

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.