

la masse fibreuse en pleine épaisseur et, à coups de ciseaux, retrancher les deux moitiés par morcellement. Après la résection circulaire, les deux bouts de l'urèthre sectionné s'écartent l'un de l'autre; quand leur écartement dépasse 5 centimètres, on aura bien de la peine à les affronter et à les réunir.

La résection partielle, en respectant une bande de tissu urétral sur la paroi supérieure du canal, empêche l'écartement excessif des deux bouts. Cette portion supérieure de l'urèthre reste souvent relativement saine, les lésions graves ayant pour siège principal la paroi inférieure; comme l'estime Albaran, elle doit probablement contribuer, par son épithélium, à la régénération du canal. Il en résulte que toutes les fois qu'on se trouve en présence de lésions circonscrites, la résection partielle, cunéiforme, du canal doit être préférée. L'introduction d'un cathéter dans l'urèthre la facilite: le callus doit être fendu sur la ligne médiane; puis, sur chacune des deux lèvres de la plaie, on excise toutes les parties malades des tissus péri-urétraux et urétraux.

La reconstitution immédiate de l'urèthre par des sutures doit être désormais le complément obligé de la résection. Deux procédés la réalisent: 1° les sutures urétrales réunissant les tissus propres du canal; 2° les sutures para-urétrales réunissant les tissus voisins de l'urèthre. — Après une résection circulaire, quand les deux bouts peuvent être amenés au contact, le mieux est évidemment de les réunir par une uréthrorraphie à plein canal, au moyen d'une couronne de points ne perforant pas la muqueuse. Mais le plus souvent cette jonction bout à bout sera empêchée par l'écartement, par l'insuffisante résistance des tissus urétraux, par l'étendue de la perte de substance.

Quand l'étoffe urétrale manque, on la remplace par le tissu para-urétral; et, résultat frappant, si ces tissus sont sains, de vitalité et d'épaisseur suffisantes, d'affrontement parfait, ils s'adapteront très bien à leur nouvel état anatomique et à leur fonctionnement de canal stable. On peut faire un urèthre avec les parties molles du périnée: la preuve clinique en est fournie; et une expérience de Noguès montre que ce canal néoformé se tapisse d'une couche épithéliale continue. La technique est simple: après l'excision des masses fibreuses, placez votre sonde à demeure, et par deux plans au catgut ramenez sur la sonde les parties musculo-aponévrotiques du périnée; les points peuvent être passés à la façon de Lembert de manière à adosser des surfaces et non des bords; un étage superficiel au fil métallique comprendra le tissu cellulaire sous-cutané et la peau.

§ 5. Ses résultats. — La méthode mérite-t-elle d'être dite radicale, rétablissant définitivement l'état anatomique et la fonction du canal? Elle est d'usage trop récent pour qu'on puisse se prononcer sur la stabilité de ses effets; des résultats fixes, depuis trois et cinq ans, ont été publiés; notre premier opéré pisso à plein canal depuis 1891. Mais l'uréthrotomie externe nous fournit aussi des effets d'égale durée et il nous est arrivé à tous d'avoir à recaler des urèthres, gardant leur élargissement pendant des années. Au surplus, le résultat se subordonne aux conditions anatomiques du cas: après l'excision d'un nodus circonscrit et du secteur urétral adjacent, on peut parler de guérison radicale; s'il s'agit d'un périnée largement calleux et fistuleux, et s'il persiste dans l'urèthre des lésions diffuses en voie d'évolution, l'avenir n'est point sûr pour le canal restauré.

6° Opérations palliatives. — I. Uréthrostomie périnéale. — Sous le nom

d'uréthrostomie périnéale, Poncet (*) a proposé la création au périnée d'un méat contre nature. Par une incision analogue à celle d'une uréthrotomie externe, pratiquée en arrière des bourses, avec ou sans conducteur, on va à la recherche de l'urèthre. Le canal mis à nu est incisé sur une partie de sa longueur, et si nous supposons, ce qui est le cas le plus fréquent de l'uréthrostomie, un rétrécissement étendu, l'urèthre découvert est ensuite incisé transversalement, perpendiculairement à sa direction, immédiatement en arrière du rétrécissement ou quelquefois en plein rétrécissement. Des deux bouts ainsi obtenus un seul nous intéresse dorénavant. On le dissèque alors sur une hauteur de 10 à 12 millimètres, on incise sur une hauteur égale sa paroi inférieure et l'on suture les bords de cette ouverture urétrale de forme triangulaire avec les lèvres voisines de l'angle inférieur de la plaie périnéale. Quant au bout inférieur, il est abandonné dans la plaie, dont les bords sont également réunis par des sutures. — Par la création de ce nouveau méat, on sacrifie ainsi, au point de vue fonctionnel, une étendue plus ou moins considérable du canal urétral.

