

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^e session, *Comptes rendus*, Paris, 1898, p. 402).

hasard de l'urétroscope des polypes qui se caractérisaient par une urétrite rebelle à toute thérapeutique.

Janet les divise en deux catégories : les polypes *verniformes*, le plus souvent uniques, et insérés au niveau de la paroi inférieure du bulbe, et les polypes *papillomateux*, souvent multiples et disséminés dans tout l'urètre antérieur.

Le diagnostic de ces tumeurs, lorsqu'elles sont profondes, ne se fait qu'à l'aide de l'endoscope. Elles ne se caractérisent en effet que par les signes d'une urétrite chronique ou d'un rétrécissement. Elles restent méconnues jusqu'à l'emploi de l'urétroscope.

Et encore, faut-il une certaine habitude pour ne pas laisser échapper à l'instrument la découverte d'une tumeur dont la coloration est sensiblement identique à celle de la muqueuse urétrale. Les petites tumeurs se reconnaissent assez aisément, parce qu'elles n'occupent qu'incomplètement le champ de l'urétroscope. Mais les grosses passeraient plus facilement inaperçues, parce qu'elles se présentent en plein dans le champ de l'urétroscope. Grünfeld a précisé les règles de l'endoscopie pour la découverte des polypes : pour les petites tumeurs, on les découvre mieux en retirant l'endoscope. Pour les grosses, l'enfoncement permet mieux de les saisir, en les déroulant successivement et en amenant sous les regards des segments différents de leur circonférence.

L'urétroscope permet à la fois de reconnaître et de traiter les polypes de l'urètre. Les petits polypes peuvent être tordus avec une pince ; ceux qui ont un pédicule accessible seront sectionnés avec le polypotome de Grünfeld. S'il est possible, on cautérise avec une pointe de platine le point d'implantation.

2° Polypes de l'urètre chez la femme.

L'urètre de la femme est plus apte que celui de l'homme à proliférer, et c'est presque exclusivement chez la femme qu'on observe les polypes de l'urètre. La dilatabilité, l'extensibilité plus grande de l'urètre féminin permettent d'ailleurs de les reconnaître plus facilement que chez l'homme.

On peut les observer dans toute la longueur de l'urètre, mais c'est surtout au voisinage du méat qu'on les rencontre. Ils se présentent là sous une forme un peu particulière, souvent sans pédicules : ces petites tumeurs *polypoïdes* du méat urinaire chez la femme sont connues depuis longtemps. Signalées par Clarke, par Cooper, elles furent plus complètement étudiées par Boyer, par Velpeau et Verneuil (1). Jondeau (2) les a décrites dans sa thèse.

Les polypes peuvent siéger dans toute la longueur de l'urètre ;

(1) VERNEUIL, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1855.

(2) JONDEAU, thèse de Paris, 1888.

c'est au voisinage du méat qu'on les observe souvent ; même lorsqu'ils siègent à quelques millimètres en arrière, la longueur de leurs pédicules leur permet de venir se montrer à l'extérieur. Dans certains cas, on a vu l'urètre et même la vessie tapissés dans toute leur longueur de tumeurs pédiculées ; il en était ainsi dans un fait de Desgueir (1) et dans un autre de Reboul (2).

Les tumeurs polypoïdes du méat se présentent sous la forme de tumeurs sessiles, du volume d'une lentille : leur surface est luisante, quelquefois granuleuse. Lorsqu'elles ne sont pas implantées au niveau du méat, elles s'attachent sur la muqueuse de l'urètre, à quelques millimètres plus loin en arrière, et toujours sur la paroi inférieure. Quand elles sont multiples, elles entourent le méat d'une collerette granuleuse et frangée.

La structure de ces tumeurs n'est pas toujours identique, et il existe à ce point de vue quelques variétés. Il est des tumeurs *glandulaires* : ce sont les tumeurs nettement pédiculées, les polypes ; elles sont constituées par une hypertrophie des éléments glandulaires.

