

tions sont un maigre dossier clinique. Le malade de Paquet portait une tumeur dont le diagnostic anatomo-pathologique, soigneusement établi par Herrmann, fut « cylindre, ou tumeur hédéradénique à corps oviformes », d'après la nomenclature de Robin, « épithéliome glandulaire métatypique », suivant celle de Malassez. La tumeur enlevée par Kocher, et dont Kaufmann nous détaille l'examen pratiqué par Langhans, offrait un type anatomique absolument analogue. Le cas de Gussenbauer, rapporté par Pietrzikowski, paraît se rapporter plutôt à un vrai « carcinome, riche en cellules ». Le cylindre, observé par Paquet, se présentait sous la forme d'une tumeur grosse comme une noix, bien encapsulée, de consistance dure, adhérente seulement dans la région du bulbe urétral. Le néoplasme opéré par Kocher était plus volumineux, poussait des prolongements dans les environs, adhérait par l'un d'eux à la branche ischio-pubienne droite, envoyait une autre jetée sur le dos du pénis jusqu'au-dessous de la symphyse et contractait des rapports intimes avec le canal et la partie antérieure du rectum. La tumeur décrite par Pietrzikowski adhérait au muscle bulbo-caverneux, était en rapport étroit avec la portion membraneuse et poussait un prolongement jusqu'à la muqueuse rectale; les glandes régionales étaient prises et le groupe lymphatique externe formait une masse de la grosseur d'un petit poing.

La symptomatologie est au début banale. Une tuméfaction périnéale, solide, peu mobile, indolore, attira l'attention du malade de Gussenbauer; les premiers signes n'en furent observés que quatre semaines avant son entrée à l'hôpital; dans le mois qui suivit, la tumeur grossit rapidement; bientôt les ganglions inguinaux se prirent à droite, la miction devint difficile et douloureuse. Les deux autres cas se dénoncèrent de meilleure heure par des troubles fonctionnels de la miction et de la défécation, par la gêne douloureuse de la position assise et de la marche, gêne surtout accentuée chez le malade de Kocher. De semblables symptômes ne sont pas faits pour décider le diagnostic: c'est dans l'examen de la tumeur, de son siège caractéristique en arrière du bulbe et au-devant de l'anus, de son développement rapide sous une peau non enflammée qu'on trouvera de plus sérieux indices; la palpation périnéale associée au toucher rectal renseignera exactement sur sa topographie et ses prolongements. Kocher et Paquet purent, sans difficultés, sonder leur malade; Gussenbauer rencontra au niveau du bulbe une résistance passagère qui se supprima lorsqu'on écarta la tumeur du canal urétral. Le malade de Paquet avait soixante-cinq ans, celui de Kocher cinquante-sept ans; mais l'âge ne peut être ici une raison diagnostique décisive, puisque l'opéré de Gussenbauer n'avait que dix-neuf ans. L'extirpation totale et précoce, condition du succès, peut se heurter à de sérieuses difficultés: Kocher, ayant abordé largement le périnée par une incision en \perp dont la branche longitudinale répondait au raphé et la transversale à la marge pré-anale, dut séparer au thermo la tumeur de la branche ischio-pubienne, enlever un morceau de paroi urétrale, ouvrir le rectum dans une assez grande étendue au-dessus de l'anus, poursuivre une laborieuse ablation jusqu'au ligament triangulaire et à la symphyse. Gussenbauer rencontra aussi un prolongement profond qu'il fallut péniblement disséquer au-devant du rectum; quelques mois après, le malade était en pleine récidive.

CHAPITRE VIII

POCHES URINEUSES ET URÉTHROCÈLE

Les poches urineuses constituent des cavités sacciformes, développées aux dépens des parois urétrales. Nous avons ailleurs décrit les poches d'origine congénitale; nous ne nous occuperons ici que des sacs urineux de formation accidentelle.

