

pour guérir une blennorrhagie de quatre mois. Si l'amélioration ne se produit pas après deux ou trois dilatations, c'est que la sclérose des foyers cellulaires a commencé; et la résorption de ces foyers durs demande de plus longs délais; les scléroses vieilles résistent trop souvent.

Si le méat est large, l'introduction des béniqués est un bon moyen de dilatation. Mais, la distension maxima, au niveau du méat, demeure, au niveau du bulbe, inférieure au calibre physiologique de cette portion. On peut, pour poursuivre la dilatation, sectionner le méat, à la façon d'Otis. Il est préférable d'utiliser des instruments à distension partielle, capables de se développer largement dans l'urèthre profond, sans forcer le canal pénien ou le méat. Oberländer a fait établir quatre types de dilateurs, dont les branches parallèles, engainées dans un capuchon de caoutchouc stérilisable, s'écartent par l'action d'une vis et dont le développement s'enregistre sur un cadran, gradué en numéros Charrière: les deux premiers servent à dilater l'urèthre antérieur; le troisième le bulbe; et le quatrième l'urèthre postérieur. Kollmann a construit des dilateurs à quatre branches, à gaines de caoutchouc, qui paraissent avoir une action plus douce.

En règle générale, la dilatation ne doit être répétée que lorsque la réaction de la précédente séance s'est apaisée, que l'érection ou l'introduction de l'instrument ne sont plus douloureuses. Avec les béniqués, on peut faire des séances tous les deux ou trois jours, alternées avec des instillations; avec l'Oberländer ou le Kollmann, il faut mettre des intervalles de dix à douze jours. Une autre règle est de développer lentement le calibre: une dilatation brusque fait des déchirures et des auto-inoculations du canal. L'introduction des instruments dilateurs doit toujours être précédée d'un lavage de l'urèthre. Il est avantageux d'adjoindre, à la dilatation, l'effet substitutif d'instillations au nitrate ou au sublimé: on les fera, soit après la dilatation, soit par séances alternantes. Mais, il sera important de couper par des intervalles de repos les séries de traitement, pour ne point exagérer l'action médicamenteuse: il est des desquamations épithéliales qui tiennent à cet excès de thérapeutique et que guérit la seule suspension du traitement.

§ 4. **Traitement endoscopique.** — Quand le canal présente de grosses lésions anatomiques, l'endoscope peut en diriger le traitement. Il permet: d'extirper une saillie polypeuse; de cautériser les fissures; de détruire par l'électrolyse ou par les scarifications avec l'urétrotome d'Oberländer les foyers durs d'infiltration; d'électrolyser ou d'inciser avec les petits couteaux endoscopiques de Kollmann les cryptes ou lacunes de Morgagni en proie au catarrhe; de toucher à la teinture d'iode le verumontanum dont le gonflement inflammatoire se rencontre chez les malades atteints de cet écoulement opalin qui se produit au moment de la défécation et les inquiète si vivement.

3° **Résultats.** — Soyez réservé dans vos promesses. Il est des malades que vous guérirez totalement. Il en est d'autres chez qui, malgré des mois de traitement, persistera un écoulement muqueux, limpide, aseptique, dépourvu de gonocoques et de microbes secondaires. C'est un résultat qu'il faut prévoir chez les vieux blennorrhéens, ayant subi de longues séries d'instillations argentiques, et dont il faut se tenir satisfait: l'important est que le sujet ne soit plus contagieux, ait un canal bien calibré et soit protégé contre le rétrécissement. On en voit, parmi ceux-là, qui, ayant cessé tout traitement, finissent par guérir. Au

surplus, il convient d'accorder à l'état constitutionnel un rôle réel dans ces suintements muqueux rebelles: ils sont ordinaires aux arthritiques ou aux herpétiques, dont les muqueuses ont, comme la peau, une particulière susceptibilité. Ici, le traitement médical, l'hydrothérapie, les frictions cutanées font souvent plus que tout topique.