Mais le plus grand nombre est constitué par l'hypertrophie des éléments vasculaires et des papilles. Il en est ainsi pour la majorité des petites tumeurs qui se développent autour du méat. Les vaisseaux sont dilatés et multipliés comme dans l'angiome ; au centre, on voit au milieu des éléments vasculaires du tissu embryonnaire, et à la périphérie, on voit les papilles de la muqueuse hypertrophiées et recouvertes d'un épithélium pavimenteux stratifié. Toupet (3) sur une pièce de Schwartz, a trouvé au milieu des vaisseaux et du tissu conjonctif des îlots d'épithélium qui pourraient devenir le point de départ d'une transformation de la tumeur.

Suivant que l'hypertrophie papillaire reste latente ou prédomine, on peut appeler la tumeur papillome ou angiome. En général, ce qui domine, c'est la vascularité, et ceci les rapproche des angiomes : la dénomination la plus conforme qui leur convienne est celle de *polypes vasculaires* ou *angiomateux*.

Étiologie. — C'est surtout à la période moyenne de la vie qu'on observe les polypes de l'urètre. Il est exceptionnel de voir les tumeurs angiomateuses du méat aux âges extrêmes. Giraldès cependant les a observées chez une enfant de trois ans ; et Trélat a opéré une femme de soixante-quinze ans.

Toutes les causes qui peuvent favoriser la congestion ou l'inflammation de la vulve, du méat, de la muqueuse urétrale, sont susceptibles de provoquer le développement de ces tumeurs ; telles sont la vaginite, l'urétrite. Il est même probable que la blennorragie

(1) DESGUEIR, *Soc. belge de chir.*, 28 déc. 1890.

(2) REBOUL, *Assoc. franç. d'urologie*, 1^{re} session. Doin. Paris, 1896, p. 38.

(3) SCHWARTZ, *Sem. méd.*, 1889.

est leur cause réelle déterminante. Sur un polype, Neuberger (1) a trouvé des gonocoques non seulement dans la cavité de quelques glandes, mais aussi dans l'épaisseur de leurs parois. Il en a vu également au milieu d'autres microorganismes dans les couches les plus superficielles de l'épithélium pavimenteux, formant le revêtement extérieur de ces glandes. Toutes les irritations locales peuvent agir au même titre que la blennorragie : Küss a observé plusieurs polypes chez des femmes qui pratiquaient le coït urétral.

Symptômes. — La douleur est un des premiers signes qui attirent l'attention : d'abord les malades éprouvent seulement un peu de démangeaison. Puis la douleur apparaît, vive, violente, surtout accentuée après la miction, réveillée par la marche. Le toucher, la pression, le coït la réveillent. La douleur s'irradie à la vessie, elle détermine des épreintes, du ténesme, quelquefois même du vaginisme (2) ; le besoin d'uriner devient un supplice pour les malades, qui éloignent le plus possible leurs mictions.

Des hémorragies légères, insignifiantes, se produisent quelquefois avec les dernières gouttes d'urine.

Lorsque la tumeur est volumineuse, elle peut entraîner des troubles mécaniques, des déformations du jet, de la rétention d'urine.

A l'examen du méat, on constate sur sa moitié inférieure une ou plusieurs petites tumeurs rouges, du volume d'une lentille, d'un pois. Quand elles sont plus volumineuses, elles paraissent pédiculées. D'autres fois, on ne voit rien au méat ; il suffit d'écarter ses lèvres avec une pince, ou de presser avec le doigt sur la paroi antérieure du vagin pour faire apparaître une petite tumeur, du volume d'un haricot, implantée à quelques millimètres en arrière du méat. La surface est lisse ou légèrement granuleuse.

Les polypes de l'urètre, du méat s'accroissent peu, mais les troubles fonctionnels qu'ils déterminent s'accroissent rapidement. Nous avons vu une malade qu'une hémorragie, due à un polype de l'urètre, avait oralement anémiée.

