

« l'image de l'irritation ». Ces phénomènes disparaissent aussi bien subjectivement qu'objectivement lorsqu'on a obtenu la guérison en ayant fait prendre des remèdes reconnus comme dissolvant l'acide urique. J'ai obtenu les meilleurs résultats dans des cas semblables en prescrivant des eaux minérales lithinées.

Les douleurs du canal urétral qui surviennent parfois au cours de maladies de l'épine dorsale, ne peuvent naturellement pas être prises pour des névroses urétrales *sui generis*.

VI

RÉTRÉCISSEMENT

On comprend sous le nom de rétrécissement ou de stricture une diminution du diamètre du canal urétral par suite de la formation de cicatrices et de tissus inodulaires dans la paroi urétrale même. Les symptômes de la stricture consiste en partie dans la difficulté mécanique d'évacuer l'urine, en partie dans des états consécutifs de la vessie, enfin dans des symptômes généraux réflexes.

En ce qui concerne la difficulté d'uriner, il y a lieu de remarquer que l'évacuation de l'urine ne se fait que par suite d'un effort conscient et, dans les cas plus graves, que sous l'influence d'une forte pression, et, qu'en conséquence du rétrécissement du canal, la miction exige chaque fois un temps extraordinairement long. En même temps, le besoin d'uriner est généralement plus fréquent. Enfin après que l'évacuation de la vessie a eu lieu et surtout lorsque les strictures existent depuis longtemps, un écoulement subséquent, goutte à goutte, de l'urine a lieu. Ceci s'explique par le fait que derrière le rétrécissement l'urètre se dilate généralement avec le temps et c'est de ce petit réservoir que sort après coup l'urine qui y a séjourné.

Lorsqu'on palpe un urètre où siège une stricture

quelque peu étendue, on parvient très bien à délimiter par la simple palpation le tissu cicatriciel du tissu normal.

La vessie devient bientôt le siège d'une hypertrophie fonctionnelle par suite de l'effort fait pour vaincre la résistance occasionnée par la stricture. Chez beaucoup de femmes les strictures du canal urétral ont très rapidement un effet défavorable sur l'état général. Il se produit des symptômes de neurasthénie générale tout à fait semblables à ceux que l'on trouve chez l'homme, dans les cas d'urétrite chronique postérieure et de rétrécissements; les femmes se tourmentent et deviennent anxieuses par suite du sentiment qu'elles ont besoin de faire un effort vigoureux à chaque évacuation d'urine et que le besoin d'uriner devenu plus fréquent interrompt d'une manière sensible le sommeil.

A l'endoscopie, la stricture se décèle par un rétrécissement distinct de l'urèthre, lequel est reconnaissable par le fait que le tube endoscopique ne peut pas être poussé en avant à l'endroit en question et que le déroulement de la muqueuse par-dessus le bord du tube n'a déjà plus une apparence normale dans le voisinage du rétrécissement. Dans la règle, la muqueuse est blanchâtre par-dessus le tissu stricturé même, à reflets mats, et parfois traversé de traits tendineux.

On distingue, au point de vue de leur siège, les rétrécissements de l'urèthre antérieur et ceux de l'urèthre postérieur. Les premiers sont les plus fréquents.

En ce qui a trait au nombre des strictures au même endroit, il faut remarquer qu'il est rare d'en rencontrer plusieurs l'une derrière l'autre.

D'après leur formation, on distingue les strictures longitudinales, situées seulement dans la paroi antérieure et postérieure, les strictures annulaires, embrassant en forme d'anneau toute la circonférence de l'urèthre, les strictures en forme de valvule et en forme de pont dans lesquelles des parties du tissu cicatriciel deviennent proéminentes dans le canal urétral même.

Suivant le degré du rétrécissement, on parle de strictures franchissables lorsqu'on est toujours en mesure de les traverser avec des bougies.

L'appréciation du degré de l'inextensibilité dans les cas de rétrécissement est ordinairement toute relative. Une stricture est qualifiée infranchissable lorsque l'urine peut passer encore goutte à goutte, tandis que l'introduction d'instruments ne réussit déjà plus. Enfin une stricture peut être absolument infranchissable même pour l'urine, principalement à la suite d'enflure accessoire.