CHAPITRE VI

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE

I

RÉTRÉCISSEMENTS CHEZ L'HOMME

Historique. — La légende de l'obstruction uréthrale par des « caroncules » ou des « carnosités » a vécu jusqu'au xviii^e siècle: des chairs exubérantes végétant sur le col vésical, des « excroissances à parties honteuses » étaient accusées de produire la rétention urinaire. C'était une « carnosité » occupant l'urèthre d'Henri IV de France, que Loyseau de Bergerac crut guérir « avec l'aide de Dieu » et grâce à un emplâtre composé de sabine. Des protestations cependant, appuyées sur des nécropsies, s'élevèrent contre cette hypothèse transmise et admise par tradition. Une des premières en date fut celle de J. Girault qui, dans une note au VI^e livre de Paul d'Égine, « pria les chirurgiens de ne pas croire de léger aux carnosités ». Dionis, Bénévoli, Morgagni, cherchent vainement, sur le cadavre, les caroncules incriminées. « Un homme, nous conte J.-L. Petit, mourut de la rétention d'urine pour s'être fié à un charlatan qui l'avait traité pendant six mois avec des tisanes diurétiques et des bougies, lui ayant fait croire qu'il avait des carnosités: j'ouvris entièrement l'urèthre, dans lequel je ne remarquai aucune carnosité, ni apparence qu'il y en eût; ce qui me confirme dans l'opinion où je suis, que ces marchands de bougie font un cruel abus de la crédulité du peuple. » La chose était de plus en plus contestée, et le mot tendait à disparaître: on parlait désormais de « callosités », de rétrécissements; dès 1690, le fameux lithotomiste François Colot avait incisé par le périnée un « étranglement calleux » occupant l'urèthre de M. Boileau, greffier au Parlement de Paris; c'était dans les parois mêmes du canal que La Faye et François Le Dran, hardis initiateurs de l'uréthrotomie externe, plaçaient l'obstacle au cours urinaire.

Les examens uréthroscopiques contemporains ont révélé l'existence de polypes, de « granulations » urétrales; les observations anatomo-pathologiques ont signalé la présence, au niveau et surtout en amont du point sténosé, de végétations bourgeonnantes, altérations secondaires et accessoires: c'est tout ce que peut réclamer la vieille doctrine des carnosités. Encore s'agit-il là de lésions rétrécissantes et non de rétrécissements vrais. Les sténoses congénitales, les accidents dus à l'inflammation aiguë, les tumeurs de voisinage qui effacent par compression la lumière du canal, doivent aussi être exclus de ce groupe. Par rétrécissement de l'urèthre, nous entendons la diminution permanente de son

calibre, tenant à la production intra-pariétale d'un tissu de sclérose ou de cicatrice.

Étiologie et pathogénie. — Blennorragie et rupture accidentelle, voilà, en effet, les deux facteurs des rétrécissements uréthraux qui, partant, peuvent être de deux ordres : *inflammatoires* ou *traumatiques*. Et le processus diffère dans l'un et l'autre cas : dans le premier, c'est un travail de phlegmasie chronique, aboutissant à une lente sclérose, qui resserre le canal; il s'agit, dans le second, d'une cicatrice, rapidement organisée, et qui a du tissu inodulaire les fâcheuses propriétés, à savoir les tendances rétractiles et la coarctation progressive. Entre ces deux espèces, se place une variété intermédiaire : les rétrécissements « scléro-cicatriciels ».

1° Rétrécissements traumatiques. — Sur l'étiologie et la pathogénie des rétrécissements traumatiques, nous serons bref : elle est tout entière contenue dans l'histoire des ruptures uréthrales; les éraillures muqueuses, les fractures trabéculaires du corps spongieux peuvent, chez un sujet au canal vierge de toute blennorragie, succéder à un traumatisme du pénis : faux pas du coït, manipulations violentes pendant l'érection. La première cause est indéniable, la seconde, parfois discutée, nous paraît tout aussi admissible.

La région périnéo-bulbaire, siège d'élection des coarctations traumatiques, est surtout atteinte dans les chutes à califourchon ou dans les chocs sur le périnée; le tronçon membraneux est parfois rompu, mais il est particulièrement menacé par les fractures du bassin. Le rétrécissement traumatique est habituellement unique, à moins qu'il ne se complique de rétrécissement blennorragique, et ce caractère le distingue. L'étendue de la cicatrice obstruante se mesure au degré du traumatisme : aux ruptures interstitielles succède une demi-virole occupant la paroi inférieure; plus tard, l'anneau cicatriciel se complète, mais c'est toujours en bas que l'épaisseur et la dureté inodulaires seront plus accentuées. Soit le cas de déchirure complète ou ne respectant qu'un pont étroit de la paroi supérieure : dans les jours qui suivent, le foyer intermédiaire aux deux bouts est devenu le siège d'une inflammation réparatrice. Tout dépendra désormais de la direction imprimée à ce travail de cicatrice : si un traitement opportun est intervenu, le processus de réparation, maintenu et modelé par la sonde à demeure, va substituer à la brèche du canal un tronçon nouveau. Ce « raccord » du canal une fois constitué, le cathétérisme méthodique est venu en assurer la stabilité et maintenir la perméabilité des bouts afférents.

