

B. — URÉTHRITE CHRONIQUE

Etiologie.

Ce n'est que lorsque l'urétrite aiguë fut bien connue et après que l'on eut appliqué, au milieu du XVI^e siècle, la méthode de dilatation aux rétrécissements de l'urètre que l'on commença à démêler la marche et les caractères du processus qui conduisait à ces altérations. Cependant, à cette époque encore, l'urétrite chronique était définie diversement. GIRTANNER (1788) caractérisait ainsi son opinion sur la blennorrhagie chronique : « *Stillicidium mucii puriformis vel limpidi ex urethra vix inflammata, sine stranguria, erectiones non dolorificæ, ab ulcere urethræ, aut a coarctatione præternaturali urethræ.* » Pour KUNN (1785), l'urétrite chronique était un suintement qui persistait après l'atteinte aiguë et qui résultait d'une certaine faiblesse de la partie de l'urètre qui avait souffert. EISENMANN (1830) appelait chronique toute chaudepisse qui durait plus de vingt et un jours.

Au chapitre précédent, nous avons dit que l'urétrite aiguë aboutissait à un stade muco-purulent puis à un stade purement muqueux, qui précédait d'ordinaire la guérison. Cette période terminale peut trainer en longueur, s'éterniser en quelque sorte et nous considérons déjà comme urétrite chronique cet ensemble symptomatique qui résulte de la prolongation du dernier stade de l'urétrite aiguë.

De cette façon on donne à l'étiologie de la blennorrhagie chronique le sens le plus large. Toute urétrite chronique peut être aussi bien le reliquum d'une blennorrhagie aiguë que d'une blennorrhagie subaiguë et se développer après une urétrite antérieure comme après une urétrite postérieure.

Quand les stades muco-purulent ou muqueux de la blennorrhagie se prolongent, la maladie tend aussi à se localiser. L'inflammation diffuse propre à l'urétrite aiguë n'occupe plus à la longue qu'une certaine étendue de la muqueuse, et le reste du canal

guérit. Les dispositions anatomiques, la richesse plus ou moins grande en follicules et en glandes commandent cette localisation.

D'après les recherches anatomiques que nous avons entreprises à l'institut du professeur WECHSELBAUM, voici quelques données statistiques sur la répartition des foyers locaux de l'urétrite chronique :

La région mobile était le siège de ces foyers dans	15 cas.
La région mobile et le bulbe.	1 —
Le bulbe seul.	1 —
Les régions mobile et prostatique	1 —
Le bulbe, les régions mobile et prostatique	5 —
Les régions membraneuse et prostatique	1 —
Le bulbe, les régions mobile, membraneuse et prostatique.	1 —
La région prostatique seule	6 —
	<hr/> 31 cas.

Comme on le voit le processus se limite le plus souvent à une seule région (22 cas) de l'urètre.

D'après ce tableau c'est la région mobile qui est le plus fréquemment le siège de l'urétrite chronique (24 cas), puis viennent la région prostatique (14 cas), le bulbe (8 cas), la région membraneuse (2 cas).

Nous définissons donc la blennorrhée chronique en disant que c'est la prolongation du stade terminal, muco-purulent de l'urétrite aiguë, limitée à un point circonscrit du canal. Ces foyers occupent de préférence le bulbe, les régions mobile et prostatique, tandis que les autres parties de l'urètre sont revenues à leur état normal.

Parmi les causes qui mènent à la chronicité de l'affection, nous signalerons : la négligence apportée dans le traitement de la blennorrhagie aiguë ; l'insuffisance du traitement, la multiplicité des récidives ; les infections successives ou subintrantes.

En parlant du traitement de l'urétrite aiguë, nous avons déjà fait ressortir les conséquences néfastes d'un traitement insuffisant. On pose généralement trop tôt le diagnostic de la guérison d'une urétrite, souvent d'après le seul fait de la disparition de l'écoulement, alors que cette guérison est loin d'être complète et que le processus limité au bulbe produit encore du pus, mais en quantité insuffisante pour que ce dernier se fasse jour au méat ; on voit alors se développer l'urétrite chronique du bulbe.

En outre, très souvent la localisation de la maladie aiguë est mal déterminée, parfois même, elle ne l'est pas du tout; enfin, le traitement à l'aide de la seringue uréthrale ordinaire est trop généralisé.

Si, par exemple, il existe en même temps qu'une uréthrite antérieure, une légère uréthrite postérieure, celle-ci négligée devient chronique, compliquée ou non d'uréthrite bulbaire.