Les indications de cette opération palliative ne sont autres que les contre-indications des autres méthodes; elle vise les rétrécissements incurables: sténoses étendues et multiples, anciennes, déjà plusieurs fois opérées et plusieurs fois récidivées, compliquées d'infiltrations et de fistules nombreuses; sujets âgés chez qui l'évacuation vésicale passe au premier plan; mauvais état des voies urinaires supérieures, lorsque le malade est une sorte de *noli me tangere* chez qui il faut redouter des manœuvres chirurgicales répétées, telles que cathétérisme fréquent, sonde à demeure. — L'uréthrostomie transforme le patient en un hypospade périnéal: elle l'oblige à uriner en position accroupie; elle ne compromet ni l'érection, ni les sensations de l'éjaculation; mais elle s'oppose à la fécondation, puisque l'émission spermatique a lieu derrière le rideau scrotal.

II. Cystostomie sus-pubienne. — La cystostomie sus-pubienne, à titre temporaire, peut trouver des indications, sur lesquelles Rollet a appelé l'attention et que nous avons suivies pour trois cas de notre service à Montpellier. Dans l'hypothèse de rétrécissement compliqué d'infection urinaire à point de départ vésical, elle devient une intervention d'urgence; elle l'est encore dans le cas d'une infiltration d'urine, quand le canal est infranchissable, le bout postérieur introuvable, l'urine infectée et qu'il a fallu faire le cathétérisme rétrograde: on profite alors de l'incision vésicale pour drainer et assainir temporairement l'organe. Dans les réparations de l'urèthre périnéal, pour assurer la réunion immédiate des plans de suture, ou dans les cas complexes, lorsque les lésions et les fistules sont étendues, il y a avantage à dériver, par une cystostomie préliminaire, l'urine, si elle est septique: cette dérivation protégera mieux les plans restaurés que la sonde à demeure.

7° Traitement de la rétention chez les rétrécis. — Si l'on peut passer une sonde, la chose est simple. Mais, si l'introduction est empêchée, on peut se contenter de passer une bougie fine: elle permettra l'évacuation, par filtration de l'urine entre la paroi et l'instrument; ou bien, on peut retirer la bougie dès que l'envie d'uriner arrive; quelques grammes s'écoulent; réintroduction de l'instrument, suivie d'une nouvelle émission plus abondante; on répète la

(*) PONCET, Congrès français de chirurgie, 1892. *Mercredi médical*, avril 1895. *Arch. prov. de chir.*, février 1895. Thèse de Coignet. Lyon, 1895.

manœuvre et l'on voit bientôt l'urine sortir en jet. Il nous paraît, comme Bazy le pense, que la bougie agit en augmentant le pouvoir contractile de la vessie. Après avoir évacué la vessie, laissez la bougie à demeure, pour travailler le canal. — Quand le rétrécissement n'est pas franchissable, recourez au « cathétérisme appuyé » : conduisez une bougie de plus ou moins fort calibre à l'entrée du rétrécissement et attendez; au bout de quelque temps, on voit l'urine sourdre et s'écouler. Par quel mécanisme? Vraisemblablement, comme le dit Bazy, par une action dynamogénique s'exerçant sur la vessie et peut-être sur les vaso-moteurs des vaisseaux qui se rendent dans la zone du rétrécissement. Les vessies des vieux rétrécis ne se vident pas de cette façon : il faut alors ponctionner l'organe au-dessus du pubis; souvent la perméabilité du rétrécissement se rétablit après la cessation de la rétention. Dans le cas où il y a des risques graves d'infection, on peut faire la taille hypogastrique, qui permettra de faire en même temps le cathétérisme rétrograde et l'uréthrotomie externe.

II

RÉTRÉCISSEMENTS CHEZ LA FEMME (1)

Lisfranc les signala dans sa thèse d'agrégation de 1824; en 1854, Larcher en publiait 7 observations; Newmann, en 1875, en rapportait 4 cas; Blum, en 1877, dans son travail sur les affections de l'urèthre chez la femme, leur accordait un chapitre précis; la thèse de Fissiaux, en 1879, se basait sur 20 observations; le mémoire de Hermann, en 1887, en colligeait 25; celui de Genouville, en 1892, en relevait une soixantaine; Pasteau, en 1897, pouvait réunir un ensemble de 112 cas.