Voici, au contraire, un cas où la restauration uréthrale primitive a été négligée ou mal conduite : l'irrégularité de la cicatrice se subordonne à l'intensité des dégâts, à la gravité des complications inflammatoires; selon que la rupture est partielle ou totale, elle formera une bride ou une bande circonscrite; par malheur, la production inodulaire a toujours tendance à devenir exubérante et à créer, l'irritation urinaire aidant, des masses calleuses hors de proportion avec l'accident primitif. La rupture a-t-elle été totale, à bouts distants et mâchés, la cicatrisation risque fort d'aboutir à la formation d'une virole massive, percée d'un conduit irrégulier, anfractueux, carrefour de poches et de fistules urinaires voisines.

La rapidité d'évolution, l'inextensibilité propre aux tissus de cicatrice et, partant, la résistance à la dilatation; la complication fréquente par des abcès urinaires, par des fistules rebelles, par des lésions ascendantes de l'appareil uri-

naire supérieur : voilà des caractères cliniques à mettre dès maintenant en relief; ils résultent des circonstances productrices ou des propriétés anatomiques du rétrécissement traumatique et sont les facteurs de sa gravité. A ces caractères classiques, des infractions sont possibles, tant il est vrai qu'en clinique rien n'est absolu. Le rétrécissement traumatique peut avoir une marche lente⁽¹⁾; Bazy l'a établi par un fait entouré de toutes garanties : traumatisme très ancien; déformation persistante et visible du bassin; absence d'accidents pendant de longues années; arrêt de la boule dans un point bien déterminé (la portion membraneuse du canal). A côté de ce fait, quelques rares observations se groupent — trois seulement, au dire de Bazy : ce sont des exceptions indéniables à la règle, mais la règle persiste.

2° Rétrécissements scléro-cicatriciels. — Un blennorragien a subi un de ces menus traumatismes, souvent inaperçus du malade, et qu'une enquête étiologique ne doit jamais négliger : une érection vive, un coït en pleine chaudepisse cordée, le redressement du gland pour faciliter l'introduction de la seringue, la vieille coutume

de la rupture de la corde, telles sont les conditions habituelles de ces traumatismes de l'urèthre pénien; de là, des éraillures de la muqueuse, des éclatements trabéculaires du corps spongieux. Le canal a saigné; le plus souvent quelques gouttes de peine ont paru au méat; le malade a éprouvé une douleur vive mais passagère : voilà des commémoratifs à rechercher. Au niveau de ces déchirures vont s'organiser des cicatrices, des îlots fibreux denses, où le processus cicatriciel se combine au travail de sclérose inflammatoire : ce sont les rétrécissements « scléro-cicatriciels » qui montrent bien, par leurs caractères cliniques, leur « hybridité » étiologique; ils sont, de par leur élément inodulaire, d'évolution rapide et résistent à la dilatation.

Deuxième variété de rétrécissement cicatriciel, d'origine blennorragique. Sans intervention d'aucun traumatisme, l'urétrite aiguë provoque parfois, comme l'a indiqué Voillemier, de petites ulcérations occupant les orifices et la cavité des foramina situés dans le sillon médian et dorsal de la verge, à quel-

