

### Symptômes.

On définit souvent la blennorrhée chronique comme un état particulier de l'urètre caractérisé, tantôt par un suintement muqueux, tantôt par l'écoulement d'une goutte de pus plus ou moins jaunâtre ou même simplement par l'agglutination des lèvres du méat. Tout symptôme subjectif a disparu, mais sous l'influence de certaines irritations ce processus chronique subit très facilement des poussées aiguës.

Ainsi présenté le tableau morbide est incomplet; il ne répond qu'à une forme particulière d'urétrite chronique. Le mal comprend d'ailleurs tant de variétés qu'il est impossible de les réunir en un schéma; les signes objectifs aussi bien que la marche et la terminaison mériteraient que l'on fasse de chaque cas un exposé spécial.

*Les symptômes et la marche de l'urétrite chronique ne varient pas seulement avec la localisation, le siège du processus inflammatoire circonscrit, c'est-à-dire de l'hyperplasie conjonctive chronique, mais encore suivant la profondeur à laquelle ce processus se déroule. Tantôt c'est la muqueuse, tantôt c'est le tissu conjonctif sous-épithélial ou les autres tissus sous-jacents qui se trouvent intéressés par la maladie.*

A tous ces points de vue nous pouvons distinguer plusieurs formes qui elles-mêmes pourront être divisées en deux catégories.

Nous avons dit que l'un des caractères de la blennorrhée chronique est de se localiser en un point circonscrit de l'urètre. Mais si nous n'admettions comme blennorrhée chronique que tous ces cas où le processus est réellement confiné en un point assez déterminé, nous devrions en distinguer une série d'autres qui, par leur marche torpide et l'absence de symptômes inflammatoires rentrent cependant dans cette catégorie. Ce sont les cas où, indépendamment des foyers d'infiltration chronique limités, il existe des phénomènes congestifs dans toute une région de l'urètre. Ce sont ces cas qui précisément marquent l'acheminement des formes aiguës aux formes chroniques vraies, circonscrites.

La différence qui existe entre ces deux formes que j'appellerai *blennorrhée chronique récente* et *blennorrhée chronique invétérée* est donnée par la nature et la quantité de la sécrétion.

En effet, si l'on examine l'urine des malades atteints d'urétrite chronique, surtout l'urine du matin, on y trouve les filaments caractéristiques de l'affection. Nous reparlerons avec détails de ces filaments. Immédiatement une distinction importante s'impose : *Dans certains cas, les filaments nagent dans une urine trouble, ailleurs, dans une urine claire.*

Immédiatement une distinction importante s'impose : *Dans certains cas, les filaments nagent dans une urine trouble, ailleurs, dans une urine claire.*

Ainsi que nous le verrons plus loin, dans la blennorrhée chronique nous avons affaire à une multiplication rapide des cellules du tissu conjonctif, à une hyperplasie conjonctive chronique (Ziegler), tandis que dans la blennorrhagie aiguë les lésions vasculaires et l'émigration de corpuscules blancs du sang, multinucléés constituent les phénomènes microscopiques essentiels. Cette hyperplasie conjonctive chronique traverse deux phases, la première dans laquelle le gonflement et l'épaississement de la muqueuse et de la sous-muqueuse résultent de l'accumulation des cellules multinucléées de tissu conjonctif; dans le second ces cellules se transforment de plus en plus en fibrilles conjonctives.

Le premier stade qui répond à l'hyperplasie chronique récente du tissu conjonctif sous-épithélial et aussi du tissu conjonctif périglandulaire est, en règle générale, compliqué du catarrhe de la muqueuse qui avoisine les foyers morbides. La sécrétion dans ces cas chroniques récents comprend par conséquent deux sortes d'éléments : 1° des filaments, constitués par le produit de la desquamation catarrhale de l'épithélium et par les cellules purulentes multinucléées qui s'échappent des vaisseaux dilatés et relâchés, ces deux sortes de cellules, cellules de pus et cellules de l'épithélium étant englobées dans un mucus finement granulé; 2° du mucus résultant du catarrhe diffus de la muqueuse, du catarrhe des glandes et de la dégénérescence muqueuse de l'épithélium. *Des filaments nageant dans une urine muqueuse, trouble, sont l'indice d'une urétrite chronique récente, encore diffuse.* Plus le processus est ancien, plus l'inflammation catarrhale de la muqueuse qui avoisine les foyers locaux diminue.

