
HUITIÈME LEÇON.

Rétrécissements de l'urèthre.

MESSIEURS,

Si vous vous contentiez d'une appréciation superficielle, et, sans entrer dans le fond des choses, vous prononciez le mot de rétrécissement, chaque fois qu'il existe un obstacle à l'émission libre de l'urine, une telle maladie serait à coup sûr la plus fréquente de toutes celles qui affectent les voies urinaires. Mais la précision est de rigueur, lorsque l'on envisage des états pathologiques dont la seule dénomination acquiert une grande importance par l'idée thérapeutique qu'on y rattache. On dit généralement qu'un conduit est rétréci, lorsqu'il présente une diminution de son calibre normal; ceci peut avoir lieu dans trois conditions: par l'existence d'un corps étranger ou d'une excroissance dans son intérieur, par une compression exercée sur les parois du conduit; enfin, par une altération de ces parois. Lorsqu'il s'agit de l'urèthre, on réserve le nom de rétrécissement à certaines des lésions qui remplissent cette dernière condition. Et encore, ces lésions n'engendrent pas le rétrécissement de la même manière; un grand nombre d'entre elles, bien qu'elles diminuent notablement le calibre du canal d'une manière permanente, ne portent pas

en général le nom de rétrécissement; on ne dit pas: rétrécissement chancreux, cancéreux, cancroïdal. On a proposé de nombreuses classifications des rétrécissements de l'urèthre; les unes sont compliquées, parce qu'on veut y faire rentrer toutes les causes de diminution de calibre du canal; les autres sont très-simples, du moins en apparence, puisqu'elles tendent à ne faire admettre qu'une seule classe de rétrécissements, les rétrécissements organiques. Mais ce terme, organique, n'a qu'un sens conventionnel, et à la rigueur, on pourrait ranger sous cette dénomination les altérations anatomiques les plus disparates, et qui exigent les traitements les plus variés. Toutefois, les rétrécissements organiques sont les seuls qui présentent un caractère particulier et qui domine leur histoire: ce caractère c'est la permanence, et il prend une importance telle, lorsqu'il s'agit de l'urèthre, qu'il semble que tous les autres doivent s'effacer devant lui. Ce caractère manque dans les rétrécissements dus à l'inflammation aiguë bornée à la muqueuse, et dans les rétrécissements dit spasmodiques. Les premiers peuvent amener une occlusion temporaire du canal; ils se rencontrent surtout dans la prostratite aiguë, et je vous ai cité un exemple de cette sorte de rétrécissement pour lequel le cathétérisme étant impraticable, je dus recourir à la ponction de la vessie; ils disparaissent avec l'état aigu de l'inflammation. Les rétrécissements spasmodiques ne sont pas admis par tous les auteurs: ces spasmes du canal doivent être envisagés comme des phénomènes accidentels; leur existence est en général transitoire, fugace, déterminée et entretenue par une constriction musculaire péri-urétrale de la nature des

actions réflexes, et comparable à la contracture du sphincter anal qui forme un des éléments constitutifs de la maladie connue sous le nom de fissure à l'anus ; d'ailleurs, il n'y a pas plus de raisons d'appeler rétrécissement les spasmes de la région membraneuse de l'urètre, que de décorer du même nom le spasme du col vésical, qui dans la cystite du col arrête souvent la sonde et l'empêche, pendant un certain temps, de pénétrer dans la vessie. L'un comme l'autre sont des resserrements, des constrictions musculaires passagers, plutôt que des rétrécissements ; l'un comme l'autre peuvent être vaincus par les mêmes procédés ; une simple irritation de la muqueuse du canal ou de la vessie peut les produire, qu'elle soit provoquée par un instrument, ou par une augmentation d'acidité ou d'acreté de l'urine, en particulier chez les goutteux, dont toutes les muqueuses sont si impressionnables ; ou encore par l'excitation nerveuse qu'entretient une lésion organique.

