

tions avantageuses que ces mêmes coarctations cicatricielles présentent pour être soignées par l'intervention sanglante de dehors en dedans. La limitation de la lésion, le bon état de l'urètre en avant du point rétréci, font de la résection l'opération la mieux indiquée. La pratique journalière justifie ce que la théorie faisait prévoir : dans la plupart des cas, la résection se fait sans grandes difficultés et elle donne de meilleurs résultats que dans les rétrécissements blennorragiques.

Le siège du rétrécissement traumatique présente une réelle importance au point de vue des indications opératoires. Dans la *région membraneuse*, la résection typique n'est guère possible; on doit se contenter de pratiquer l'urétrotomie externe en excisant le mieux possible les parties indurées qu'on rencontre. Souvent, dans cette région, il est impossible de trouver le bout postérieur par le périnée et il vaut mieux, sans perdre trop de temps, se décider à faire le cathétérisme rétrograde. Lorsque le rétrécissement siège dans la *région bulbaire*, la résection est souvent facile et la paroi urétrale supérieure intacte permet, dans bon nombre de cas, de se contenter d'une résection partielle. Il est à remarquer que l'absence d'urétrite chronique fait que la sonde à demeure soit beaucoup mieux supportée dans les rétrécissements traumatiques que dans les inflammatoires. Les avantages de la résection font que je pratique cette opération dans tous les cas de rétrécissement traumatique périnéo-bulbaire, ne faisant exception que pour ceux qui sont formés par une simple bride, dans lesquels l'urétrotomie interne peut d'abord être essayée. Legueu et Cestan (1) pensent que l'urétrotomie interne est indiquée lorsqu'on ne sent pas par le palper périnéal la virole du rétrécissement. Si je suis un peu plus exclusif que ces auteurs, c'est parce que j'ai souvent vu des récurrences rapides après l'urétrotomie interne, même en l'absence de toute virole sensible. Dans ces mêmes cas, la résection est très facile, guérit vite et donne des résultats excellents, immédiats et éloignés. Dans les rétrécissements de la *région pénienné*, il faut tenir compte des inconvénients que peut avoir une résection étendue au point de vue de la rectitude de la verge pendant l'érection (voy. p. 493).

### III. — RÉTRÉCISSEMENTS SYPHILITIQUES.

Les rétrécissements syphilitiques de l'urètre, à peine mentionnés dans les *Traité*s, méritent d'être étudiés. Je résumerai ici le travail que j'ai publié à leur sujet (2).

On peut observer la sténose consécutivement au chancre induré de l'urètre ou à des lésions ulcéreuses et des gommés du canal sur-

(1) LEGUEU et CESTAN, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1893, p. 655.

(2) ALBARRAN, *Sem. méd.*, 1893, p. 489.

venant à la période tertiaire. Quoique l'urétrite syphilitique secondaire, dont Azúa (1) a publié récemment un cas typique, ne soit pas douteuse, je ne connais pas d'exemple de rétrécissement qui lui soit imputable.

Le *chancre induré* du méat, s'étendant jusqu'à la fosse naviculaire, n'est pas rare et peut donner naissance à un rétrécissement cicatriciel très antérieur. Mais le chancre induré peut siéger plus profondément dans l'intérieur de l'urètre et donner naissance à des phénomènes de rétrécissement qui disparaissent avec lui ou qui persistent après sa guérison et présentent les caractères des sténoses cicatricielles.

Comme exemples de ces chancres profonds, on peut citer une observation de Gebert, dans laquelle il est fait mention d'un chancre induré siégeant à 3 centimètres au delà de la couronne du gland. Berkeley Hill a publié un cas dans lequel le chancre se trouvait à 7 centimètres du méat. Chez un malade de Fleury, le chancre siégeait à 4 ou 5 centimètres du méat. J'ai moi-même observé un chancre infectant dont l'induration, d'abord limitée à un noyau péri-urétral siégeant à 4 centimètres du méat urinaire, finit par envahir tout l'urètre pénien; l'ulcération gagna le méat et s'étendit sur le gland qu'elle détruisit en grande partie.

Pendant la durée du chancre, la tuméfaction et l'induration du canal donnent lieu aux troubles de la miction communs à tous les rétrécissements de l'urètre; j'ai même observé la rétention complète d'urine. Ces troubles de la miction contemporains du chancre disparaissent avec lui, mais on peut observer ensuite des phénomènes de rétrécissement qui surviennent pendant la cicatrisation et se développent avec une grande rapidité.

Les rétrécissements qui surviennent *dans les périodes avancées de la vérole* ont été signalés dès 1866 par T. W. Nunn, et en 1868 Henry Veale revient sur ce sujet, mais les observations de ces deux auteurs ne sont pas concluantes. Voillemier et Ricord ont décrit des ulcérations urétrales syphilitiques que je crois devoir attribuer à la tuberculose. En 1875, le professeur Fournier établit bien, par trois observations, l'existence des syphilides tertiaires de l'urètre, mais dans ces cas l'examen n'a pas été pratiqué au point de vue du rétrécissement. Des observations indiscutables de rétrécissement syphilitique tertiaire ont été publiées par Walter Johnston, Zeisol, Bronnson, Harrisson et par moi-même. Les syphilides ulcéreuses ou gommeuses peuvent débiter au niveau du gland, gagner le méat, et pénétrer dans l'urètre; dans d'autres cas, les lésions débutent dans l'intérieur du canal et, par une marche inverse, gagnent de dedans en dehors le méat, ou bien encore restent cantonnées dans l'intérieur de l'urètre.

(1) AZÚA, *Revista de medicina y Cirugia practicas*, 1898, p. 117.