C'est l'hypérémie de la muqueuse qui produit la sécrétion muqueuse; les manifestations locales dues aux foyers circonscrits ressortent davantage quand elle n'existe plus. La sécrétion constituée alors de cellules épithéliales et de cellules de pus, conglomerées par la mucine finement ponctuée apparaît dans les urines claires sous forme de filaments.

*Des filaments nageant dans une urine claire, spécialement dans l'urine claire du matin, dénotent une blennorrhée chronique ancienne, invétérée.*

Quand une urétrite chronique ancienne est contrariée par l'une

ou l'autre influence défavorable, il n'est pas rare que les symptômes redeviennent ceux de l'urétrite chronique récente, pour s'atténuer après un temps plus ou moins long; de même, le tableau symptomatique de l'urétrite chronique récente devient avec le temps celui de la forme invétérée.

D'après le siège du processus, son étendue en surface, suivant aussi qu'il reste purement muqueux et superficiel ou qu'il dépasse les limites de la muqueuse pour intéresser les tissus sous-muqueux (corps caverneux, prostate), nous distinguons donc plusieurs formes d'urétrites chroniques.

**1. Urétrite antérieure chronique.** — Quand elle reste localisée à la portion mobile, elle constitue ce que l'on dénomme généralement la goutte militaire. Le matin, quand le patient explore son pénis, il voit une goutte perler à l'orifice de l'urètre. Cette goutte est dans les cas récents jaune ou laiteuse, dans les cas plus anciens grisâtre; elle contient souvent de petits grumeaux blancs. L'urine du matin qui est émise sans douleurs ou qui provoque tout au plus une légère cuisson ou simplement un chatouillement au méat, est claire ou trouble, mais elle contient toujours des filaments. *Si l'on fait uriner le malade dans deux verres, la première urine émise est claire ou trouble, mais contient toujours des filaments, la seconde portion est toujours claire.* Pendant le jour, l'orifice urétral est agglutiné par du mucus; la première portion de l'urine contient encore des filaments, mais en moindre quantité que le matin. Quand le processus est encore récent et que la muqueuse est hyperémiée, le muco-pus s'écoule de l'urètre, il forme la goutte du matin; pendant le jour cela se présente moins souvent, à cause du court intervalle des mictions; le mucus bouche en quelque sorte le méat. Dans les cas récents comme dans les cas anciens, la sécrétion de la partie malade de la muqueuse est emportée avec la première urine, l'urine n'est donc jamais trouble dans sa seconde portion. Plus le processus est chronique, plus les exacerbations qu'il présente sont nettes et reconnaissables.

Nous avons signalé comment un symptôme caractéristique de l'urétrite chronique de la partie mobile l'écoulement muqueux au muco-purulent, modéré, qui arrive encore à se faire jour au méat.

Mais quand le pus est formé en petite quantité dans le bulbe, il reste dans cette dernière portion; il se dépose surtout dans le cul-de-sac bulbaire et ne se décele dans la première urine que sous forme de filaments, sans par conséquent qu'il se produise d'écoulement.

Si l'urétrite chronique est encore récente, si la congestion et la production de mucus s'étendent à une plus grande partie de la portion mobile, alors la sécrétion arrive jusqu'au méat et en agglutine les lèvres. Mais que le processus soit plus ancien, le bouchon muqueux manque, la maladie n'est plus appréciable que par les filaments et bien souvent alors le malade et le médecin négligent l'examen des urines. Comme tout symptôme fait défaut, le patient se croit naturellement bien rétabli; s'il se présente de légères exacerbations ou des sensations anormales pendant la miction il les rapporte toujours à l'usage de la « bière jeune » qu'il a bu la veille; les récidives plus intenses sont considérées et traitées comme de nouvelles infections.