Diagnostic. — Lorsque la tumeur est accessible au niveau du méat, elle se reconnaît aisément. Son mode d'implantation la distingue d'une tumeur vésicale, d'un *fibro-sarcome* en voie d'élimination par l'urètre, comme nous en avons observé un cas. De même encore la *hernie de la vessie* à travers l'urètre forme une tumeur qui a son pédicule au fond de l'urètre (3). Le prolapsus de la muqueuse urétrale forme également une tumeur, mais plus régulière : c'est un bourrelet circulaire. L'orifice de l'urètre existe au centre de la tumeur, qui se dessine comme un bourrelet périphérique.

Lorsque la tumeur est située plus profondément, le toucher peut en

(1) NEUBERGER, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1895, n° 20, p. 468.

(2) GUYON et ARNOULD, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, t. VIII, 1890, p. 490.

(3) VARY, thèse de Bordeaux, 1895.

donner la sensation si elle est très volumineuse ; mais c'est surtout à l'aide de l'examen endoscopique de l'urètre que se fait le diagnostic du polype, de son siège, de son point d'implantation.

Traitement. — Pour les polypes profonds, le traitement consiste dans l'excision du polype comme chez l'homme.

Pour les tumeurs polypoïdes du méat, elles doivent être détruites au thermocautère, à l'aide de petites cautérisations successives, légères et superficielles, comme le fait M. Guyon.

Quand ces tumeurs sont multiples, sessiles, pour les exciser en totalité, on peut aussi, comme l'a fait Lejars (1), exciser toute la muqueuse du pourtour urétral par un procédé qui rappelle celui de Whitehead pour les hémorroïdes. Et pour les atteindre dans la profondeur de l'urètre, il est parfois nécessaire de pratiquer l'urétrotomie externe et la taille hypogastrique, comme l'a fait Reboul (2).

Pour exciser largement toutes les végétations dont l'urètre d'une femme était pourvu, j'ai eu recours à un nouveau procédé d'urétrotomie externe (3). L'urètre fut séparé de la symphyse à l'aide d'une incision courbe, concave en bas, menée entre la racine du clitoris et le méat urétral. Lorsque l'urètre fut ainsi décollé et rabattu avec le lambeau vaginal, il fut incisé dans toute sa longueur jusqu'à la vessie et dans le sens antéro-postérieur. Alors je pus exciser les polypes, qui hérissaient la surface de la muqueuse ; puis une suture pour l'urètre reforma le canal, et des sutures en étage complèrent la brèche.

II. — FIBROMES ET FIBRO-SARCOMES.

Les fibromes et les fibro-sarcomes de l'urètre sont rares ; ils prennent leur origine dans la paroi même de l'urètre aux dépens des éléments fibro-musculaires qui la constituent, et évoluent soit à l'intérieur du conduit sous forme de polypes, comme Dubar (4) en a observé un cas, soit à l'extérieur, du côté du vagin ; on les désigne sous le nom de tumeurs *péri-urétrales*.

Les premiers faits ont été rapportés par Hœning, par Beigel et par Ehrendörfer. Sur la malade de Hœning (5), on trouvait à la vulve une tumeur volumineuse, plus grosse que le poing ; elle était insérée sur la paroi urétrale postérieure : c'était un fibrome. La tumeur observée par Beigel (6) était moins volumineuse ; elle s'insérait sur le bord inférieur du méat : c'était un sarcome. Il en était de même de

(1) LEJARS, *Leçons de chirurgie*. Paris, 1895, p. 598.

(2) REBOUL, *loc. cit.*

(3) LEGUEU, *Congrès d'urologie*, 1897.

(4) DUBAR, Notes sur un volumineux polype de l'urètre chez la femme (*Bull. méd. du Nord*, t. XXVIII, p. 451).

(5) HÖENING, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1869, p. 55.

(6) BEIGEL, *Krankheiten des weiblichen Geschlechtes*, Bd II, 1875, p. 653-655.