1° **Poches urineuses chez l'homme.** — La formation pathologique d'une véritable poche urétrale est chose rare; et l'on manque, en somme, d'observations récentes et précises pour fournir sa preuve anatomique et justifier l'importance que les anciens lui ont attribuée. Théoriquement, sa conception est claire. En amont d'un obstacle urétral, calcul enclavé ou rétrécissement, le canal subit, sous l'effort de l'urine, une dilatation progressive. Entre ces deux puissances, une vessie jeune et robustement musclée qui se défend, et un urètre toujours peu ou prou altéré en avant du point obstrué, une lutte s'est établie: il peut arriver que ce soit le canal qui cède et se laisse élargir. Le mécanisme est donc simple, et comparable à celui qui préside à la formation d'un anévrysme sacciforme. En réalité, nous ne vérifions point cliniquement que le rétrécissement, affection fréquente, se complique de la formation de poches urineuses: la dilatation rétro-stricturale ne va pas jusque-là; elle se borne ordinairement à créer, en avant de l'obstacle, cette stagnation urétrale partielle, pour laquelle Desault et Chopart ont créé un terme précis en parlant « de la rétention d'urine dans l'urètre ».

Les sacs urineux dus à la présence d'un calcul engagé dans l'urètre se montrent en général au périnée, plus voisins des bourses que de l'anus. Rarement, on les rencontre en avant du scrotum, ou sur la portion pénienne, en arrière du gland. Au périnée, les poches sont ovoïdes ou globuleuses et assez grosses; les dilatations de la région spongieuse sont oblongues, allongées en boudin, le long de l'urètre. J.-L. Petit en a relaté quelques intéressantes observations. « Un jeune garçon de dix-sept à dix-huit ans me fut envoyé de province pour le guérir d'une rétention d'urine, qui durait depuis sept ou huit mois; je vis une tumeur grosse comme le poing, placée au-devant du rectum et s'étendant en avant jusqu'au scrotum qui la recouvrait en partie; en pressant cette tumeur il sortit par l'urètre une assez grande quantité d'urine pour me faire croire que c'était une hernie de vessie. Cette première idée fut détruite, parce que la tumeur que je venais de vider fut dans l'instant remplie d'une pareille quantité d'urine que j'évacuai de même, en pressant la tumeur. »

Toute la symptomatologie des poches urineuses tient en cette description. Le chirurgien est parfois consulté pour une dysurie, ainsi que l'a observé Voilemier: son malade se plaignait surtout de souiller ses vêtements, les urines continuant à suinter longtemps après la miction. L'examen montre la présence, soit d'un vrai sac globuleux dans le périnée, soit d'un cordon de la grosseur du pouce répondant au canal. Il est intéressant d'observer le mode de circulation

dans la cavité : au moment de la miction, le sujet pisser dans la poche, qui se développe sous la forme d'une tumeur, faisant corps avec l'urètre, molle et indolente, couverte d'une peau saine. Quand la miction est terminée, le malade comprime la poche et l'évacue vers le bout inférieur : il la vide d'arrière en avant. Mais il garde toujours au fond de l'ampoule uréthrale un peu de liquide,

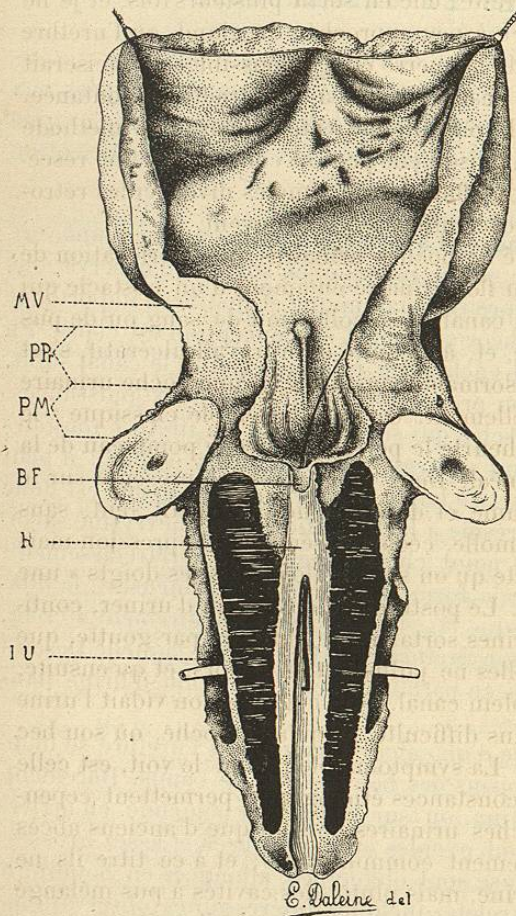


FIG. 211. — Dilatation de l'urètre en amont d'un rétrécissement. — Hypertrophie de la vessie très dilatée, à parois épaisses, mesurant 2 centimètres, à colonnes prononcées. (Guyon et Bazy.)