Ce que l'on désigne, suivant Otis, sous le nom de stricture large, est un cas pathologique dont on n'a pas encore pu faire une étude approfondie à la clinique de Vienne. Otis est d'avis qu'on doit déjà parler d'un rétrécissement du canal urétral lorsque la dimension de l'urèthre, qu'il indique comme normale, ne peut déjà plus être établie au moyen de son urétromètre, alors même qu'on n'est pas en mesure de déterminer distinctement une modification calleuse de la paroi uréthrale.

Par suite des limites étendues dans lesquelles varie la dimension ou pour mieux dire l'extensibilité du canal urétral de la femme, il est difficile d'exprimer en chiffres le degré d'un rétrécissement lorsque tout

autre point de repère diagnostique fait défaut.

En ce qui concerne l'étiologie des rétrécissements, les urologues et les gynécologues arrivent de plus en plus à ne pas tenir compte des causes générales plus ou moins vagues qui occasionnent la formation de la stricture, parmi lesquelles figurent différentes dyscrasies, pour s'appliquer à chercher les véritables causes dans les processus locaux.

Les rétrécissements sont causés soit par la transformation en tissu conjonctif d'infiltrations périglandulaires et périmuqueuses, soit par le fait que les cicatrices qui subsistent après les pertes de substance de la muqueuse uréthrale, rétrécissent la dimension du canal par leur cicatrisation.

Les infiltrations périglandulaires et périmuqueuses sont amenées par la gonorrhée, surtout lorsque les cryptes de Littré et les lacunes de la muqueuse uréthrale deviennent le siège d'une suppuration gonorrhéique chronique.

Un traitement ayant une action irritante très forte peut aussi causer des infiltrations de ce genre; nous avons vu, Latzko et moi, des rétrécissements importants se produire très rapidement après un nettoyage de l'urèthre avec une solution de nitrate d'argent. Les pertes de substance et les cicatrices consécutives proviennent soit de traumatismes de l'urèthre, ou de processus ulcéreux s'établissant dans la muqueuse. Il faut citer parmi ces processus : le chancre mou, la sclérose, la tuberculose.

Les rétrécissements traumatiques proviennent généralement de lésions causées *intra partum*, lors d'une intervention chirurgicale.

Les rétrécissements sont l'objet d'un traitement

médical, dès le moment où ils ont été diagnostiqués. Le diagnostic s'établit par le sondage du canal uréthral.

Ce qui est le plus pratique c'est, autant que possible, d'effectuer le sondage à l'aide d'instruments rigides. Les tiges uréthrales de Dittel sont le mieux appropriées à ce but. On choisit la tige la plus épaisse parmi celles qui peuvent encore être introduites par l'orifice externe, afin qu'éventuellement l'existence d'une stricture ne puisse passer inaperçue.

Lorsque la sonde traverse une partie rétrécie, on a le sentiment très caractéristique d'être engagé dans celle-ci; lorsque la sonde a passé, elle reste prise dans le rétrécissement, ce que la main exploratrice sent très bien.

Pour avoir une connaissance exacte du rétrécissement, on accompagne la sonde de l'index de la main restée libre en la suivant depuis le vagin le long de l'urèthre.

On choisit si possible des sondes solides, attendu qu'elles donnent une sensation plus nette qu'un cathéter ou une bougie élastique. Il est en outre extrêmement important de rendre exempt de germes l'orifice externe et de travailler avec des mains et des instruments aseptiques, car une lésion de la muqueuse uréthrale causée par le sondage peut entraîner après elle, si l'on opère sans précautions antiseptiques, une grave infection.

Si l'on ne peut pas entrer dans une stricture avec une sonde métallique, on essaie de pénétrer avec des bougies élastiques minces, éventuellement avec des cordes à boyaux. On connaît les procédés de Mosétig pour le sondage des strictures très étroites. On remplit

tout le canal urétral devant la stricture avec des cordes à boyau, après quoi on essaie de pousser en avant une corde après l'autre. Une des nombreuses cordes ainsi introduites se trouvera certainement en face du rétrécissement et pourra y pénétrer. Une fois qu'on a passé le rétrécissement avec une corde à boyau, on l'y laisse longtemps afin que par son gonflement elle élargisse la stricture et rende le passage plus facile une autre fois.

Si un rétrécissement présente des complications quelconques pour la traversée ; si, par exemple, le passage se fait subitement, d'une manière imprévue, ou si le rétrécissement présente à divers moments des difficultés variées au passage de la sonde, il est absolument indiqué de faire un nouvel examen au moyen de l'endoscope, afin de se rendre compte de la présence éventuelle de rétrécissements en forme de pont ou de valvule, ceux-ci donnant lieu à des indications spéciales.