*Aussi longtemps que le processus reste confiné dans la muqueuse, voilà les symptômes que l'on observe; bien que légers, ils peuvent persister des années. Nous avons constaté en faisant des autopsies que ces urétrites chroniques, siégeant uniquement dans la muqueuse, pouvaient finalement guérir, le foyer d'infiltration se transformant en une cicatrice superficielle.*

*Un nouveau symptôme, d'une grande importance, se développe progressivement quand l'hyperplasie conjonctive chronique gagne en quelque endroit le tissu sous-muqueux ou le corps caverneux et quand cet infiltrat se transforme ensuite en tissu conjonctif rétracté. Il se forme alors un rétrécissement, une stricture. Les rétrécissements de l'urètre (ceux qui naturellement ne sont pas dus à un spasme) dépendent d'un épaissement, d'une infiltration ou d'une transformation cicatricielle de la muqueuse.*

Ceux qui résultent d'un *épaississement* de la muqueuse (rétrécissements mous), et qui répondent au premier stade de l'hyperplasie conjonctive ne réduiront jamais le canal, dans les régions mobile et bulbeuse de l'urètre, à l'étroitesse du méat. Ces rétrécissements ne sont donc pas justiciables de l'emploi des bougies ordinaires mais bien de celles de fort calibre ou des uréthromètres. Pour cette raison, OTIS les appelle « rétrécissements larges ». Par contre, les rétrécissements formés par des tissus qui se rétractent (second stade de l'hyperplasie chronique) ont une tendance à augmenter toujours. Ils siègent de préférence dans le bulbe ou dans son voisinage.

Sur 320 cas de rétrécissements THOMPSON a relevé les localisations suivantes:

I. A l'orifice urétral et jusqu'à 2 pouces et demi dans la partie mobile : 54 cas, soit 17 fois p. 100.

II. Au milieu de la région spongieuse depuis 2 pouces et demi jusque 5 pouces et demi de l'orifice : 51 cas, soit 16 fois p. 100.

III. Au niveau de la courbure sous-pubienne (bulbe et commencement de la région membraneuse. 216 cas : soit 67 fois p. 100.

Les rétrécissements se développent toujours très lentement. THOMPSON donne dans la statistique suivante, l'époque de l'apparition de cet accident, dans 164 cas :

Dans 10 cas pendant la blennorrhagie aiguë.	
— 71 cas après un an.	
— 41 —	trois ou quatre ans.
— 22 —	sept ou huit ans.
— 20 —	vingt à vingt-cinq ans après le décours de la maladie.

L'étiologie, la pathologie et le traitement du rétrécissement rentrent dans le domaine de la chirurgie ; nous renvoyons donc le lecteur aux ouvrages spéciaux qui s'occupent de cette question.

2. **Urétrite postérieure chronique.** — Dans beaucoup de cas, elle évolue, comme la précédente, d'une façon latente. Les filaments qui se produisent dans les cas anciens restent dans l'urètre prostatique, jusqu'à ce que le premier jet d'urine les emporte. L'urétrite chronique présente une diversité de symptômes qui permettent souvent de préciser son siège. Dans les cas récents, à côté des filaments, il y a production d'une certaine quantité de mucus. Cette sécrétion muqueuse est parfois très abondante, notamment pendant la nuit ; elle s'écoule alors dans la vessie, surtout quand celle-ci est assez distendue, et trouble ainsi la seconde portion de l'urine émise en deux fois.

*Quand il existe un trouble dans les deux portions de l'urine du matin (alors même que ce trouble est peu marqué et qu'il donne l'impression que les urines sont recueillies dans un verre terni) quand il y a en même temps des filaments dans la première portion, on est en droit d'admettre une urétrite postérieure.*

La muqueuse de l'urètre prostatique est riche en glandes qui viennent s'ouvrir aux deux côtés du veru montanum. Le plus souvent le processus inflammatoire s'engage dans le canal excréteur de ces glandes ; ce canal s'oblitère par une sorte de bouchon formé de mucus, de pus, de débris épithéliaux, bouchon, qui se retrouvent souvent dans les urines.

A l'inverse des filaments qui sont déposés à la surface de la muqueuse, ces bouchons assez bien fixés ne sont pas entraînés par

le premier jet d'urine. Mais, quand le muscle compresseur ferme la vessie et expulse les dernières gouttes d'urine de l'urètre postérieur on les trouve avec ces dernières, c'est-à-dire dans le second verre.