Au traitement insuffisant, trop court ou non adapté au siège du mal, toutes fautes commises par les malades se soignant eux-mêmes, mais aussi, trop fréquemment encore, par les médecins, s'ajoutent d'autres influences nocives. Le patient souvent de son propre chef, se croyant guéri, reprend trop tôt sa manière de vivre habituelle, et les récidives se répètent.

Plus les rechutes sont fréquentes, plus la réaction inflammatoire est faible et de courte durée; le mal s'enracine davantage, les modifications de la muqueuse deviennent plus importantes et plus profondes.

La même chose se produit quand les infections se suivent de près. A chaque atteinte nouvelle, la maladie tend à montrer moins d'acuité, à évoluer d'une façon plus torpide, plus subaiguë, mais elle est aussi plus tenace et par sa longue durée elle est déjà presque vouée à la chronicité, d'autant plus que la bénignité des symptômes ne convainc pas le malade de la nécessité d'entreprendre un traitement en règle et de suivre les recommandations hygiéniques et diététiques dans toute leur rigueur.

A ces questions touche de près celle de la *possibilité des infections blennorrhagiques répétées*.

Naguère encore ce point ne soulevait aucun doute et l'on rapportait de nombreux cas d'infections blennorrhagiques successives, survenant à courts intervalles.

Aujourd'hui, il faut par contre se montrer très sceptique à l'égard de ces cas. La ténacité avec laquelle les gonocoques persistent dans l'urèthre et la promptitude avec laquelle les médecins et les malades déclarent si souvent la blennorrhagie guérie justifient cette réserve.

Disons d'abord que la *chaudepisse, même lorsqu'elle a été bien guérie, ne confère aucune espèce d'immunité*. Très souvent nous avons vu des malades qui un, deux ou trois mois après une blennorrhagie complètement évoluée, étaient de nouveau infectés.

En outre, l'existence d'une uréthrite chronique, qu'elle soit

ou qu'elle ne soit pas à gonocoques, n'exclut en aucune façon la possibilité d'une nouvelle infection.

Nous connaissons aussi à ce propos de nombreux exemples. Nous avons, en collaboration avec GNON, entrepris quelques expériences pour vérifier le fait. Pour étudier l'effet particulièrement curatif que produit l'éclosion d'une uréthrite aiguë quand elle se greffe sur une uréthrite chronique, nous avons, avec l'acquiescement des intéressés, inoculé quatre fois des cultures pures de gonocoques dans des urèthres atteints de blennorrhagie chronique et vecteurs ou non de gonocoques. Après quarante-huit heures d'incubation, il se produisit, dans ces quatre cas une blennorrhagie aiguë, à marche typique, avec d'abondants gonocoques dont la nature fut démontrée par les cultures. L'expérience fut du reste toujours salutaire aux malades.

Il est d'observation que les nouvelles infections ne se manifestent que deux ou trois jours après le coït, tandis que les récidives apparaissent immédiatement après la mise en jeu des causes qui les font naître. *La période d'incubation qui existe toujours lors d'une nouvelle infection, et qui manque d'une façon constante quand il s'agit d'une récidive, est donc pour le diagnostic de l'une ou de l'autre le signe distinctif le plus important.*

En dehors des influences extérieures, il existe une série de causes inhérentes à l'organisme qui favorisent le développement de la blennorrhagie chronique.

Nous avons dit que les blennorrhagies torpides, subaiguës devenaient facilement chroniques. C'est précisément ce qui s'observe chez les individus cachectiques, débilités, scrofuleux ou phtisiques, chez lesquels l'affection montre la plus grande tendance à s'éterniser.

SCHLEUSS, GENZMER, THEDENAT et OTIS croient que l'étroitesse du méat joue aussi un rôle.

Nous devons enfin indiquer comme facteur étiologique le plus important de la blennorrhée chronique, le gonocoque, sa fixation, son implantation en un point déterminé de l'urèthre. Nous y reviendrons du reste au chapitre de la *Symptomatologie* et de l'*Anatomie*. Nous dirons, cependant dès maintenant que les gonocoques tendent après un long séjour sur la muqueuse uréthrale à perdre de leur virulence. Du moins beaucoup d'auteurs, NOGGERATH (1872), MILTON (1876), SCHWARTZ (1886) entre autres, ont dit que les femmes infectées par les gonorrhées chroniques de leurs maris souffraient presque toujours de blennorrhagie chronique et très rarement de blennorrhagie aiguë.