

ainsi une gaine, de plus en plus mince aux conduits qu'elles accompagnent assez loin dans la prostate (pl. VII, fig. 17, c). Quand, plus tard, l'infiltrat se rétracte, cette gaine devient dure, rigide.

Mais à cela ne se bornent pas les lésions anatomiques du veru montanum.

Les conduits éjaculateurs ne sont pas de simples canaux cylindriques. De leurs parois partent, surtout au niveau de la prostate, de nombreux diverticules qui sont recouverts d'un épithélium analogue à celui des conduits éjaculateurs et qui forment avec ces derniers un angle aigu à sommet dirigé vers l'urèthre. (Ces diverticules sont donc dirigés dans le sens du courant spermatique.)

Deux fois nous avons trouvé dans ces diverticules de nombreux spermatozoïdes engagés par cette voie assez loin dans la prostate.

Au moment de l'éjaculation, dans les conditions normales, le sperme ne pénètre pas dans ces conduits accessoires étant donnée leur direction. Cela ne peut se produire que par une sorte de régurgitation et celle-ci n'est à son tour possible que si la force avec laquelle le sperme est émis éprouve une résistance à la sortie des conduits éjaculateurs ou du côté des parois de ces conduits devenus rigides eux-mêmes. En fait, dans l'un des cas signalés plus haut, nous avons trouvé le conduit spermatique comprimé par l'infiltrat sous-muqueux ; et, dans l'autre, la paroi du même canal était scléreuse.

Le sperme qui a pénétré dans l'un de ces diverticules (lors d'un coït ou d'une pollution) pourra être exprimé dans la ou les mictions ou défécations suivantes. Les conduits éjaculateurs devenus rigides ferment mal les vésicules séminales ; aussi, les lésions anatomiques que nous venons de signaler expliquent-elles la fréquence de la spermatorrhée dans l'urétrite chronique.

Les altérations des conduits éjaculateurs consécutives à l'occlusion cicatricielle de leur embouchure sont assez intéressantes. Ces canaux sont très dilatés et leurs diverticules le plus souvent bouchés, au moins en partie. Les vaisseaux sanguins du voisinage sont très élargis. Nous avons eu l'occasion d'observer des hémorragies dans la couche sous-épithéliale et aussi dans la lumière même des conduits éjaculateurs (pl. VII, fig. 18).

On peut aussi voir l'infiltrat du tissu sous-épithélial entourer les glandes prostatiques. Cela n'est cependant le cas que pour les glandes superficielles du veru montanum.

Enfin, l'infiltrat envahit souvent le tissu conjonctif qui enveloppe les glandes tubuleuses simples et celui qui forme dans la cavité de

ces glandes des prolongements vilieux. Quand ceux-ci s'infiltrant, ils deviennent plus longs, perdent leur épithélium et s'anastomosent entre eux. Il peut se faire que la glande, qui à la coupe ressemble alors à une glande acineuse, finisse par se fermer.

*L'épithélium des glandes prostatiques est plus souvent atteint que le tissu qui les entoure et cela aussi bien dans le veru montanum que dans la profondeur de la prostate.*

On peut répartir, déjà à l'examen microscopique de la sécrétion prostatique, ces altérations en deux groupes.

Dans le premier, on voit à la coupe de nombreuses glandes ou tubuli glandulaires remplis des produits de l'épithélium hypertrophié et desquamé (catarrhe desquamant simple) au milieu d'autres glandes paraissant encore saines. Ce sont ces cas où précisément la sécrétion prostatique est abondante, blanche, opaque, et où elle montre à l'examen microscopique une augmentation considérable des éléments épithéliaux, normaux du reste.

Dans le second groupe, on rencontre dans les cavités glandulaires, outre les éléments cellulaires normaux, des leucocytes polynucléés en plus ou moins grand nombre qui remplissent parfois presque complètement ces cavités (pl. VII, fig. 19, c). Il s'agit dans ce dernier cas d'un catarrhe desquamant et purulent ou d'un catarrhe purulent pur. C'est alors que la sécrétion prostatique est abondante, épaisse, jaunâtre et qu'elle renferme, indépendamment des éléments cellulaires normaux, de nombreux corpuscules du pus.

*Ce catarrhe simple ou purulent des glandes prostatiques est sans aucun doute la cause de ce symptôme si fréquent de l'urétrite postérieure chronique : la prostatorrhée.*

Ainsi que cela ressort des recherches qui viennent d'être exposées, le processus inflammatoire chronique peut donc n'intéresser, dans l'urétrite postérieure, que l'épithélium et le tissu sous-épithélial, se limiter par conséquent à la muqueuse. D'autres fois, la prostate elle-même est envahie et peut être le siège de lésions importantes : tuméfaction du veru montanum amenée par l'infiltration des tissus sous-muqueux, sclérose consécutive de ces tissus, compression et oblitération des conduits éjaculateurs ; propagation de la maladie aux conduits éjaculateurs (infiltration avec réduction de la lumière des conduits puis, rétraction cicatricielle des parois amenant leur rigidité) ; propagation de l'inflammation aux glandes prostatiques ou bien sous la forme d'une infiltration périglandulaire ou bien sous celle d'un catarrhe glandulaire simple ou purulent.