*Le trouble légèrement muqueux de la deuxième portion d'urine ou bien l'existence dans cette seconde urine (qu'elle soit trouble ou claire) de filaments en forme de crochet ou de virgule, parle de même en faveur de l'urétrite prostatique chronique.* Quand la maladie est limitée à la muqueuse, elle tend le plus souvent à ne présenter aucun symptôme subjectif.

Le tableau morbide est tout autre et devient beaucoup plus sérieux quand l'inflammation, gagnant en profondeur, dépasse la muqueuse. Elle émigre alors dans la prostate, un organe extrêmement compliqué, très riche en nerfs et en glandes. (La prostate rentre dans les organes génitaux par ses rapports anatomiques ; l'histoire de son développement la rapproche de l'utérus, chez la femme ; de par sa musculature elle appartient en propre au système uro-poiétique.) *La propagation de l'inflammation chronique, d'abord au veru montanum, aux glandes de la prostate puis au parenchyme prostatique provoque une forme grave d'urétrite chronique.*

Des phénomènes d'irritation de différentes sortes apparaissent : troubles du côté de l'excrétion urinaire et des fonctions sexuelles, troubles du système nerveux.

Comme *troubles de l'excrétion urinaire*, on observe des besoins d'uriner un peu plus impérieux, un peu plus fréquents que d'habitude. Les malades croient que leur vessie a diminué de capacité.

Dans d'autres cas, le besoin d'uriner se présente à l'occasion de l'exercice d'une autre fonction, lors de la défécation ou du coït par exemple.

Après chaque défécation, quand surtout le bol fécal a exercé une pression assez forte sur la prostate, ces besoins sont assez violents, mais le malade ne peut les assouvir puisque la vessie, peu d'instants auparavant, a été vidée. Ces besoins qui se présentent à l'état de vacuité vésicale, persistent jusqu'au moment où une certaine quantité d'urine peut être éliminée. D'autres fois les patients doivent uriner plusieurs fois, à de courts intervalles.

L'exploration per anum, la pression exercée au-dessus de la prostate ou sur cet organe lui-même peuvent faire naître ces sensations anormales qui, sans être réellement douloureuses, tourmentent épendant considérablement les malades. Elles peuvent se développer

aussi spontanément ou à la suite du coït et des pollutions. Elles ne cessent qu'après une ou deux mictions.

En même temps se produisent presque toujours des phénomènes d'irritation sexuelle. Les patients se plaignent souvent de ne plus avoir de sensation voluptueuse pendant le coït ; ou bien, ils éprouvent une douleur lancinante plus ou moins violente dans les parties profondes de l'urèthre ou du côté du rectum, au moment de l'éjaculation. Très fréquemment on observe chez eux une forme d'impotence que l'on désigne sous le nom de *faiblesse irritable*. Les érections sont fréquentes mais l'hyperexcitabilité génésique amène des éjaculations hâtives qui se font ante portas ou immédiatement après le commencement du coït. L'érection cesse aussitôt et il faut beaucoup de temps avant qu'elle se reproduise. Ces malades deviennent, on le comprend, impropres à la vie conjugale.

Ils sont affligés de pollutions qui se répètent plusieurs fois en une semaine et même plusieurs fois en une nuit.

Ces phénomènes d'irritation sexuelle font bientôt place d'ailleurs à des phénomènes paralytiques. Les érections deviennent de plus en plus rares et plus faibles, le coït jusqu'au moment de l'éjaculation dure un temps incroyable. Ces phénomènes, qui se terminent par le relâchement et l'anesthésie sexuelles, amènent finalement une impotence complète qui se produirait, d'après FURBRINGER (1880) dans 51 p. 100 des cas de blennorrhée chronique.

Un autre accident a le don d'inquiéter beaucoup ces malades : ils souffrent, disent-ils, d'écoulement séminal. Si l'on s'enquiert plus exactement de ce qui se passe on apprend qu'à chaque défécation, surtout quand cet acte est laborieux, il sort de l'urèthre un liquide trouble, épais, muqueux, que les intéressés prennent généralement pour du sperme. La pression exercée sur la prostate en introduisant le doigt dans le rectum fait sourdre du canal la même sécrétion. A l'examen microscopique on voit immédiatement qu'elle est constituée non pas de sperme mais du produit des glandes prostatiques atteintes de catarrhe ; c'est du liquide *prostatorrhéique*.