MV, muscle vésical. — PPr, canal prostatique élargi. — PM, portion membraneuse plus élargie encore. — R, rétrécissement très étroit, présentant en arrière une bride fibreuse (BF) au-dessous de laquelle s'engage la bougie. — IU, infiltration entre les corps caverneux et les téguments.

ment de la miction, tumeur à siège juxta-urétral, ne s'accompagnant généralement d'aucun phénomène inflammatoire, restant dépressible et indolore, remplie d'urine pure et se vidant dans le canal par la pression, voilà des raisons pour affirmer le diagnostic de poche urineuse et éliminer les formes cliniques offrant quelque analogie, comme les abcès urinaires chroniques.

L'exploration de l'urètre a permis de reconnaître la présence d'une pierre

et n'évacue cette quantité résiduelle que dans la position de verge pendante. Le sperme subit les mêmes troubles de circulation : le malade éjacule en partie dans le sac urétral ; le liquide testiculaire, plus dense, ne s'écoule que par bavure quand la verge est flasque, ou parfois reste dans la poche, jusqu'à ce que les urines l'aient délayé et entraîné.

Quand il s'agit d'une poche urineuse liée à un corps étranger, les troubles de la miction peuvent présenter des variantes dues au déplacement de la pierre uréthrale. Chez le malade de J.-L. Petit, le calcul « ne résidait pas assidûment dans le même lieu : il changeait de place quand le malade faisait des efforts pour uriner ; ce dernier avait remarqué même, dans ses plus fortes rétentions, que de se coucher sur le dos lui était favorable, ce qui arrivait peut-être de ce que la pierre se trouvant plus élevée changeait de place et retombait dans la dilatation. » Les calculs intra-urétraux jouent ainsi le rôle que remplissent les boules mobiles, faisant soupape dans certains modèles d'irrigateurs. Au contraire, dans les poches urineuses rétro-stricturales, l'obstacle étant constant, cette variation symptomatique ne s'observe pas. — En somme, tumeur remplie au moment

intra-urétrale, de la repousser ou de la dépasser, et de parvenir avec la sonde dans une cavité assez vaste : J.-L. Petit dit qu'il aurait pu, chez son malade, retourner son « algale » dans la poche spacieuse. Le traitement consiste évidemment à extraire le calcul, si le volume en permet l'issue et l'évolution des instruments dans le canal. « J'eus beaucoup de peine, nous dit J.-L. Petit, à placer la pierre dans la cavité de la curette ; elle en sortit plusieurs fois, et je ne pus la bien charger qu'après l'avoir peu à peu approchée du gland, où l'urètre n'était point dilaté. » Si l'extraction de la pierre était impossible, on inciserait sur elle les parois de la poche qu'on abandonnerait à sa rétraction spontanée. Quand il s'agit d'un rétrécissement, l'uréthrotomie externe paraît la méthode de choix pour les poches très amples, puisqu'elle peut se combiner à une résection partielle des parois du sac. A-t-on affaire à de simples diverticules rétro-stricturales, le calibrage du canal sténosé suffira le plus souvent.

