

sous du clitoris et de la commissure des nymphes. L'algalie introduite, la concavité en haut, puis amenée dans une direction horizontale, pénètre habituellement sans obstacle dans la poche urinaire. Cependant, dans les cas difficiles, il faut en aider la marche avec le doigt indicateur porté dans le vagin.

Il est quelquefois nécessaire, pour ménager la pudeur des femmes, de les sonder sans les découvrir. On a conseillé, pour arriver à ce résultat, de conduire la sonde sur le bord radial du pouce de la main gauche placé en travers au-dessous du clitoris ; ce moyen expose à des atouchements qu'on doit toujours éviter, et il vaut mieux prendre pour guide le tubercule situé immédiatement au-dessous du méat urinaire : la sonde est conduite sur la pulpe de l'indicateur fixée sur ce tubercule. En agissant ainsi, on n'est même pas toujours à l'abri des tâtonnements. Aussi, tout en conseillant aux chirurgiens de s'exercer fréquemment au cathétérisme à couvert, nous croyons qu'il vaut mieux chercher à vaincre les scrupules de la malade en lui faisant comprendre les difficultés d'une opération de cette nature, et ne l'entreprendre qu'en cas de nécessité.

#### RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE.

Les rétrécissements de l'urèthre sont *spasmodiques, inflammatoires et organiques*.

*Rétrécissements spasmodiques.* La portion membraneuse est le siège le plus ordinaire des rétrécissements spasmodiques. Cependant un état réel de spasme peut aussi affecter la région spongieuse, et s'explique par la contractilité des éléments musculaires qui entrent dans la composition de cette partie du canal.

Produits quelquefois par les manœuvres du cathétérisme, ces rétrécissements reconnaissent le plus ordinairement pour causes la masturbation, les excès de table, un coït trop fréquemment renouvelé, surtout chez les sujets nerveux, et un excès de sensibilité.

L'intermittence du jet de l'urine, qui s'arrête un instant pour reparaitre, des dysuries momentanées, la difficulté ou la facilité passagères du cathétérisme en constituent les symptômes.

Les antiphlogistiques, les calmants, les frictions de belladone au périnée, l'introduction dans l'urèthre de bougies enduites de pomme belladonnée, le régime maigre, l'usage de l'eau pour boisson, une grande sobriété, l'anesthésie en sont les meilleurs moyens de traitement.

*Rétrécissements inflammatoires.* Résultat de l'inflammation aiguë de la membrane muqueuse de l'urèthre et de l'afflux du sang

dans le tissu spongieux, les rétrécissements inflammatoires sont souvent compliqués de spasmes du canal.

La blennorrhagie aiguë, des injections caustiques en sont les causes habituelles.

L'émission de l'urine est excessivement douloureuse et difficile, et quelquefois même le malade est en proie à une dysurie complète. L'introduction d'une sonde est insupportable ; et si on insiste pour faire avancer l'instrument, malgré la douleur qu'il occasionne, on produit un écoulement de sang quelquefois abondant ; en même temps le pouls est fort et fréquent, la peau chaude, la soif vive, le malade inquiet et agité.

La diète, les saignées générales, les sangsues au périnée et à l'anus, les boissons émoullientes et mucilagineuses, les bains locaux et généraux, sont les moyens thérapeutiques les plus efficaces. M. Sédillot a été appelé à pratiquer le cathétérisme chez un malade auquel on avait, par erreur, injecté une solution concentrée de nitrate acide de mercure dans l'urèthre ; la guérison eut lieu après la chute de larges eschares, mais il resta un rétrécissement organique de la plus grande partie du canal.

*Rétrécissements organiques. Siège. Variétés.* Ces rétrécissements succèdent à des plaies de l'urèthre, avec ou sans perte de substance, mais beaucoup plus souvent à des inflammations gonorrhéiques répétées ou plus ou moins longtemps prolongées.

Ils se présentent sous la forme de brides, de valvules, d'indurations, et sont dus à un épaissement du tissu cellulaire sous-muqueux ou à une sorte de rétrécissement cicatriciel du canal. Ils sont limités à un point peu étendu, ou occupent une partie ou la totalité de la circonférence de l'urèthre. A. Paré et les anciens les attribuaient à des carnosités, qui aujourd'hui sont regardées comme très-rares, et niées, mais à tort, par plusieurs anatomo-pathologistes recommandables.

Le siège le plus habituel des rétrécissements est la partie de l'urèthre qui avoisine le bulbe ; c'est ensuite la région spongieuse, où ils sont le plus fréquents. On les trouve rarement dans la région prostatique ; ces derniers n'étaient pas admis par Sœmmering ni par Amussat ; Lallemand dit cependant en avoir observé plusieurs exemples : en général on les confond dans cette région avec les altérations de la prostate.

Les strictures sont uniques ou multiples. Ducamp en a trouvé cinq sur le même sujet, Hunter six, Lallemand sept ; d'après Pasquier, il faudrait en admettre plus encore. Ce chirurgien assure que les rétrécissements n'ont jamais plus de 0<sup>m</sup>,002 de longueur, et que ceux décrits par les auteurs comme ayant 0<sup>m</sup>,03 à 0<sup>m</sup>,06 d'é-

tendue étaient constitués par une série de petits rétrécissements placés les uns à la suite des autres. Nous pouvons affirmer avoir rencontré sur le cadavre des rétrécissements de plusieurs centimètres de longueur, durs, saillants et d'un tissu parfaitement homogène.