D'autres malades souffrent réellement de *spermatorrhée* qui cependant reste ordinairement latente. Il arrive assez souvent que l'on découvre dans l'urine de sujets atteints d'urèthrite chronique des spermatozoïdes isolés. Parfois on en trouve dans le liquide prostatorrhéique ; mais alors ils sont toujours en petit nombre. Dans d'autres cas, il se fait, à l'occasion des défécations et des mictions, une évacuation abondante de sperme. (*Spermatorrhée des mictions et des défé-*

*cations*). FURBRINGER (1886) croit qu'il s'agit en l'espèce de l'évacuation des vésicules séminales sous l'influence de la pression abdominale tandis que les conduits éjaculateurs sont relâchés, paralysés, par le fait de la maladie. Nous avons très souvent observé, lors d'urèthrites chroniques, l'évacuation, à la suite d'efforts de défécation, de spermatozoïdes sans mouvement ; dans ces cas, il existe ordinairement de l'impotence. D'après FURBRINGER (1885), les spermatozoïdes seraient toujours inertes dans les vésicules séminales et ce serait au contact du suc prostatique normal que s'éveillerait leur motilité.

Ce fait expliquerait pourquoi les spermatozoïdes sont inertes dans le liquide spermatorrhéique. FURBRINGER a publié des observations analogues. Mais la prostatorrhée doit être envisagée sérieusement pour un autre motif. La sécrétion prostatique normale est acide. Par son mélange au pus alcalin elle peut devenir neutre et même alcaline (BURKHART, 1889). La sécrétion prostatique ainsi modifiée peut-elle encore modifier dans le sens que nous venons de dire les spermatozoïdes ? On voit déjà comment une simple urèthrite postérieure peut devenir non seulement la cause d'une *impotentia coeundi* mais encore celle d'une *impotentia generandi*.

A la maladie du veru montanum, organe si richement pourvu en nerfs, est liée une série de phénomènes nerveux : irritabilité, épuisement outré, phénomènes que l'on désigne sous le nom de *neurasthénie sexuelle*.

Les troubles fonctionnels sexuels dont nous avons parlé plus haut rentrent déjà dans le cadre de cette neurasthénie. A côté de ceux-là se présentent une série d'autres troubles nerveux qui sont, les uns localisés, les autres de nature spinale ; d'autres enfin dérivent du nervosisme et de la neurasthénie générale. Aux symptômes nerveux locaux appartiennent d'abord l'hyperesthésie, la paresthésie et la paralgésie de l'urèthre. Les malades éprouvent un sentiment de chaleur, de cuisson dans l'urèthre lors des mictions, impressions qu'ils rapportent à un processus inflammatoire du canal ; d'autres fois il se produit des élancements douloureux dans la région pénoscrotale. Beaucoup de ces patients accusent surtout un sentiment de douleur sourde, comme si leur pénis, au niveau du sillon balanique, était fortement étroit.

Il n'est pas rare que l'hyperesthésie de l'urèthre soit telle qu'elle produise la contraction réflexe du compresseur. L'urine est alors évacuée par saccades, en jet fin, ce qui porte le malade et aussi