Aussi, bien souvent le spasme vient-il compliquer les diverses affections des voies urinaires, et en particulier les ulcérations et les rétrécissements dits organiques. Ces derniers possèdent bien le caractère de permanence, qui est inséparable de l'idée de rétrécissement ; c'est d'eux seuls que je m'occuperai dans le cours de cette description, en laissant de côté les rétrécissements symptomatiques, qui se produisent lors de l'envahissement du canal par une tumeur développée dans son voisinage. Ainsi limités, les rétrécissements organiques de l'urètre reconnaissent deux causes principales : un état inflammatoire qui détermine des lésions plus ou moins profondes aboutissant à l'organisation de produits de nature plastique, et une de perte de

substance qui se trouve comblée par du tissu inodulaire : aux premiers, on a donné le nom de rétrécissements fibreux, d'origine inflammatoire ; aux seconds, celui de rétrécissements cicatriciels. Bien que ces deux variétés diffèrent entre elles sous certains points de vue, elles présentent deux caractères communs : la permanence et l'incurabilité absolue ; la permanence qui en fait des maladies à marche continue, progressive, non modifiables en bien par les seuls efforts de la nature ; l'incurabilité absolue, qui empêche à tout jamais la portion du canal affectée de revenir d'une manière définitive à l'état normal. Ne perdez jamais de vue cette vérité, qu'un rétrécissement fibreux ou cicatriciel est une maladie contractée pour la vie, que des traitements rationnels et prolongés peuvent atténuer dans des proportions telles que la guérison semble obtenue, mais qui reparait avec rapidité lorsqu'on abandonne le canal à lui-même.

Étudions d'abord les circonstances dans lesquelles une semblable maladie peut se produire, et les différentes formes qu'elle revêt.

Le fait capital qui préside à la constitution d'un rétrécissement d'origine inflammatoire, est l'infiltration plastique rétractile qui envahit la muqueuse, le tissu sous-muqueux, l'élément élastique et musculaire lisse péri-urétral, et souvent le corps spongieux lui-même. On a cité des cas dans lesquels la lésion était étendue aux corps caverneux. Les propriétés rétractiles de pareils exsudats organisés vous sont bien connues. Cette infiltration plastique forme une espèce de fuseau analogue au cal des fractures, auquel Lallemand l'avait comparée : elle dépasse de beaucoup la

limite apparente du rétrécissement, d'où il résulte qu'elle semble se disposer en deux troncs de cône, dont les petites bases confondues répondent au point le plus rétréci, le tronc de cône postérieur étant plus large, plus allongé, quelquefois même dilaté sous forme de poche. La muqueuse est blanche, très-adhérente à l'infiltration plastique sous-jacente; cette adhérence de la muqueuse se remarque quelquefois sur une étendue de plusieurs centimètres, ce qui allonge considérablement le rétrécissement; souvent alors on constate l'existence de brides transversales qui, soulevant la muqueuse, forment des obstacles multipliés, sorte de rétrécissements à étages.

Les rétrécissements cicatriciels sont le résultat d'une perte de substance provenant d'une ulcération du canal, ou d'une lésion traumatique. Le tissu inodulaire de cicatrice apparaît alors avec sa rétractilité en quelque sorte spécifique, bien plus prononcée que la rétractilité d'un exsudat inflammatoire. Mais le rétrécissement cicatriciel est rarement pur; il s'y joint souvent une infiltration plastique diffuse, d'origine phlegmasique, ce qui établit une sorte de rétrécissement mixte. S'il s'agit d'une plaie linéaire des régions membraneuse et prostatique, comme les plaies qui résultent de l'opération de la taille, la cicatrisation sera linéaire, et l'on ne remarquera pas la diffusion de l'altération de la paroi de l'urèthre. Dans le corps spongieux, au contraire, on voit en général une cicatrice froncée, et une induration plus ou moins étendue, due à l'inflammation dont les produits circonscrivent la cicatrice qui comble la perte de substance.

On remarque quelquefois chez le veillard un rétrécis-

sement particulier, lié à l'existence d'une hypertrophie bilatérale de la prostate. Sous l'influence d'une inflammation chronique, du cathétérisme répété ou d'une sonde à demeure, la muqueuse s'enflamme et s'ulcère; il peut en résulter une soudure des lobes latéraux hypertrophiés, soudure qui diminue considérablement le calibre du canal.

Les rétrécissements sont presque toujours multiples; il n'est pas rare d'en rencontrer deux, quelquefois trois; souvent même l'urèthre est malade et rétréci dans une grande étendue, avec des points plus étroits, variété que nous avons désignée par le nom de rétrécissement à étages. Le plus étroit siège d'ordinaire vers le bulbe, le moins étroit vers le méat. Fréquemment leur trajet est flexueux; il est très-rare d'observer un rétrécissement annulaire dont tous les points aient subi une égale rétraction, de manière à constituer un canal qui réponde à l'axe de l'urèthre: souvent la lésion siège sur une paroi du canal sans atteindre la paroi opposée; cette sorte de rétrécissement se remarque surtout sur la paroi inférieure du canal, notamment au cul de sac du bulbe, là où le tissu spongieux est très-abondant. La paroi saine opposée maintient pendant longtemps la possibilité de la miction; elle se laisse souvent déprimer, cause nouvelle de déviation du canal.