Voillemier a décrit une autre variété de poches urinaires avec perforation de l'urètre : ici, ce n'est plus le choc du flot urinaire en amont d'un obstacle qui produit une dilatation sacciforme du canal ; une collection de sang ou de pus s'est formée au voisinage de l'urètre, et, à la suite d'un travail ulcérateur, s'est ouverte dans le canal. Le foyer est désormais transformé en une poche urinaire dans laquelle le malade pisser partiellement. On sait l'exemple classique : le postillon de Chopart. Un postillon se heurte le périnée contre le pommeau de la selle, et présente un hématome périnéal. Deux mois après, il présente sur le trajet du raphé une tumeur du volume et de la forme d'un petit œuf, sans changement de couleur à la peau, molle, cédant aisément à la pression mais sans disparaître complètement, de sorte qu'on sentait alors sous les doigts « une peau flasque et repliée sur elle-même. Le postillon ayant besoin d'uriner, continue Chopart, je remarquai que les urines sortaient de l'urètre par goutte, que la tumeur devenait tendue avant qu'elles ne jaillissent en dehors, et qu'ensuite, sans la comprimer, elles coulaient à plein canal. » La compression vidait l'urine par l'urètre, une sonde pénétrait sans difficulté jusqu'à la poche, où son bec libre se sentait presque sous la peau. La symptomatologie, on le voit, est celle des poches urétrales vraies. Les circonstances étiologiques permettent cependant le diagnostic ; de semblables poches urinaires ne sont que d'anciens abcès juxta-urétraux, plus ou moins largement communicants ; et à ce titre ils ne sont point seulement des poches à urine, mais plutôt des cavités à pus mélangé d'urine. Le traitement par la sonde à demeure ne conviendrait qu'aux menus sacs en très étroite communication avec le canal : pour les cavités spacieuses, le traitement de choix comprendra une action combinée sur l'urètre, qui a toute chance de ne pas avoir son plein calibre, et sur la poche qu'il faudra largement ouvrir par le périnée, et dont on devra exciser les parois.

2° **Uréthrocèle vaginale chez la femme** (1). — On désigne ainsi le prolapsus de la paroi inférieure de l'urètre, l'affaissement du plancher du canal ayant pour conséquence la formation à la vulve d'une tumeur du volume d'une noisette ou d'une noix, en arrière du méat. Duplay et Newmann ont fait connaître cette lésion en 1880 ; les thèses de Piépremier en 1887 et de Brinon en 1888, le

(1) Consulter : DUPLAY, *Arch. gén. de méd.*, 1880. — NEWMANN, *Amer. Journal of Obs.*, 1880. — PIÉPREMIER, Thèse de Paris, 1887. — BRINON, Thèse de Paris, 1888. — BOURSIER, Congrès de gynécologie de Bordeaux, 1895. — ROUTIER, *Médecine moderne*, 15 janvier 1895. — OZENNE, *Bull. méd.*, 1892, t. I, p. 1. — LE DENTU et PICHEVIN, *Semaine gynécologique*, 1897, n° 3 et 4.

mémoire de Martineau et Terrillon, celui d'Ozenne, les observations de Boursier, de Bock et de Routier, les examens histologiques de Pichevin ont complété sur ce point nos connaissances.

Anatomiquement, l'uréthrocèle constitue une poche de dimensions variables, dont l'orifice de communication avec l'urètre est tantôt large, tantôt très étroit, et dont les parois sont formées, en allant du vagin vers le canal, par trois couches : 1° la muqueuse vaginale; 2° la couche musculaire, souvent envahie par du tissu fibreux et contenant des veines nombreuses parfois développées en une structure cavernueuse aréolaire; 3° la muqueuse uréthrale, quelquefois ulcérée ou détruite. A l'intérieur de la poche, on trouve le plus souvent de l'urine purulente, si bien qu'on a décrit ces uréthrocèles sous le nom d'uréthrites sacculaires.

Comment se forme l'uréthrocèle? Quelques-uns l'ont regardée comme succédant à l'ouverture dans l'urètre d'un kyste supprimé de la paroi vaginale. Cette hypothèse est contredite par les recherches de Quénu et Pasteau. La théorie de Duplay est plus vraisemblable : l'uréthrocèle n'est qu'un mode des prolapsus génitaux; sa production se rattache aux modifications de tissu qu'amènent la grossesse et l'accouchement, aux déchirures interstitielles qui altèrent l'élasticité de l'urètre; la paroi vaginale cède, le système veineux s'hyperhémie et se développe, la muqueuse uréthrale est entraînée et déprimée en forme de poche.

