

préférable au procédé de l'excision et de la suture, lequel présente des difficultés et un traitement subéquent compliqué. Le premier est facilement exécutable, et donne de bons résultats, définitifs.

Les prolapsus de la muqueuse qui proviennent de la descente de celle-ci ensuite de l'insertion d'une tumeur, guérissent définitivement une fois la tumeur enlevée.

## IX

## CALCULS URÉTHRAUX

Les calculs uréthraux ne sont pas si rares qu'on le pense. Ce sont des calculs rénaux ou des éclats de calculs vésicaux qui sont restés accrochés dans une lacune uréthrale, lors de l'évacuation, et qui y ont été grossis par des apports successifs; ou bien c'est un corps étranger qui reste piqué dans la paroi de l'urèthre, et constitue de cette manière le noyau d'un calcul; ou encore il se produit seulement une lithiase par la stagnation de l'urine dans un uréthrocèle.

Ces calculs donnent ordinairement la sensation d'une douleur permanente à l'endroit où ils siègent.

Quelquefois des pierres d'une certaine grosseur sont cause que l'urine s'écoule goutte à goutte. On peut très bien les palper depuis le vagin.

Le traitement pour enlever le calcul et, d'autre part, pour faire disparaître le diverticule dans lequel il avait son siège, consistera à fendre vagin, septum uréthro-vaginal et urèthre, à enlever la pierre et à exciser le diverticule; ensuite, coudre séparément l'urèthre et la paroi vaginale.

## X

### NÉOPLASMES DE L'URÈTHRE

Parmi les néoplasmes du canal urétral, on cite comme étant les plus fréquents ce que l'on désigne sous le nom de caroncules uréthraux. J'estime qu'on doit restreindre l'expression de caroncules uréthraux à une forme très précise de néoplasmes, la plupart des gynécologues comprenant sous ce nom la forme que nous décrivons ci-dessous.

Ces caroncules uréthraux sont des angiocavernomes s'établissant à l'orifice externe ou dans son voisinage dans l'urèthre. Ils atteignent une grosseur très variable, allant de celle de la tête d'une épingle à une petite cerise, et se produisent plus fréquemment chez les femmes âgées.

Ces caroncules uréthraux sont extrêmement sensibles à l'attouchement, surtout lorsqu'on essaie de les détacher par leur base; parfois ils sont fixés à la muqueuse par un pédicule.

Le diagnostic de cette forme de caroncule s'établit en constatant que leur volume peut être réduit en grande partie sous la pression des doigts. Ils sont généralement d'un rouge vif, et ne donnent ordinairement pas lieu à des hémorragies spontanées.

Leur traitement consiste à les cautériser au moyen du thermocautère, en ayant soin de protéger le reste

de la muqueuse par l'introduction dans l'urèthre d'une sonde plate, large, ou en les saisissant avec la pincette, en tirant leur pédicule, en sectionnant celui-ci avec les ciseaux, et en fermant la plaie ainsi causée au moyen d'une ou deux fines sutures.

Ces angiomes caverneux de l'urèthre ont une propension très considérable à récidiver.

Les tumeurs inflammatoires sont des tumeurs semblables, quant à la forme, elles surgissent de la muqueuse du canal urétral par l'extension de l'inflammation des glandes de Littre.

On trouve dans celles-ci aussi de nombreuses néoplasies vasculaires, sans cependant qu'il y ait production de structure caverneuse; les vaisseaux sont généralement en état d'inflammation.

Neuberger a trouvé des gonocoques dans la cavité glandulaire de ces tumeurs.

Le traitement le plus pratique de cette affection, étant donné la constatation de Neuberger, consistera dans la destruction de la tumeur au fer rouge.

Les granulomes, que j'ai observés surtout dans les cas d'urétrites chroniques, lorsque celles-ci ont été traitées par une intervention opératoire mal choisie, constituent une troisième forme de tumeur, semblable aux caroncules. On trouve, ordinairement, droit au-dessus de l'orifice externe, dans l'urèthre, plusieurs tumeurs d'un rouge vif à base large, allant jusqu'à la grosseur d'un pois. Ces tumeurs saignent abondamment et spontanément, ou par suite d'un attouchement accidentel. Elles sont aussi le siège de fortes douleurs vagues, qui affectent extraordinairement les patientes, bien que ces tumeurs soient relativement insensibles au toucher.

Il est probable qu'elles contribuent aussi à l'entretien de la gonorrhée chronique, ainsi que cela ressort des constatations suivantes. Lorsqu'on enlève ces granulomes par grattement, ou de toute autre manière, on voit qu'ils ont surgi d'une perte de substance ulcéreuse, d'une fissure du canal urétral. Aussi longtemps qu'on n'a pas fait disparaître cette fissure, ces granulomes croissent toujours de nouveau ; la gonorrhée et les douleurs subsistent.