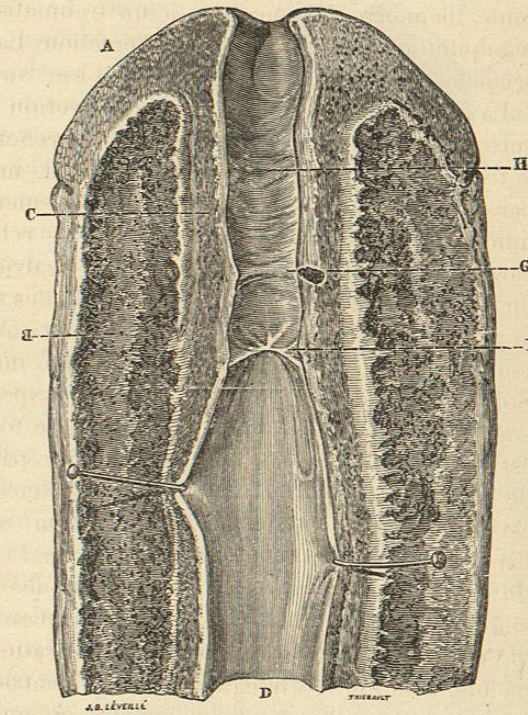


FIG. 198. — Brides scléro-cicatricielles au niveau de l'urèthre antérieur. (Voillemier.)

⁽¹⁾ Consulter : BAZY, *Presse médicale*, 1897, n° 15, et *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, juillet 1897. — ROUTIER, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1897. — DELBET, *Annales des mal. des organes génito-urinaires*, 1897, p. 505.

ques centimètres à peine du méat. « Si elles viennent à dépasser la muqueuse et à intéresser le tissu cellulaire sous-muqueux, voici ce qui arrive : dans le point où ce dernier a été détruit, il s'établit une petite cicatrice assez régulière, légèrement froncée, ayant 1 ou 2 millimètres de diamètre; en se rétractant, elle attire la muqueuse voisine; celle-ci se fronce à la manière d'une étoffe; mais, tandis qu'elle cède facilement dans le sens de la longueur de l'urètre, elle est tiraillée en travers et forme plusieurs plis radiés, qui aboutissent à la cicatrice comme vers un centre ». Ces plissements transversaux de la muqueuse, distendus par l'ondée urinaire, tendent à se développer en valvules, mais n'apportent généralement qu'un médiocre obstacle à la miction, dont le jet les couche en avant. Ils occupent les premiers centimètres du canal après le méat.

Les chancres simples peuvent laisser des cicatrices occupant le méat et la fosse naviculaire, ne dépassant qu'exceptionnellement les 5 premiers centimètres; l'ulcération chancrelleuse, irritée par l'urine, atteint en général, suivant Tédénat, une assez grande épaisseur et donne lieu à une cicatrice épaisse, irrégulière et

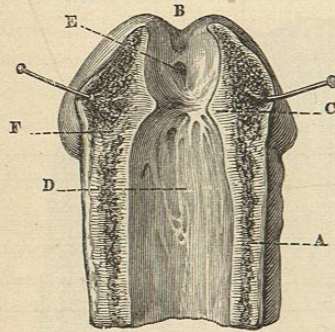


FIG. 199. — Rétrécissement cicatriciel ayant succédé à un chancre.

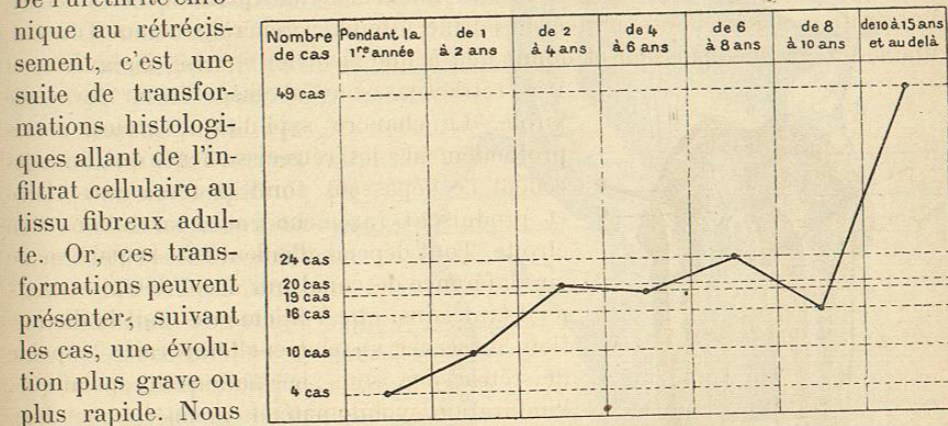
très rétractile, souvent disposée en forme de virole. Le chancre syphilitique creuse moins profondément; les rétrécissements qui lui succèdent ne dépassent point la fosse naviculaire et produisent rarement une coarctation bien étroite. Tout dépend d'ailleurs de la portion de circonférence de canal qui a été détruite; mais ici il faut, ainsi que Voillemier en fait la distinction, discerner un élément temporaire, capable de rétrocéder sous le traitement spécifique, l'induration syphilomateuse et un élément fixe, la cicatrice. Quand on divise l'urètre dans sa longueur, la cicatrice se présente, nous dit Voillemier, sous la forme d'un petit triangle dont le sommet est saillant dans le canal et dont la base se confond avec le tissu spongieux. — « J'ai observé trois fois, nous décrit Tédénat, chez un diabétique jusqu'alors indemne de toute blennorrhagie, des rétrécissements cicatriciels très étroits du méat et de la fosse naviculaire. Chez les glycosuriques, il n'est pas rare de rencontrer des ulcérations sur le gland et sur le prépuce; le phimosis et l'atrésie congénitale du méat favorisent l'action irritante de l'urine en prolongeant son contact avec la partie malade. Aussi, parfois, observe-t-on alors des ulcères indurés ne manquant pas d'analogie avec l'*ulcus elevatum* syphilitique. Tout autour, la muqueuse est épaissie, dure, et souvent, sans qu'il y ait eu d'ulcération préalable, l'orifice du prépuce et le méat sont rétrécis par l'inflammation scléreuse. »