Pour résumer le résultat de nos recherches anatomiques sur les uréthrites chroniques antérieure et postérieure, nous dirons que :

1) L'urétrite chronique est un processus en foyers qui consiste en une hyperplasie conjonctive chronique du tissu sous-épithélial. La participation de l'épithélium, des glandes à la maladie doit être considérée comme un phénomène complicant ou consécutif.

2) La blennorrhagie chronique occupe de préférence la région mobile, le bulbe, la région prostatique de l'urèthre.

3) La région membraneuse est relativement préservée de l'inflammation gonorrhéique chronique (ainsi que nous l'avons dit précédemment, sur 32 cas d'urétrite chronique, deux fois seulement cette région était le siège de lésions insignifiantes, superficielles).

4) Dans toute une série de cas, l'inflammation chronique siège uniquement dans la muqueuse, dans le tissu conjonctif sous-épithélial, et cela aussi bien pour l'urèthre antérieur que pour l'urèthre postérieur.

5) Dans d'autres cas, au contraire, le processus envahit par continuité les tissus sous-muqueux (tissus périurétraux ou caverneux pour l'urèthre antérieur, prostate pour l'urèthre postérieure).

6) Il se produit souvent dans l'urétrite chronique des complications locales qui évoluent également d'une façon chronique (pour l'urèthre antérieur : la périurétrite et la cavernite; pour l'urèthre postérieur : la prostatite chronique).

7) Conformément à ces données anatomiques, nous distinguons plusieurs formes d'uréthrites chroniques :

#### I. Urétrite chronique antérieure.

a) Urétrite chronique antérieure, superficielle, muqueuse;

b) Urétrite chronique antérieure, profonde, à laquelle il faut ajouter la périurétrite et cavernite chroniques.

#### II. Urétrite chronique postérieure.

a) Urétrite chronique superficielle, muqueuse;

b) Urétrite chronique postérieure, profonde à laquelle il faut ajouter la prostatite chronique.

Il y a naturellement beaucoup de formes mixtes, d'uréthrites antérieures ou postérieures dans lesquelles, à côté de foyers purement muqueux et superficiels, il coexiste des foyers profonds, sous-muqueux.

Les gonocoques existent dans l'urétrite chronique d'une façon inconstante. D'après BUMM, les récurrences de l'urétrite aiguë surviendraient quand les gonocoques, revenus à la surface au dernier

stade de la maladie, recommenceraient à pulluler dans la couche papillaire de la muqueuse. Quand il ne se produit aucune influence nocive, au contraire, le processus prend fin en même temps que s'éliminent ces couches épithéliales superficielles chargées de gonocoques.

Dans le corps papillaire le processus inflammatoire est, au stade terminal de l'urétrite, en voie de disparaître et s'il ne survient aucune influence fâcheuse, il s'éteint bientôt tout à fait. Il n'en est pas de même s'il s'exerce en quelque point une irritation. Il se produit alors une extravasation de liquide lymphatique et de corpuscules de pus qui a pour effet de rompre la continuité des couches épithéliales. Par ces brèches, les gonocoques pénètrent de nouveau de la surface dans la profondeur, dans le corps papillaire et y provoquent de la suppuration, de l'inflammation aiguë, une récurrence en somme. Mais à la suite de leur longue reproduction sur le même terrain, la virulence des gonocoques est atténuée. Rappelons-nous en effet que la blennorrhagie chronique est beaucoup plus fréquemment communiquée comme telle que comme blennorrhagie aiguë. Nous savons d'ailleurs que les récurrences deviennent de plus en plus faibles et durent de moins en moins de temps parce que l'irritation qu'exercent les gonocoques sur le corps papillaire diminue progressivement.

Les premières récurrences aboutiront encore à la guérison parce que les gonocoques seront répartis à la surface et que le corps papillaire s'en débarrassera. Mais la virulence des gonocoques peut être finalement si atténuée que, par leur nouvelle invasion dans le corps papillaire, ils ne réussissent plus à provoquer une réaction inflammatoire capable de les expulser. Les microbes élisent alors domicile dans le corps papillaire, peut-être aussi dans les follicules; l'irritation continue mais très faible qu'ils exercent assure la perpétuité de leur développement dans la muqueuse.

Le transport de gonocoques très atténués expliquerait pourquoi chez la femme l'infection blennorrhagique aurait souvent dès le début une allure chronique. La multiplication des microbes dans la profondeur rendrait compte de leur présence très inconstante dans la sécrétion et dans les filaments.