Leur siège est variable; ils peuvent occuper tous les points de l'urèthre, du méat au col de la vessie, mais on les rencontre bien plus souvent dans la portion spongieuse, et particulièrement au voisinage du bulbe. On a voulu établir une relation entre la cause et le siège des rétrécissements; le méat et la fosse naviculaire sont ainsi désignés comme les points de prédilection des rétrécissements pro-

duits par les chancres ; la portion spongieuse, de ceux de l'urétrite, la portion membraneuse, des rétrécissements traumatiques : cela est vrai d'une manière générale, mais il y a de nombreuses exceptions. Ce que l'on peut dire, c'est que le plus grand nombre des rétrécissements siègent dans la partie la plus reculée de la région spongieuse ; qu'on les constate rarement dans la région membraneuse, qu'enfin ils sont très-rares dans la région prostatique.

Leur étendue ne peut guère être reconnue sur le vivant d'une manière tout à fait précise, car les traces d'une inflammation, les limites mêmes d'une cicatrice ne sont jamais très nettement tracées ; il n'est donc pas possible d'arriver à une exactitude mathématique dans l'appréciation de cette longueur, et par conséquent dans l'application de la cautérisation et de l'uréthrotomie.

Les rétrécissements de l'urètre produisent les désordres les plus variés et les plus graves dans les autres parties de l'appareil urinaire. Ces désordres sont causés d'ordinaire par la dysurie qu'entraîne la coarctation ; ils sont en général proportionnés à l'étroitesse du rétrécissement. L'hypertrophie de la vessie avec toutes ses variétés, la cystite chronique avec le catarrhe vésical et les dépôts phosphatiques, la distension mécanique des uretères, des bassinets, suivie d'atrophie du rein ou de pyélite, la dilatation du canal en arrière du rétrécissement, surtout dans la portion prostatique, l'ulcération de l'urètre qui entraîne avec elle l'infiltration d'urine, les poches urineuses, les fistules urinaires, telles sont les complications des rétrécissements dans lesquels la dysurie est entretenue par

l'étroitesse du calibre. Une grande partie de ces lésions consécutives peuvent disparaître par l'amélioration du rétrécissement.

Le diagnostic d'un rétrécissement de l'urètre se déduit de l'étude des signes rationnels tirés des antécédents et du mode de fonctionnement de l'appareil urinaire, et des signes physiques fournis par l'examen direct.

Très exceptionnellement, on rencontre des rétrécissements qui ne font pas de progrès sensibles ; ce sont ceux que des gens âgés ont contractés longtemps après l'époque ordinaire de l'apparition des rétrécissements. Il semblerait que ceux qui se développent dans un âge avancé, ne soient plus susceptibles de la même rétractilité.

Les troubles fonctionnels qui traduisent un rétrécissement varient avec son degré et son ancienneté : le jet d'urine est ralenti, diminué dans son volume et dans sa force de projection, bifurqué, en spirale : toutefois ces deux derniers caractères paraissent dépendre surtout d'un certain épaissement des lèvres du méat urinaire. On constate encore de la pesanteur et de la gêne au périnée, augmentées par les envies d'uriner qui deviennent de plus en plus fréquentes ; le malade se soulage en pressant avec le doigt en arrière du point rétréci, il chasse ainsi une certaine quantité d'urine, dont le reste s'écoule souvent goutte à goutte lorsque la verge reprend sa situation pendante dans le pantalon. Bientôt l'urètre s'enflamme par irritation mécanique, et alors on remarque une des variétés de goutte militaire, caractérisée par un écoulement muco-purulent, de couleur et de consistance variable, qui s'écoule en bavant et vient

former sur la chemise des taches plus ou moins arrondies et comme empesées, bien différentes de celles d'un écoulement inflammatoire aigu. Beaucoup de ces malades viendront vous trouver pour de vieilles blennorrhées que l'on soigne par des injections, et dont cependant la principale indication thérapeutique ressort de l'examen du canal avec un explorateur à boule.