Le traitement des strictures est sanglant ou non sanglant. Cette dernière intervention consiste dans la dilatation méthodique. Le déchirement du rétrécissement, la divulsion, est un procédé dont l'emploi ne doit certainement pas être recommandé, à cause des nombreux dangers qu'il présente au point de vue de la production de lésions locales et de la possibilité d'infection et de réaction générales ; c'est pourquoi je ne traiterai pas ici les différents procédés appliqués dans cette méthode de traitement.

La dilatation méthodique s'effectue de la manière suivante : on pousse au travers du rétrécissement des numéros toujours plus grands des tiges urétrales de Dittel et on les laisse toujours quelques minutes dans

l'urètre. Une fois arrivé au numéro Charrière 14 ou 15, il y a lieu d'introduire un second numéro, plus fort, déjà dans la même séance et de répéter chaque fois cette opération au cours du traitement ; on réussit alors beaucoup plus vite. L'emploi de bougies ne doit avoir lieu qu'en cas de nécessité, alors que les difficultés de pénétration mentionnées plus haut se produisent.

Pour réussir plus rapidement par la dilatation méthodique, dans les cas de strictures très étroites, on emploie les sondes de Maisonneuve. Celles-ci se composent de deux parties : la première est une bougie conique mince (bougie filiforme), portant à son extrémité large un écran, la seconde est une sonde métallique conique, portant à son extrémité étroite un pas de vis qui peut être vissé dans l'extrémité épaisse de la bougie. Le raccordement des deux parties de l'instrument s'établit de telle manière qu'après avoir vissé la sonde à fond, le point de jonction est absolument lisse. Pour le canal urétral de la femme on emploie des sondes métalliques toutes droites. L'application de l'instrument a lieu alors de la manière suivante : on pousse d'abord la bougie filiforme à travers le rétrécissement. Une fois celui-ci dépassé, on visse la sonde et on la pousse également à travers le rétrécissement, ce qui réussit facilement sous la conduite de la bougie qui précède. Par l'avancement de la sonde, la bougie arrive tout entière dans la vessie et s'y enroule. Le sondage effectué, on retire sonde et bougie d'un seul coup.

Pour pouvoir cathétériser des rétrécissements très étroits, ne laissant passer qu'une bougie filiforme, Zuckerkandl a fait construire des cathéters métalliques

pouvant être vissés à des bougies filiformes ; ceux-ci introduits dans la vessie de la manière indiquée plus haut en rendent l'évacuation possible dès le passage à travers le rétrécissement.

Il est très important de remarquer que l'on ne doit absolument pas cesser la dilatation lorsqu'on est parvenu à passer sans obstacle la sonde la plus forte, correspondant au diamètre de l'orifice externe. Seul le fait que l'urèthre tout entier, par suite du traitement, est devenu mou et souple donne l'indication de cesser, mais, en tout état de cause, il est encore indispensable d'introduire de temps en temps à travers l'urèthre la tige la plus épaisse possible, afin de prévenir les récidives.

Le traitement sanglant de la dilatation des rétrécissements peut être entrepris à l'intérieur, ce qui constitue l'uréthrotomie interne, ou à la paroi extérieure, ce qui est l'uréthrotomie externe.

L'uréthrotomie est indiquée lorsqu'on se trouve dans la nécessité d'obtenir un succès rapide, lorsqu'on a affaire à des rétrécissements en forme de pont ou de valvule ou lorsqu'une stricture de constitution dure, calleuse, fait prévoir avec certitude une récurrence prochaine ou encore lorsqu'il s'agit d'un genre de rétrécissement qui, malgré la dilatation, a donné lieu à des récidives fréquentes et rapides.

L'uréthrotomie interne est effectuée de la manière la plus pratique, au moyen de l'uréthrotome de Maisonneuve, accommodé à l'urèthre de la femme, en ce que sa partie courbe est aplanie (voir fig. 4).

L'uréthrotome de Maisonneuve consiste en un tuyau en forme de cathéter, aiguë à sa partie concave et à l'extrémité duquel une bougie filiforme peut être vissée.

Dans la cannelure du tuyau se meut, sous la conduite d'un porte-lame, une lame tranchante ayant la forme d'un triangle équilatéral ; le sommet du couteau est émoussé par un bouton tandis que les côtes sont aiguës.