5° Rétrécissements inflammatoires blennorrhagiques. — C'est la classe dominante. Le rétrécissement est le terme anatomique auquel tend l'urétrite chronique, par un processus anatomique continu, que les recherches contemporaines de Finger, de Hallé et Wassermann ont bien établi.

En règle générale, pour que la blennorrhagie crée un rétrécissement notable, n'admettant que le 12 ou 14 Charrière, il faut du temps. Guyon, colligeant 142 cas, a pu préciser l'apparition du rétrécissement à dater de la première blennorrhagie. Nous traduisons ces résultats en graphique, page 823.

Mais, avant d'aboutir à ces sténoses étroites, un canal, en proie à l'inflammation chronique, passe par des phases progressives d'infiltration embryonnaire d'abord, de sclérose ensuite, qui commencent par diminuer son élasticité et sa souplesse, puis réduisent son calibre. Or, dès ces premières phases où la paroi urétrale infiltrée perd sa souplesse normale, le rétrécissement existe: les explorateurs volumineux, nos 20 à 25, apprécient ces indurations partielles du canal, et il faut bien les considérer comme des rétrécissements en voie de progrès, puisque leur dilatation réussit seule à guérir l'écoulement chronique qui traduit ces lésions.

Avec cette notion des *rétrécissements larges*, bien démontrée par l'anatomie pathologique et féconde en résultats thérapeutiques, la loi classique de la formation tardive des sténoses blennorrhagiques perd de son caractère absolu. De l'urétrite chronique au rétrécissement, c'est une suite de transformations histologiques allant de l'infiltrat cellulaire au tissu fibreux adulte. Or, ces transformations peuvent présenter, suivant les cas, une évolution plus grave ou plus rapide. Nous avons, comme Ba-



zy, vu des rétrécissements serrés évoluer deux ou trois ans à peine après la première blennorrhagie : cela dépend de l'intensité du processus blennorrhagique, de la profondeur des lésions, dépassant le tissu sous-muqueux et atteignant le corps spongieux en son épaisseur.

D'autres conditions auxiliaires sont capables d'accélérer la formation scléreuse : il est logique d'incriminer la permanence de la suppuration; les déchéances trophiques propices aux cirrhoses, comme la vieillesse ou la sénilité vasculaire des artério-scléreux, les irritations du canal. Nous touchons ici à un point souvent débattu : les injections, les applications caustiques sont-elles capables de provoquer un rétrécissement? C'est surtout au nitrate d'argent que cette accusation s'adresse. Assurément, sous la forme de caustique solide, à dose massive, porté à l'instar de Lallemand sur la région enflammée, il peut « endommager » la muqueuse et préparer une lésion cicatricielle; mais on ne peut faire ce reproche aux instillations bien dosées. Nous avons signalé, néanmoins, les lésions observées par Gruenfeld sous le nom d'argyrisme.