On traite ces tumeurs par l'ablation des granulomes à la cuiller tranchante et par la cautérisation de la fissure au thermocautère ; lorsqu'elles ont leur siège dans les parties supérieures de l'urèthre, on les enlève dans l'endoscope.

Il faut citer parmi les néoplasmes de l'urèthre, d'un genre parfaitement défini, le fibrome de l'urèthre. Celui-ci se développe le plus souvent sur la muqueuse, où on le remarque comme polype pédiculé de l'urèthre ; parfois il apparaît à l'embouchure du canal urétral et, comme on l'on déjà dit, il donne lieu au prolapsus de la muqueuse. Les polypes apparaissent souvent à l'orifice externe, poussés par le jet de l'urine, pour se retirer en arrière une fois la miction effectuée ; on peut aussi les mettre au jour en pressant sur le canal urétral.

Le traitement consiste dans l'ablation avec l'anse du galvano-cautère à l'aide de l'uréthroscope.

Les fibromes s'établissent aussi parfois dans les tissus sous-muqueux ; ils atteignent quelquefois une grosseur très considérable, sans empêcher la miction lorsqu'ils sont fixés à la paroi postérieure, attendu qu'ils se développent dans la direction du vagin. Les fibromes de la paroi antérieure, croissant dans la

direction de l'ouverture de l'urèthre, provoquent l'apparition de symptômes de sténose.

Parmi les néoplasies malignes, le carcinome est le plus fréquent ; il se montre sous la forme de carcinome de la muqueuse urétrale, comme aussi à l'état de carcinome périurétral. Le carcinome urétral primaire a généralement son siège à l'orifice externe. Ce dernier devient bosselé ; de chacune des gibbosités des bourgeons épithéliaux peuvent être exprimés ; mais le carcinome se trahit principalement par sa dureté caractéristique. Les alentours, corrodés par la sécrétion carcinomateuse, sont généralement excoriés.

Les malades se plaignent de douleurs lancinantes rayonnant vers le clitoris. A part cela, l'évacuation de l'urine peut avoir lieu longtemps sans troubles, jusqu'au moment où le passage de l'urine sur les excoriations cause des douleurs. L'incontinence peut aussi ne pas exister aussi longtemps que la partie postérieure du canal urétral est intacte, même lorsque le carcinome a déjà substitué toute la partie antérieure de l'urèthre et que l'urine coule derrière le carcinome.

Le carcinome périurétral a généralement son siège dans la partie supérieure de l'urèthre et provoque souvent l'apparition de symptômes marqués d'ischurie. Son diagnostic ne pourra que rarement être établi avant le commencement de l'exulcération. Il est vrai qu'on peut supposer l'existence d'un carcinome lorsqu'on sent un épaississement en forme de cordon le long de l'urèthre, que celui-ci est extraordinairement dur et qu'une sonde introduite ne peut pas être palpée à travers cette partie infiltrée.

On a aussi observé des sarcomes dans le canal

urétral. Il va sans dire que l'extirpation radicale des tumeurs malignes est le seul traitement à appliquer. En ce qui concerne le remplacement des tissus enlevés, c'est-à-dire l'exécution d'une intervention plastique sur le canal urétral, voir le chapitre *Incontinence* et ceux traitant des « *Opérations de la vessie.* »

La syphilis peut provoquer des formations de gomme suivies de pertes de substance.

Le diagnostic est établi par la constatation d'autres symptômes de syphilis et *ex juvantibus*.

Le traitement est celui de la syphilis générale.

Enfin on décrit aussi des cystes de l'urètre, provenant des canaux urétraux, cystes qui sont analogues aux glandes de Cowper de l'homme. Lorsqu'ils sont cause de troubles, on les extirpe en totalité et on suture le siège de la tumeur.

## XI

## EXAMEN DE LA VESSIE CHEZ LA FEMME

L'exploration de la vessie de la femme peut avoir lieu par inspection, par palpation extérieure ou intérieure, ou enfin par l'inspection oculaire de la surface interne de la vessie.

L'inspection extérieure ne peut évidemment donner que des résultats relatifs et problématiques, étant donné qu'en admettant que la vessie soit fortement distendue, on ne peut que çà et là être renseigné par le bombement des parois abdominales et par la délimitation d'une saillie en forme de boule.

La palpation extérieure de la vessie par le moyen de l'exploration bimanuelle donne cependant parfois des résultats utilisables. On peut de cette manière se faire une idée exacte de la forme de la vessie à l'état plein, ainsi que de sa conformation après évacuation au moyen de la sonde. Du même coup on a des indications sur la sensibilité de la paroi vésicale, sur son épaisseur, sur les infiltrations partielles ou les épaissements; ce mode d'exploration fournit surtout des données exactes lorsqu'il existe en même temps une forte rétroversion de l'utérus.

De même, on arrive quelquefois à être renseigné au sujet de la surface intérieure de la paroi vésicale, en cherchant à rapprocher une paroi de l'autre. On