Pour l'exécution de l'uréthrotomie, la bougie filiforme est en premier lieu introduite à travers le rétrécissement, ensuite le tuyau conducteur est vissé à son extrémité et, sous la conduite de la bougie, poussé dans le rétrécissement.

A la suite de cette opération la lame est introduite dans le canal de la sonde conductrice et son arête coupe transversalement le rétrécissement par une pression exercée sur le porte-lame ; en reti-

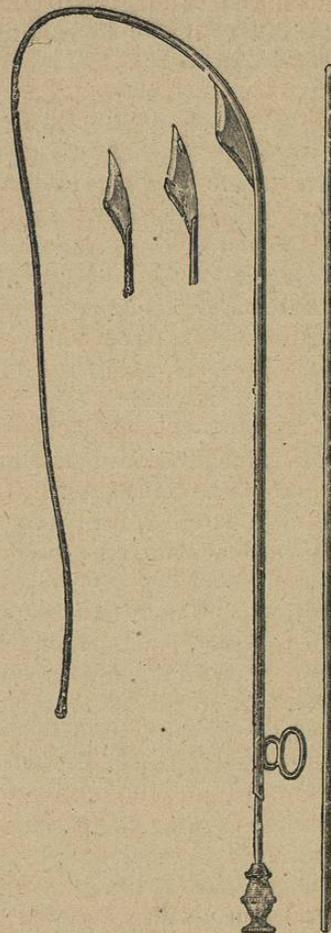


Fig. 4.
Uréthrotome de Maisonneuve.

rant le couteau, on peut faire une seconde section à l'endroit voulu en tournant l'instrument de la manière convenable.

Après avoir enlevé l'instrument tout entier, on place dans le canal urétral une sonde à demeure (Nélaton n° 16), enduite de glycérine iodoformée à 10 p. 100, et qu'on laisse pendant six ou huit jours.

Dans la vessie même on injecte une fois par jour par la sonde, après évacuation et jusqu'à guérison complète, environ 30 grammes, d'une émulsion d'iodoforme à 10 p. 100.

Une condition nécessaire pour effectuer l'uréthrotomie interne, c'est la possibilité pour la sonde conductrice de traverser le rétrécissement.

L'urethrotomie externe est appliquée dans le cas de rétrécissement infranchissable ou lorsque l'urèthre est entouré d'un cal d'une étendue et d'une dureté telles qu'on ne saurait songer à une guérison radicale autrement qu'en procédant à l'extirpation de ce cal.

S'il s'agit d'un rétrécissement d'un orifice externe, imperméable, on fera une incision à partir de la tumeur urétrale, autant que possible suivant une ligne médiane dans la direction de la vessie, afin d'arriver sur la muqueuse urétrale normale, après avoir traversé le cal. A-t-on atteint cette muqueuse, on détache la partie calleuse et on coud la muqueuse normale, par son bord, au moignon sanglant de la paroi urétrale restante; là-dessus on referme l'incision vaginale. On peut sacrifier un morceau assez grand de l'urèthre antérieur sans avoir à craindre l'incontinence.

S'il s'agit d'un rétrécissement placé au milieu de

l'urèthre, on pousse une sonde jusqu'à la stricture, et, après avoir fendu la paroi vaginale, on fait une incision sur l'anneau calleux et on l'extirpe, de sorte qu'on arrive au moignon central de l'urèthre.

On introduit ensuite la sonde dans ce moignon et l'on peut alors faire de suite une opération plastique à lambeaux, ou bien on laisse la guérison de l'urèthre se produire par granulation, par-dessus une sonde à demeure, de préférence une de Nélaton, de sorte qu'à la place du cal, se forme du tissu conjonctif tendre.

Si un rétrécissement de ce genre, dur, calleux, imperméable, a son siège à la paroi supérieure seulement, le plus pratique sera d'opérer, suivant le procédé indiqué par Fristeh, pour les excisions de l'urèthre. De la section vestibulaire, on détache l'urèthre par le haut, on excise la partie visée et on laisse le tout se cicatriser par granulation par-dessus une sonde placée à demeure.

Je n'ai pas d'expérience propre de ce que l'on désigne sous le nom de traitement électrolytique des rétrécissements et je n'ai encore jamais senti la nécessité d'employer ce procédé.