le médecin à croire à un rétrécissement. L'introduction d'une sonde provoque des contractions spasmodiques des muscles uréthraux, surtout du compresseur. Les sensations douloureuses tendent à s'irradier dans le domaine des nerfs du plexus sexuel, le long du cordon spermatique, dans le testicule; tantôt ce n'est qu'un sentiment de pesanteur, tantôt ce sont des douleurs lancinantes; ces impressions rayonnent aussi vers le périnée et l'orifice anal. Celui-ci est souvent le siège d'hyperesthésie et de contractions réflexes qui sont souvent si violentes qu'elles rendent impossible le toucher rectal. Dans d'autres cas, il existe un prurit anal insupportable, tantôt continu, tantôt se présentant sous forme d'accès. Le grattage, produit bientôt un eczéma de ces parties. Très souvent apparaissent des *éruptions herpétiques* du gland, du prépuce, de la peau de la verge. Ces manifestations cutanées arrivent spontanément ou se présentent après des irritations sexuelles: coït ou pollution. L'état général reste, en dépit de tous ces désordres, longtemps satisfaisant. L'aspect des malades est même parfois excellent, et cependant leur situation est réellement pitoyable. L'impotence et les pollutions dépriment gravement le moral, les différentes sensations ramènent l'obsession « des graves souffrances que les médecins ignorent, eux »; l'humeur est sombre, hypochondriaque. Le tableau devient plus alarmant encore quand les symptômes nerveux s'exagèrent, quand il s'en présente d'autres, dus à l'*irritation spinale*: pesanteur et douleurs dans la région sacrée, sensations de fourmillement, de chaud et de froid le long de la colonne vertébrale, névralgies et paralgésies rayonnées surtout du côté du plexus lombo-sacré. Mais les phénomènes neurasthéniques peuvent aller plus loin encore; alors la digestion commence à s'entreprendre, il se produit du catarrhe gastro-intestinal qui n'est du reste que la conséquence de l'atonie générale. Ces accidents retentissent sur la nutrition, aussi, l'état du malade s'aggrave-t-il considérablement; les phénomènes nerveux augmentent toujours. Il se produit de la céphalalgie, des arrêts de l'intelligence, une dépression profonde, des palpitations de cœur; les troubles du système vaso-moteur amènent de brusques changements de coloration, surtout au visage. La digestion est de plus en plus en souffrance; les symptômes locaux du ressort des organes uro-poiétiques et sexuels augmentent encore d'intensité; il n'est pas étonnant dès lors que plusieurs de ces patients terminent volontairement leur existence.

**Sécrétion.** — Nous avons parlé précédemment des diverses formes d'urétrite chronique où la sécrétion restait inflammatoire. Cette

sécrétion se présente tantôt sous forme de goutte, tantôt sous forme de filaments qu'on retrouve dans les urines. Ce dernier cas se présente quand le pus est formé en petite quantité ou quand il provient des parties profondes du canal.

Quand la sécrétion de l'urétrite chronique produit encore une goutte qui vient perler au méat urinaire, son aspect microscopique est semblable à celui du pus du stade terminal de l'urétrite aiguë. Nous y trouvons donc des cellules de pus multinucléées, isolées ou réunies en petit groupe et des cellules épithéliales de diverses formes (cellules rondes, polygonales, fusiformes, caudées, pourvues d'un grand noyau). On rencontre souvent à côté de ces éléments de grandes cellules uninucléées d'épithélium plat et d'épithélium cylindrique.

Plus fréquemment que sous forme de goutte, les éléments cellulaires dont il vient d'être question se trouvent agglutinés par une mucine finement ponctuée et apparaissent dans les urines sous forme de filaments (pl. III, fig. 8). Ces filaments étaient déjà connus de ANGERIUS FERRERIUS (1553), GMELIN (1700), ASTRUC (1754). Ce dernier les prenait pour un écoulement de lymphes. Nous pouvons macroscopiquement en distinguer deux formes.

Les uns sont minces, muqueux, transparents, souvent très longs et ramifiés, constitués surtout de mucus, tandis qu'ils renferment peu de cellules; les autres sont plus courts, plus durs, fragmentés et opaques, blanchâtres, ce qui est dû à ce que les éléments cellulaires l'emportent sur le mucus. La proportion de cellules épithéliales relativement aux cellules de pus varie beaucoup. Dans la première catégorie de filaments (filaments muqueux), les cellules épithéliales sont généralement plus nombreuses que les corpuscules de pus; dans la seconde, ce sont les cellules de pus qui prédominent. Des filaments muqueux contenant beaucoup de cellules épithéliales comportent un pronostic plus favorable que les filaments fragmentés, renfermant beaucoup de pus.

La forme des filaments, très variable aussi, ne permet aucune déduction quant au siège ou quant à l'intensité du processus. Produits au niveau de la partie malade de la muqueuse à laquelle ils adhèrent, ils sont détachés par le jet urinaire, et souvent aussi divisés.

A côté des filaments de ces différentes formes il s'en trouve aussi de courts, en forme de virgule ou de point; ils sont généralement très denses. Ils proviennent des conduits excréteurs des différentes glandes et follicules, et, quand ils sont très nombreux ils sont l'indice d'un processus grave.