Valette (de Lyon), en 1875, attirait l'attention des élèves qui fréquentaient sa clinique sur les conséquences de l'étroitesse du méat et sur certaines formes qu'il appelait « méats à rétrécissements ». Il y a là une observation clinique judicieuse et un mot heureux : l'atrésie du méat n'est-elle pas, pour la chaude-pisse, un facteur de durée et d'aggravation? Or, toutes causes qui prolongent la phlegmasie du canal menacent son calibre.

Anatomie pathologique. — 1° Rétrécissement traumatique. — Les cicatrices du rétrécissement traumatique ne sont guère intéressantes au point de vue anatomo-pathologique : c'est du tissu fibreux, dont l'épaisseur, la forme, l'étendue, l'irrégularité dépendent, ainsi que nous l'avons vu plus haut, des dégâts primitifs du traumatisme urétral et des complications secondaires qui l'ont aggravé. Il est habituellement unique, a son siège d'élection dans la région périnéo-bulbaire, et s'est rapidement développé; ce peut être une simple bride « en croissant », occupant le plancher du canal, comprenant parfois les deux

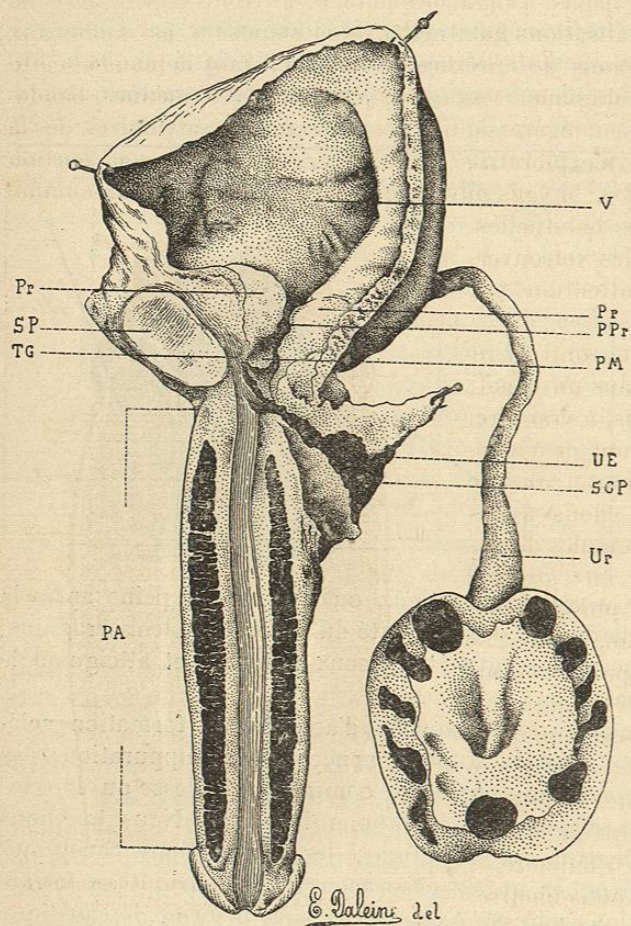


FIG. 200. — Rétrécissement traumatique de la portion membraneuse par fracture du bassin.

V, vessie dilatée à parois épaissies. — TC, tissu cicatriciel attirant le canal vers la symphyse. — PM, portion membraneuse sectionnée et séparée de la portion antérieure du canal par un cloaque. — UE, fistule résultant de l'uréthrotomie externe. — Urelères très dilatés; les calices ont refoulé la substance rénale et forment de grandes ampoules. (Guyon et Bazy.)

2° Rétrécissements scléro-cicatriciels. — Les cicatricules des rétrécissements scléro-cicatriciels se montrent sous la forme d'îlots, de menues bandes scléreuses, variables, ainsi que nous l'avons décrit, suivant la perte de substance productrice; elles ont pour domicile à peu près fixe la portion antérieure de l'urètre pénien.

tiers du pourtour urétral, formant plus rarement un anneau cicatriciel complet, ou bien un nodus épais où viennent s'aboucher les deux bouts irréguliers et excentrés. Dans quelques cas exceptionnellement graves, l'oblitération urétrale peut être complète.

Ladroitte en a recueilli dans sa thèse 19 observations, et Terrillon en a figuré un bel exemple.