Mais les altérations chroniques produites par les gonocoques peuvent encore évoluer, si les gonocoques ont été détruits par quelque intervention (ce sont surtout le coït et les pollutions qui perpétuent ou rallument l'inflammation). Aussi ne trouvons-nous dans la sécrétion d'une quantité de blennorrhées chroniques que des produits morbides (sécrétion ou filaments) sans gonocoques. Certaines altérations, telles

qu'il s'en développe au cours de la blennorrhée chronique (transformations de l'épithélium, sclérose progressive du tissu conjonctif) sont peut-être la cause directe de la mort des gonocoques et cela expliquerait pourquoi dans les blennorrhées anciennes, déjà compliquées de rétrécissement, on ne les retrouve jamais.

### Diagnostic.

Le diagnostic de l'urétrite chronique ressort déjà du tableau symptomatique que nous avons exposé. Aussi ne parlerons-nous ici que de quelques signes essentiels qui permettent de reconnaître cette affection.

Le symptôme le plus important aux yeux du profane, c'est la goutte du matin. Cependant la présence de cette goutte n'implique pas nécessairement l'urétrite chronique pas plus que l'absence de goutte matinale ne permet d'exclure cette affection.

*Pour que cette sécrétion (qu'il s'agisse d'une goutte ou de filaments) soit réellement blennorrhagique, elle doit contenir deux sortes d'éléments morphologiques ; d'abord des cellules de pus ; constituée uniquement de cellules épithéliales, elle ne serait pas blennorrhagique, car cela peut se voir longtemps après le décours de la maladie.* Les filaments épithéliaux, formés surtout de cellules plates, indiquent, que là où ils se forment, l'épithélium cylindrique s'est transformé en épithélium plat, et que le processus a évolué.

Mais comme ces filaments proviennent aussi bien d'un processus desquamant superficiel que d'une infiltration plus profonde, il ne faut pas négliger l'examen uréthrométrique dans les cas où l'urètre antérieur est le théâtre de ces modifications.

Le second élément morphologique important, ce sont les gonocoques. Nous avons déjà signalé leurs caractères propres et nous avons dit aussi qu'ils pouvaient manquer dans l'urétrite chronique.

Trois possibilités peuvent en effet se présenter : ou bien les gonocoques sont en si grand nombre et disposés de telle sorte dans le pus que le diagnostic est de suite autorisé ; ou bien les gonocoques manquent ou sont si clairsemés qu'il est permis de douter de la nature des microbes qu'on a sous les yeux.

On provoque alors la suppuration par des injections de sublimé ou de nitrate d'argent. A l'intérieur des cellules de pus apparaissent bientôt des groupes de coccus caractéristiques.

Enfin, il y a des cas où l'on ne peut découvrir les gonocoques ni dans la sécrétion spontanée, ni dans l'écoulement provoqué.

Il peut cependant encore s'agir dans ces cas d'une urétrite chronique ; seulement, les gonocoques ont disparu. *La nature purulente de la sécrétion, l'histoire anamnétique du malade, l'existence d'une ou plusieurs urétrites antérieures, l'exploration du canal à l'aide de l'uréthromètre, la sonde ou l'endoscope, révélant l'existence d'un foyer inflammatoire circonscrit, chronique, permettent encore ici de poser le diagnostic.*

Une fois le diagnostic de la blennorrhagie chronique éclairci, il faut prendre en considération l'acuité du processus ; à ce point de vue un excellent point de repère est fourni par la présence du mucus. Les cas où il existe encore un trouble muqueux de l'urine, indépendamment de la sécrétion purulente (goutte ou filaments), sont relativement récents, relativement aigus, moins bien localisés ; ce sont donc les cas, où à côté de l'inflammation chronique, circonscrite, il existe encore de l'hypémie, de la congestion, de l'hypersécrétion d'une partie plus ou moins étendue de la muqueuse, et où l'infiltrat chronique se trouve lui-même à son premier stade.

Par contre, là où il n'existe que des filaments dans une urine claire — la goutte matinale manque le plus souvent dans ces cas — l'affection est plus ancienne, se localise mieux à un ou à quelques foyers qui sont, eux, déjà en voie de transformation régressive, fibreuse. Dans ces cas, il faut, comme toujours du reste en matière de blennorrhagie, faire l'examen de l'urine du matin.

A ce propos, je voudrais appeler l'attention sur un point encore. Il est généralement admis (et jusque dans ces derniers temps on aura pu le voir écrit dans beaucoup de livres) que l'épreuve des deux verres permet le diagnostic entre les urétrites chroniques antérieure et les urétrites postérieures. Cela n'est pas exact. Le fait sur lequel repose cette épreuve est en effet le suivant : les filaments formés dans l'urètre postérieur tombent dans la vessie et se mélangent à l'urine qui s'y trouve.

Or, il n'en est pas ainsi quand la sécrétion de l'urètre postérieur est faible et que cette sécrétion est visqueuse. Les filaments, qu'ils proviennent de l'urètre postérieur ou antérieur, sont alors toujours entraînés par le premier jet d'urine, et le second verre est absolument clair, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas d'urétrite postérieure.

Cependant il peut arriver, bien que rarement, ajoutons-le, que des filaments nagent dans une seconde portion d'urine claire.