Tant que cette poche reste aseptique, l'uréthrocèle peut demeurer latente. Mais habituellement, au cours d'une blennorrhagie aiguë ou chronique, se développent des sensations douloureuses dans le canal, des mictions fréquentes, parfois des tiraillements dans les lombes, symptômes accentués dans la station debout. La tumeur siège sur la paroi antérieure du vagin, soulevant la colonne antérieure, saillante entre les petites lèvres, et couverte de plis transversaux. Elle confine au méat, plus antérieure par conséquent que la cystocèle, avec laquelle on pourrait la confondre. Lorsqu'on appuie à son niveau, on fait sortir par l'urètre une certaine quantité de pus ou d'urine. Pour explorer la cavité intra-uréthrale, il faut insinuer une sonde cannelée courbe sur la paroi inférieure de l'urètre et suivre avec le doigt introduit dans le vagin le bec de la sonde : tantôt, dans les cas légers, on ne constate qu'un abaissement de la paroi uréthrale; tantôt on plonge dans une véritable cavité diverticulaire à bords appréciables.

La simple incision de la poche peut être suivie d'une guérison par bourgeonnement. Mais la persistance d'une fistule est souvent à craindre et l'on préfère l'excision recommandée par Lawson Tait : une sonde étant dans l'urètre, on incise la poche sur la ligne médiane après anesthésie cocaïnique; de chaque côté on résèque un coin de la paroi, en quartier d'orange; et l'on suture par un double plan au catgut ou par un plan profond au catgut et quelques points en pleine épaisseur au fil d'argent.

CHAPITRE IX

INFILTRATION D'URINE ET ABCÈS URINEUX (1)

D'un bout à l'autre des voies urinaires, du rein au méat, l'urine ou plus exactement ses agents septiques peuvent infecter les espaces cellulaires ambiants et déterminer, soit des accidents généraux, soit des accidents locaux. Ce sont les lésions de l'urètre qui représentent les causes les plus fréquentes de l'infiltration urinaire : celle-ci se manifeste par deux modalités cliniques que rapproche l'identité de pathogénie et qui ne se séparent que par la gravité et l'acuité des symptômes : l'abcès urinaire qui en est le type circonscrit, l'infiltration proprement dite qui en constitue le type diffus et grave.

I

INFILTRATION D'URINE

Étiologie et pathogénie. — L'étiologie jusqu'à présent admise attribuait à des conditions d'ordre mécanique le rôle prépondérant. Une lésion — traumatique ou pathologique — a créé dans un point de l'urètre une solution de continuité : par cette brèche, l'urine s'échappe vers les nappes celluluses voisines, s'infiltrant plus ou moins loin dans l'épaisseur des tissus, agissant mécaniquement par la quantité même du liquide épanché et chimiquement par ses qualités irritantes.

Telle était la conception classique, que les recherches contemporaines ont radicalement modifiée. A la notion essentielle de l'effusion d'urine — passée au rang de phénomène secondaire — elle a substitué celle des infections péri-uréthrales, cause première. Grâce aux documents récemment acquis sur la septicité des urines, sur la valeur pathogène de ces agents septiques, sur les lésions de l'urètre chroniquement enflammé et en état ou en voie de rétrécissement, nous pouvons comprendre, en une conception large, toutes les formes cliniques des infections péri-uréthrales. Depuis la tumeur urinaire où domine l'hyperplasie conjonctive, depuis l'abcès péri-urétral circonscrit, jusqu'aux péri-uréthrites diffuses et aux grands processus gangreneux — phlegmon diffus du périnée — ce qui domine la pathogénie, c'est l'inoculation septique des tissus contigus à l'urètre, c'est l'infection endo- et péri-urétrale. Si bien que la réforme des termes devrait ici accompagner la révision des doctrines et que le

(1) Consulter : HUNTER, *Œuvres complètes*. Traduction Richelot. — PERRÈVE, *Traité des rétrécissements organiques de l'urètre*. — CIVIALE, *Traité pratique des organes génito-urinaires*, t. I, p. 597. — GUYON, *Annales des organes génito-urinaires*, 1884. — BAZY, *Maladies des voies urinaires*. *Encyclopédie Léauté*. — EMERY, Thèse de Paris, 1896. — BOUJOL, Thèse de Lyon, 1897. — ESCAT, *Infiltration d'urine et péri-uréthrites*. *Annales des organes génito-urinaires*, septembre 1898. — COTTET, Thèse de Paris, 1899.