

identiques, sinon supérieurs. Au point de vue du traitement des urétrites, les grands lavages, les instillations, la large dilatation, nous semblent supérieurs aux cautérisations endoscopiques toujours beaucoup trop locales pour une affection à foyers aussi étendus que ceux des urétrites chroniques.

Les traumatismes multiples auxquels on expose les malades dans le traitement endoscopique des urétrites, surtout des urétrites postérieures, ne nous semblent pas compensés par les bénéfices qui peuvent résulter des cautérisations que l'on arrive à faire.

Un rétrécissement infranchissable pour une main exercée le sera certainement aussi pour un opérateur armé de l'endoscope, car cet instrument est arrêté dans le vestibule du rétrécissement, bien loin de sa portion la plus étroite, ou même par un rétrécissement plus antérieur qui n'offre aucun obstacle à la sonde. Pour la même raison, l'urétrotomie interne endoscopique n'a guère de raison d'être, tout en prétendant être plus précise et plus chirurgicale que l'urétrotomie interne ordinaire, elle opère d'une façon beaucoup plus aveugle.

Que reste-t-il donc à l'actif de l'endoscopie urétrale ? A cet égard nos conclusions sont les suivantes :

On doit recourir à l'endoscopie urétrale, dans les affections de l'urètre dont le diagnostic reste douteux, après l'emploi des méthodes ordinaires. Ce procédé sera particulièrement utile dans les cas où certains symptômes anormaux tels que, par exemple, des hémorragies très faciles sous l'influence des causes les moins traumatisantes, l'issue de pus obtenue par pression du canal après la miction, l'insuccès des méthodes habituelles de traitement, feraient supposer l'existence d'une lésion localisée du canal. C'est ainsi que l'on pourra faire et que nous avons fait maintes fois, le diagnostic de ces lésions rares que nous avons énumérées : polypes, végétations, grosses granulations, abcès glandulaires, lacunites, etc. Il rendra également de grands services dans le diagnostic des chancres du canal, de la tuberculose et du cancer de l'urètre.

Au point de vue thérapeutique, l'endoscopie urétrale peut être utilisée en dernier ressort dans les cas d'urétrites qui sont restées rebelles aux méthodes ordinaires de traitement. Il n'y a aucune raison pour ne pas recourir à ce procédé quand

tous les autres ont échoué ; nous ne conseillerons jamais de commencer par lui, car d'autres méthodes infiniment plus simples et moins traumatisantes pour le malade, réussissent fort bien dans la plupart des cas.

Si au contraire nous avons affaire à des lésions bien localisées, telles que les polypes, les végétations, les grosses granulations, les abcès glandulaires urétraux, les lacunites, l'endoscopie est alors une arme de choix au point de vue opératoire, soit que l'on veuille faire l'ablation de ces productions morbides, soit que l'on se contente de les cautériser, soit que l'on préfère les atteindre par l'aiguille électrolytique, comme l'a proposé Kollmann pour le traitement des lacunites. En effet, dans ce cas, les tentatives d'ablation, de cautérisation et d'électrolyse guidées par le regard sont exactement dirigées sur la partie malade et ne risquent pas de compromettre les portions de muqueuse saine qui l'avoisinent, et ces cautérisations forcément très localisées, peuvent être sans inconvénient, très puissantes et très efficaces.

La thérapeutique du *verumontanum*, dans les cas d'hypertrophie de cet organe, dans les spermatorrhées, etc., ressortit également à l'endoscopie qui permet de le cautériser fortement sans atteindre les parties voisines. Nous l'avons souvent utilisée avec avantage,

Peut-être un jour l'endoscopie urétrale permettra-t-elle d'agir directement sur les prostates hypertrophiées, soit par des cautérisations galvaniques, soit par l'électrolyse, soit par des injections interstitielles, mais jusqu'à présent les tentatives qui ont été faites dans ce sens ne sont guère encourageantes.

Enfin l'endoscopie urétrale trouve sa place dans l'ablation des corps étrangers urétraux et dans le traitement opératoire de fistules urétrales.

En résumé l'endoscopie urétrale a une grande valeur au point de vue du diagnostic, mais, étant un procédé dont l'action est très locale, elle ne doit être appliquée au point de vue thérapeutique qu'à des lésions urétrales elles-mêmes très localisées et macroscopiquement visibles. Elle constitue néanmoins une arme précieuse que le spécialiste *doit savoir* habilement manier.

HISTORIQUE RÉSUMÉ

BOZZINI, *Der Lichtleiter oder Beschreibung einer einfachen Vorrichtung und ihrer Anwendung zur Erleuchtung innerer Höhlen und Zwischenräume des lebenden animalischen Körpers*. Weimar, 1807.

SÉGALAS, *Compte rendu de l'Académie des Sciences*, 1826. *Traité des rétentions d'urine*. Paris, 1828.

