strictures urétrales. L'urétrite papillomateuse, dont Bruggs rapportait récemment un exemple (1), est reliée par des lésions intermédiaires avec les observations de polypes diffus dont nous aurons à parler. Il est donc vraisemblable qu'à l'origine de toutes ces productions se trouve une même cause, l'infection.

Les polypes de l'urètre se présentent dans des conditions différentes chez l'homme et chez la femme.

#### 1° Polypes de l'urètre chez l'homme.

Chez l'homme, les polypes sont fréquents au niveau des rétrécissements. Ces excroissances charnues ont été bien décrites par Hallé et Wassermann ; elles font partie de l'histoire des rétrécissements. En dehors des strictures, les polypes de l'urètre sont rares, les observations se comptent. Mais il est cependant des observations incontestables de tumeurs nettement pédiculées, et trouvées dans la continuité de l'urètre chez l'homme.

Grünfeld en rapporte quelques exemples (2), ainsi que Bryant (3) et que Goldenberg (4).

La rareté de ces pièces tient peut-être à la difficulté qu'il y a en clinique à reconnaître ces tumeurs ; on ne voit que celles qui présentent un volume assez considérable et qui viennent faire saillie au méat. Et il est bien probable que si on endoscopait plus souvent les malades, on en trouverait un plus grand nombre. Janet (5) a publié l'observation de cinq malades chez lesquels il découvrit ainsi au

(1) BRUGGS, *Gaz. hebd. de Montpellier*, 1890, n° 5, p. 58.

(2) GRÜNFELD, Die Endoscopie der Harnröhre und Blase (*Deutsche Chirurgie von Billroth u. Lücke*, Stuttgart), Lieferung LI, p. 179.

(3) BRYANT, *Med. chir. Transact.*, vol. LXXVI, p. 191.

(4) GOLDENBERG, *New York med. Journ.*, nov. 1898, p. 600.

(5) J. JANET, Cinq cas de polypes urétraux (*Assoc. franç. d'urologie*, 2<sup>e</sup> session, *Comptes rendus*, Paris, 1898, p. 402).