Les altérations des tissus périphériques sont en général considérables : des fistules multiples, d'épaisses callosités indurant le périnée compliquent ces lésions; cette cicatrice, souvent difforme, devient un foyer de phlegmasie chronique qui progresse à la manière des rétrécissements inflammatoires; parfois même, dans ces masses calleuses, mal nourries et traversées de trajets, s'allument, comme l'a bien décrit Dittel, des inflammations vives aboutissant à la suppuration.

3° Rétrécissements blennorragiques. — La multiplicité, la diffusion et l'étendue des lésions sont, comme le disent Hallé et Wassermann, les caractères essentiels des rétrécissements inflammatoires, caractères opposés à l'unité, à la limitation, à la localisation exacte du rétrécissement traumatique.

§ 1. **Nombre.** — Le rétrécissement blennorragique est généralement multiple. Martin (de Genève) a consigné, dans la traduction des œuvres de Sir Henry Thompson, le résultat de l'examen de 168 cas observés dans le service du professeur Guyon : 137 fois il s'agissait de strictures multiples. La fosse naviculaire, le tiers antérieur du pénis, l'angle pré-pubien, le tronçon scrotal et la région bulbaire sont les localisations habituelles de la sténose. C'est moins aux nécropsies qu'aux explorations de l'urètre vivant qu'il faut demander cette constatation anatomo-pathologique. Voici, par exemple, ces menues bandellettes, ces rides et brides en légère saillie, ces plissements valvulaires de la muqueuse sur lesquels l'olive exploratrice « ressaute » au niveau de la portion antérieure de l'urètre pénien : si vous ouvrez le canal dans sa longueur, comme on le fait pour les autopsies habituelles, vous risquez de ne plus les retrouver. Voillemier avait attiré l'attention sur cette erreur possible.

Lallemand assure avoir rencontré 7 rétrécissements successifs dans un canal; Leroy en a compté 11; mais, à vrai dire, il s'agit alors, suivant le mot de Voillemier, d'urètres rétrécis plutôt que de rétrécissements multiples; nous avons tous rencontré quelques exemples de ces tubes urétraux indurés en presque totalité. Mais la région la plus atteinte et la plus rétrécie est ordinairement la portion bulbaire; n'est-ce point à ce niveau que la blennorragie chronique se réfugie? D'une façon générale, on peut formuler avec Guyon que : « la filière urétrale des blennorragiques se rétrécit de plus en plus à mesure qu'on se rapproche de la portion périnéo-bulbaire ». Le canal, par exemple, a pu admettre, dans sa portion pénienne, une olive 15 à 18; la traversée scrotale ne se sera faite qu'avec une boule n° 8 ou n° 6 qui sera arrêtée au niveau du bulbe. Si vous rencontrez dès l'urètre pénien une ou plusieurs strictures étroites, considérez qu'il s'agit le plus souvent de rétrécissements scléro-cicatriciels par menus traumatismes de l'urètre.

§ 2. **Étendue.** — La longueur des rétrécissements n'a rien de fixe. Comme l'observe Voillemier, « les traces d'une inflammation chronique et les bords mêmes d'une cicatrice ne s'arrêtent pas brusquement; bien souvent il nous est arrivé, avec la pièce pathologique sous les yeux et le scalpel à la main, de ne pouvoir déterminer exactement les limites d'un rétrécissement ». L'explorateur à boule, au toucher délicat, nous permet, dans une suffisante mesure, cette appréciation : s'il ne rencontre généralement dans l'avant-canal que des brides vite franchies,

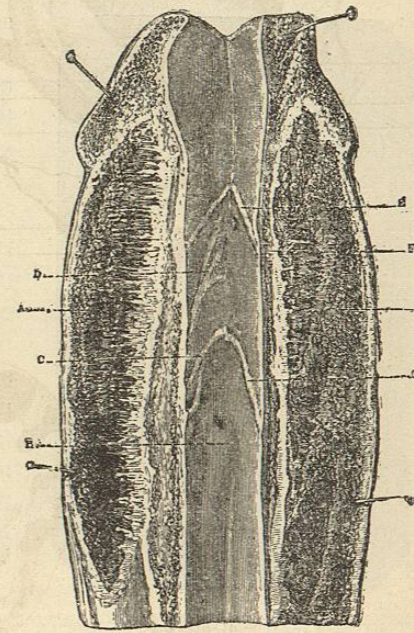


FIG. 201. — Rétrécissement inflammatoire à son degré le plus léger. (Voillemier.)