A mesure que le rétrécissement fait des progrès, la dysurie et les lésions qu'elle produit deviennent plus marquées; je vous ai déjà décrit la succession des phénomènes que l'on observe dans ces cas; reportez-vous à ce que je vous ai dit en parlant de la pathogénie de la cystite chronique. Quand un rétrécissement est très-étroit, il donne lieu à deux sortes d'accidents: les uns sont aigus, inflammatoires; c'est une congestion intense de la muqueuse vésicale avec hypertrophie des parois, et l'altération alcaline ou ammoniacale de l'urine, ou une dilatation de l'urèthre en arrière de l'obstacle, pouvant amener la rupture ou l'ulcération, l'infiltration d'urine: les autres se produisent d'une façon lente, insidieuse; la vessie se laisse dilater, ses parois sont frappées d'inertie, il existe de la rétention, soit absolue, soit avec regorgement; la distension gagne les uretères, les reins, tout l'appareil urinaire est gorgé d'urine, et l'on observe bientôt les signes de la résorption urineuse. D'autrefois les accidents généraux revêtent une autre forme, celle de la fièvre intermittente uréthrale; suivant la remarque de Chassaignac, elles succèdent à une irritation de la portion spongieuse de l'urèthre, et non à l'irritation des portions membraneuse et prostatique; jamais on ne l'ob-

serve chez la femme. Dans bon nombre de cas, cette fièvre survient après la première miction qui suit le cathétérisme; presque toujours elle se produit s'il existe une affection rénale, et dans ce cas elle peut être promptement mortelle; la suppression de l'urine est plus ou moins complète, et le malade succombe à l'empoisonnement urémique.

Les signes que je vous ai indiqués donnent une présomption de l'existence du rétrécissement; il faut de plus la démontrer par l'exploration de l'urèthre. Je vous ai dit, en parlant du cathétérisme du canal à l'état pathologique, les règles qui doivent être suivies dans cette exploration. Prenez d'abord une bougie terminée par une boule de 7 millimètres, laquelle passe facilement dans un urèthre sain; elle vous donnera la notion d'un rétrécissement léger, et qui échapperait à un instrument trop petit. Si cette bougie ne passe pas, prenez un explorateur de petit calibre; comme dans le cas de rétrécissements multiples, le plus étroit siège presque toujours vers le bulbe, l'explorateur s'y arrêtera, après avoir franchi les rétrécissements de la portion antérieure que l'olive de la bougie aura permis de reconnaître. On ne se sert plus aujourd'hui des bougies exploratrices de Ducamp; ces bougies de cire, ainsi que vous l'ai fait remarquer, sont infidèles et dangereuses: infidèles, parce que la matière emplastique, au lieu de pénétrer dans le rétrécissement, se tasse en avant de lui, et rapporte une empreinte qui ne donne aucune notion exacte, ou bien, si elle a franchi le rétrécissement, l'empreinte se laisse déformer, passée qu'elle est comme à la filière, en franchissant de nouveau le point rétréci; elles sont dangereuses, parce que la portion

de cire introduite dans le rétrécissement peut se briser, et constituer un corps étranger qui oblitère complètement le canal.

Il est très-difficile de déterminer la longueur d'un rétrécissement; l'explorateur ne peut donner que la notion des points les plus étroits, et nullement celle de la mesure de l'altération des parois du canal; il suffit que vous vous reportiez à ce que vous savez de la disposition des rétrécissements inflammatoires, pour vous convaincre des imperfections que présente à cet égard la bougie à boule; malgré ces imperfections, elle ne reste pas moins le meilleur explorateur. Dans certains cas, on emploie, à l'exemple de Phillips, les bougies terminées par une demi olive: elles rendent des services dans le diagnostic des rétrécissements valvulaires; l'instrument de M. Amussat est terminé par une demi olive métallique.

Il y a souvent un grand intérêt à calculer exactement la distance du rétrécissement au méat; on a l'habitude de l'apprécier par une marque tracée sur la bougie, au point où elle correspond au méat, alors que la boule est arrêtée au rétrécissement; cette méthode est mauvaise, à cause de la variabilité de la portion pendante de la verge. Le professeur Guyon, que nous avons souvent l'occasion de citer, engage à reconnaître par la pression le relief de l'olive à travers les tissus: cela est surtout facile lorsqu'on emploie une olive métallique; on a alors un renseignement très précis puisque l'on constate directement le point du canal où l'on sent le relief de l'olive exploratrice arrêtée contre l'obstacle.

L'endoscope ne peut fournir que des renseignements

incomplets, puisqu'on ne peut voir que la partie antérieure du rétrécissement: d'ailleurs l'obstacle véritable au cathétérisme se trouve souvent hors de portée de la vue, puisque dans la plupart des cas, il dépend de la forme tortueuse du rétrécissement.