Les rétrécissements congénitaux sont rares : dans les deux cas de Blum et de Fissiaux, une persistance de l'ouraque coïncidait avec une imperforation de l'urèthre. Pour les rétrécissements traumatiques, une cause intervient ici fréquemment, la dystocie : à la suite d'un accouchement laborieux, une eschare peut être suivie d'une cicatrice rétractile. Parfois, l'introduction d'un corps étranger, une cautérisation ou une ablation de polypes sont l'origine d'un rétrécissement traumatique. Les rétrécissements inflammatoires sont dus presque exclusivement à la blennorrhagie, qui produit ici les mêmes lésions anatomiques d'urétrite scléreuse que dans l'urèthre mâle. Il est cependant une variété que Hermann a signalée : c'est le rétrécissement sénile. Hermann assimile le tissu cellulaire uréthro-vaginal à la prostate, et trouve dans l'hyperplasie conjonctive de ce tissu l'analogue de l'hypertrophie prostatique; mais les autopsies manquent pour appuyer cette opinion.

Des rétrécissements peu serrés peuvent rester inaperçus, en l'absence de signes fonctionnels, la femme n'appréciant point ordinairement la forme ou le

(1) LISFRANC, *Sur les rétrécissements de l'urèthre*. Thèse d'agrégation, 1824. — LARCHER, *Gaz. méd. de Paris*, 1854, t. II, p. 790. — NEWMANN, Traduit par Lutaud, in *Archives de méd.*, 1876, t. I, p. 45. — BLUM, *Arch. gén. de méd.*, 1877, p. 159-142. — FISSIAUX, Thèse de Paris, 1879. — HERMANN, *Transact. of the Obst. Soc. of London*, 1887, vol. XXIX. — GENOUVILLE, *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1892, p. 852, 925. — VAN DE WARKER, *Journal of Amer. med. Assoc.* Chicago, 1890. — PASTEAU, *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1897, p. 799, 968 et 1062.

volume de son jet d'urine et étant moins impressionnée que l'homme par les troubles de la miction, parce que les deux fonctions génitale et urinaire ne s'exercent point par le même canal. La diminution du jet, la lenteur et les difficultés de l'évacuation vésicale, la fréquence des mictions par uréthrocystite concomitante, la douleur pendant et après la miction, sont, comme chez l'homme, les signes qui traduisent l'obstacle uréthral. Contrairement à ce qui se passe chez l'homme, la vessie d'une femme en rétention peut acquérir un volume considérable, étant moins musclée et plus facile à distendre. L'urèthre de la femme sera exploré avec la bougie olivaire : dans la plupart des observations, l'obstacle siège dans le tiers antérieur de l'urèthre, surtout au niveau du méat, ce qui s'explique par ce fait qu'habituellement la blennorrhagie féminine reste limitée à la partie antérieure du canal.

La dilatation graduelle au moyen des bougies d'Hégar est la méthode de choix. En cas d'échec, on peut faire l'uréthrotomie interne, ou même, comme l'a fait Quénu, l'uréthrotomie totale, par une section comprenant toute l'épaisseur de la paroi uréthro-vaginale, au niveau du point rétréci, ce qui ne crée point l'incontinence puisque l'incision demeure en avant du sphincter.

CHAPITRE VII

TUMEURS DE L'URÈTHRE

I

POLYPES ET TUMEURS BÉNIGNES DE L'URÈTHRE

1° **Polypes de l'urèthre.** — Après avoir, sous la forme de « carnosités », de « caroncules », dominé et égaré jusqu'au dernier siècle l'histoire des obstructions urétrales, les polypes — grandeur et décadence des doctrines — ont été à peu près rayés de ce chapitre. Ils méritent cependant mieux que la brève mention que leur accordent à peine la plupart des classiques. Deux ordres de recherches sont venus tout récemment, qui leur ont apporté un regain d'actualité : d'une part, les examens anatomo-pathologiques qui nous montrent, en amont et au niveau du rétrécissement, les végétations papillaires du chorion de la muqueuse pouvant aboutir à la formation de saillies polypeuses; d'autre part, l'endoscopie uréthrale, qui nous a révélé l'existence, plus fréquente qu'on ne pensait, dans les urèthres blennorrhagiques de vieille date, de petites tumeurs granuleuses, friables, d'un rouge vif, richement vascularisées, se présentant parfois, nous dit Léopold Dittel (1), sous la forme de menues papilles juxtaposées, parfois sous l'aspect de végétations dendritiques, nées d'un tronc plus épais, terminées en massue et rappelant le cancer vilieux à touffes de la vessie.

Le terme de polype convient-il exactement à ces productions? Voillemier (2) le

(1) LEOPOLD DITTEL, *Die Stricturen der Harnröhre*. *Deutsche Chirurgie* de Billroth et Lücke. Lief. 49. — *Carunkeln. Papillome und Polypen der Harnröhre*, 1880, p. 198.

(2) VOILLEMIER, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. I, et *Maladies de l'urèthre*, p. 557.