Tantôt toute la circonférence de l'urèthre est diminuée, tantôt l'altération en occupe seulement une partie, à droite ou à gauche, vers la paroi supérieure ou inférieure; d'autres fois le canal est affecté plus profondément d'un côté que de l'autre. L'orifice de la coarctation, quelquefois central, souvent latéral, est parfois tellement petit qu'on peut à peine y faire passer une soie de sanglier; il peut même être complètement oblitéré, comme le prouvent incontestablement plusieurs observations de rétrécissements dus à des lésions organiques, et dont nous avons rapporté plusieurs exemples. Ils coïncident alors avec des fistules urinaires périnéales.

Les rétrécissements s'annoncent par une diminution dans le jet des urines, qui est bifurqué ou en spirale. Les dernières gouttes du liquide tombent verticalement, et après que le malade croit avoir vidé sa vessie, ses vêtements sont mouillés par l'urine restée en arrière du rétrécissement et qui s'écoule plus tard. Quand la coarctation existe depuis longtemps, la rétention incomplète peut devenir accidentellement complète, et aux accidents se joignent ceux qui sont dus aux dilatations subies en arrière de l'obstacle, par l'urèthre, la vessie, les uretères et même les reins.

Dans un travail sur l'uréthrotomie, publié en 1854 dans la *Gazette médicale de Paris*, M. Sédillot a partagé, au point de vue thérapeutique, tous les rétrécissements en quatre classes :

- 1° Ceux que l'on franchit et que l'on parvient à dilater d'une manière durable. Ce sont les moins graves.
- 2° Ceux que l'on franchit et que l'on dilate, mais dont on ne parvient pas à maintenir la dilatation.
- 3° Ceux que l'on franchit, sans pouvoir les dilater.
- 4° Enfin, ceux que l'on ne franchit pas.

Nous avons rencontré de très-nombreux confrères qui se vantaient hautement de n'avoir jamais rencontré de rétrécissement infranchissable, et qui en faisaient une affaire d'expérience et d'habileté. Il nous a été donné de voir si souvent les hommes les plus exercés et les plus incontestablement adroits échouer dans leurs tentatives de cathétérisme, que notre conviction, à l'égard de l'existence de rétrécissements infranchissables, est complète et définitive : l'anatomie pathologique donne d'ailleurs la raison des succès. Ceux qui se vantent de pénétrer *toujours* dans la vessie ne réussissent qu'avec des fausses routes suivies le plus ordinairement des

plus terribles accidents, et l'on peut dire d'eux très-légitimement qu'ils compromettent l'art et leurs malades.

M. Sédillot a eu l'occasion, parmi les nombreux rétrécissements dont il a pu étudier l'anatomie pathologique, d'en rencontrer un au travers duquel toute introduction de bougies avait été impossible. Ce rétrécissement était dû à une sorte de valvule placée de champ vers le milieu de la portion membraneuse de l'urèthre. Cette valvule, mince et du diamètre du canal, était percée de deux petites ouvertures, dont la plus grande était de la dimension d'une tête d'épingle. En arrière de cette valvule l'urèthre était très-large, ainsi que le col vésical. La vessie, les uretères et les reins furent trouvés remplis de pus. En avant de la valvule existaient deux culs-de-sac, creusés dans les parois mêmes de l'urèthre, ayant, l'un 0<sup>m</sup>,012 de longueur, l'autre 0<sup>m</sup>,008 à 0<sup>m</sup>,010 seulement. Ces culs-de-sac étaient coniques, à ouverture assez large, à terminaison très-étroite, et les instruments s'y engageaient nécessairement et y étaient arrêtés, car l'orifice en était plus large que le reste de l'urèthre. On retrouvait des culs-de-sac membraneux semblables en arrière de la valvule, dans la région prostatique, de sorte que le hasard le plus miraculeux aurait pu seul conduire une bougie filiforme dans la vessie (voy. *Gaz. méd. de Strasbourg*). Il est probable que la formation de ces canaux accidentels résultait d'anciennes fausses routes.

Une des particularités fort remarquables de cette observation fut une gangrène spontanée du scrotum, précédée d'un œdème érysipélateux avec aggravation de la dysurie, symptômes concomitants d'une affection ancienne de la poitrine. On aurait pu supposer un épanchement d'urine, et cependant rien de semblable n'était arrivé et l'urèthre était resté intact.

Nous avons publié d'autres cas de rétrécissements infranchissables et la question n'est plus aujourd'hui controversée; M. Verneuil en a rapporté comme Thompson, plusieurs exemples.

L'exploration du canal est nécessaire pour faire connaître le siège, la nature, la forme et l'étendue des rétrécissements.

*Moyen d'exploration.* Pour constater d'une manière précise à quelle distance du méat urinaire les rétrécissements existent, Ducamp explorait le canal avec une bougie (*fig. 583*), sur laquelle étaient tracées les divisions du mètre. En introduisant cette bougie, on sait à quelle profondeur elle pénètre, par le degré de l'échelle métrique correspondant au méat urinaire. Ce mode de mensuration est peu exact, en raison de l'extensibilité considérable de la verge, mais, avec un peu d'habitude, on peut en tirer des données approximatives.