AVERY, *The use of the Laryngoscop*. London, 1871.

MALHERBE, *Nouveau moyen de diagnostiquer les altérations de la partie antérieure du canal de l'urètre chez l'homme*. (*Journal des connaissances med. chirurg.* Décembre 1842).

DÉSORMEAUX, *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1853.

HACKEN, *Dilatatorium Urethrae zur Urethroscopie* (*Wiener med. Wochenschrift*. N° 12, 1862).

DÉSORMEAUX, *De l'endoscope et de ses applications au diagnostic et au traitement des affections de l'urètre et de la vessie*. Paris, 1865.

CRUISE, *The utility of the endoscop*. (*Dublin Quarterly journal of med. sciences*, Mai 1865).

FURSTENHEIM, *Berl. Klin. Wochenschrift*. 1870, n° 3 et 4. — *Österr. Zeitsch. für pract. Heilk.* 1870, n° 25.

ANDREWS, *The Urethra viewed by a Magnesium Light*. (*The Med. Record*, vol. II, page 107, 1867).

STEIN, *Das Photoendoscop* (*Berl. klin. Wochensch.* 1874, n° 3).

GRUNFELD, *Zur endoscopischen Untersuchung der Harnröhre und Harnblase*. (*Wiener Med. Presse*, 1874, n° 11 et 12 et nombreux travaux consécutifs dont un traité complet *die Endoskopie der Harnröhre und Harnblase*. Wien, 1881).

VON ANTAL, *Aero-Urethroscop*. (*Centralblatt f. Chirurgie*, 1887, n° 20.) — *Spezielle chirurgische Pathologie der Harnröhre und Harnblase*, 1888.

OBERLANDER und NEELSEN, *Beiträge zur Pathologie und Therapie des chron. Trippers*. (*Vierteljahrsschrift für Derm. und Syph.* 1888).

BURCKHARDT, *Endoskopie und endoskopische Therapie der Krankheiten der Harnröhre und Blase*. Tübingen, 1889.

KOLLMANN, *Die Photographie des Harnröhren innern* (*Centralblatt für die Physiol. und Path. der Harn und Sexualorgane*, 1891).

CASPER, *Un nouvel électroscope pour l'urètre*. (*Annales des maladies des voies génito-urinaires*, 1891.) — *Limites et valeur de l'urétroscopie*, *Ibid.* 1894.

OBERLANDER, *Lehrbuch der Uretroscopie*. Leipzig, 1893.

JANET, *Rôle de l'endoscopie à lumière externe dans les maladies de l'urètre et la vessie*. (*Annales des maladies des voies génito-urinaires*, 1891.) — *Un nouvel endoscope uréthro-cystique*, 1891.

BOISSEAU DU ROCHER, *De l'endoscopie à lumière externe et de l'endoscopie à lumière interne* (*Annales des maladies des voies génito-urinaires*. 1892).

MEHAHEM HODARA, *Sur l'urétroscopie de Nitze-Oberlander, etc.* (*Annales des maladies des voies génito-urinaires*, sept. 1895.)



V. Roussel, del. & lith.

IMP. MONROCO, A PARIS.

IMAGES ENDOSCOPIQUES DE L'URÈTRE NORMAL.

Librairie, J. B. BAILLIÈRE & FILS. — Paris.

PLANCHE XIV

IMAGES ENDOSCOPIQUES DE L'URÈTRE NORMAL

URÈTRE POSTÉRIEUR

Région de l'urètre postérieur située en arrière du verumontanum.

- 1. Près de l'orifice du col vésical.
- 2. Entre cet orifice et le verumontanum.
- 3. Au niveau du raphé postérieur du verumontanum.

Région du verumontanum.

- 3. Raphé postérieur.
- 4. Sommet et sinus prostatique.
- 5. Partie moyenne.
- 6. Raphé antérieur.

Portion membraneuse.

- 7. Passage de l'urètre prostatique à la portion membraneuse.
- 8. Portion membraneuse.

URÈTRE ANTÉRIEUR

Portion périnéale.

- 9. Bulbe urétral.

Portion scroto-pénienne.

- 10. Urètre antérieur du bulbe à la fosse naviculaire.
- 11. Le même présentant une lacune de Morgagni.
- 12. Le même, vu en position pariétale, montrant son plissement longitudinal et quelques vaisseaux.

Portion balanique.

- 13. Partie postérieure de la fosse naviculaire.
- 14. Partie moyenne de la fosse naviculaire.
- 15. Partie antérieure de la fosse naviculaire.

URÈTRE DE LA FEMME

- 16. Urètre de la femme dans sa partie moyenne.
- 17. Col vésical entr'ouvert vu à l'endoscope fenêtré.
- 18. Un des bords du col vésical vu à l'endoscope fenêtré.

Plusieurs de ces figures sont empruntées à GRUNFELD, *Endoskopie der Harnröhre und Harnblase*. Wien, 1881.