

C'est qu'alors, ou bien :

1° L'épreuve a été mal faite. L'urine de la première portion est en trop petite quantité, tous les filaments n'ont pas été entraînés et l'on en retrouve dans le second verre.

2° Le malade atteint d'urétrite postérieure n'a plus uriné depuis longtemps malgré certains besoins. L'urètre postérieur s'évase alors en arrière; la sécrétion qui s'y forme tombe dans la vessie et apparaît dans les secondes urines sous forme de petites masses blanches.

3° Les filaments ne proviennent pas de la surface de la muqueuse mais des glandes prostatiques ou de leurs conduits excréteurs. Ces filaments constituent les crochets de FURBRINGER. Ils apparaissent dans les dernières gouttes d'urine parce qu'ils sont, à la fin de la miction, exprimés des petites cavités qui les renferment, par la musculature prostatique.

*D'ailleurs, il faut remarquer que la sécrétion de tous les conduits ou cavités qui s'ouvrent dans l'urètre (prostate, vésicules séminales) apparaît dans les dernières gouttes d'urine, c'est-à-dire dans la seconde portion de l'urine émise en deux fois.*

Outre l'acuité de la maladie, il faut en déterminer la *localisation* et autant que possible connaître la nature des lésions qu'elle a produites.

Nous avons parlé des signes qui nous renseignent sur le siège du processus; nous savons qu'il faut d'abord faire l'examen des urines, rechercher si la seconde portion ne présente pas un trouble muqueux ou si elle ne contient pas les filaments en virgule de la prostate, rechercher enfin les phénomènes qui parlent en faveur de l'urétrite chronique postérieure.

Si l'épreuve des deux verres est négative, il faut faire l'irrigation de l'urètre antérieur, à l'aide d'une sonde élastique introduite jusqu'au bulbe, d'un irrigateur ou même simplement d'une seringue ordinaire. Si l'urine émise après l'irrigation ne contient pas de filaments, il n'y a qu'une urétrite antérieure; dans le cas contraire (filaments dans l'urine après le lavage antérieur), il existe sûrement une urétrite postérieure.

Puis, on interrogera le patient au point de vue des symptômes qui indiquent le siège profond de l'urétrite chronique postérieure. Avant même de l'examiner on lui demandera s'il n'a pas souffert de prosta-torrhée, s'il n'a pas éprouvé de troubles du côté des fonctions uri-

naire et sexuelle. Le malade néglige souvent de donner de lui-même ces renseignements importants; il croit facilement qu'il s'est mal observé.

Enfin, l'exploration instrumentale de l'urètre (explorateur, uréthromètre) éclaircit encore le diagnostic; on peut en outre se renseigner sur la nature même des altérations morbides par l'examen endoscopique.

Quand l'exploration instrumentale de l'urètre doit-elle être entreprise?

Selon nous, *on ne la pratiquera pas avant que le processus soit bien localisé. Il ne faut pas introduire d'instruments dans l'urètre aussi longtemps qu'il existe indépendamment des filaments, un trouble muqueux prononcé de l'urine.* Au chapitre du *Traitement* nous apprendrons par quels moyens nous pouvons combattre cet état congestif qui produit la sécrétion muqueuse; quand l'urine est redevenue claire ou à peu près, quand elle ne contient plus que des filaments, le temps est venu de faire l'exploration instrumentale. Quand on l'entreprend plus tôt, la sécrétion muqueuse devient purulente et reste purulente pendant une ou plusieurs semaines. On trouve alors dans ce pus un nombre plus ou moins considérable de gonocoques.

La moins irritante des méthodes d'exploration est celle que l'on pratique à l'aide de l'explorateur ou de l'uréthromètre; il faut d'abord se servir de ces instruments et j'approuve complètement Tarnowsky de *n'employer l'endoscope que chez les malades qui ont déjà été examinés auparavant plusieurs fois avec la sonde et qui sont en quelque sorte accoutumés à cette irritation.* Bien souvent en effet on est instruit suffisamment par la sonde ou l'uréthromètre sur le siège de l'affection et l'on peut dès lors instituer le traitement.

*Toutefois, l'endoscope est toujours indiqué quand une urétrite chronique localisée résiste à un traitement approprié.*

*Mais, alors même qu'on a recours à l'endoscope, il ne faut pas négliger l'emploi de l'uréthromètre. Celui-ci fournit en effet les renseignements les plus précis sur la diminution de la dilatabilité de l'urètre, c'est-à-dire sur l'épaisseur de l'infiltrat, sa profondeur, le degré de sa transformation en tissu conjonctif fibrillaire.*

L'examen à l'aide de l'endoscope doit être réservé au spécialiste exercé au maniement de cet appareil; dans des mains inexpérimentées, l'endoscopie perd ses grands avantages et peut même causer aux malades de grands préjudices.

L'emploi d'un tube endoscopique de fort calibre est toujours à conseiller; nous ne descendons jamais au-dessous du n° 22 (filière Charrière). Quand le méat est étroit nous l'incisons; l'examen fait avec 18 et 16 (Charrière) donne de moins bons résultats en raison du mauvais éclairage. Quand l'examen endoscopique est soigneusement fait, avec des tubes de calibre approprié, il rend de réels services; le diagnostic des polypes (qui ne sont, à la vérité, pas très fréquents) ne peut être établi que par ce moyen.

Au point de vue du *diagnostic différentiel*, il faut se rappeler que toute goutte que le malade exprime du méat urinaire n'est pas forcément du pus blennorrhagique. On est déjà renseigné à cet égard par l'aspect de la goutte. Souvent il s'agit d'un liquide limpide comme de l'eau, que les malades expriment de leur canal le matin, tandis que pendant la journée les lèvres du méat sont simplement agglutinées. Cette *uréthrorrhée* se produit après de fortes *érections prolongées*. FURBRINGER (1883) dénommait cet écoulement clair, filant, visqueux : *urorrhoea ex libidine*, et DAY l'appelait « suintement muqueux ». Chez les individus dont l'urèthre se trouve dans un état d'irritation à la suite d'une blennorrhagie évoluée, à la suite d'onanisme habituel ou d'excès sexuels de longue durée, cette hypersécrétion permanente d'un mucus uréthral normal s'explique assez bien. Le liquide de l'uréthrorrhée ne montre à l'examen microscopique que peu d'éléments formés, des granulations muqueuses et des cellules épithéliales, parfois divers cocci et bactéries en petit nombre, mais pas de gonocoques ni de cellules de pus.

Quand cet écoulement liquide devient laiteux, il faut être prudent dans le traitement qu'on lui oppose. Quand elle succède à une uréthrite qui a déjà évolué, l'uréthrorrhée est souvent prise par le malade et le médecin pour un reste d'uréthrite qu'on croit devoir traiter par des injections, des bougies, etc. Alors, voilà ce qui arrive le plus souvent :

La sécrétion limpide du début s'épaissit de plus en plus, devient d'abord grise, opaline puis laiteuse. Si on l'examine au microscope, on voit que le nombre des éléments cellulaires a augmenté dans de fortes proportions, qu'elle renferme un grand nombre de grandes cellules pavimenteuses polyédriques sur lesquelles et entre lesquelles on découvre de nombreux microorganismes, entre autres et surtout une espèce de bacilles courts, grêles, disposés en chaînes (pl. IV, fig. 11).

Le nombre de ces bacilles est toujours si considérable que nous

croions pouvoir rapporter l'abondante desquamation de l'épithélium à l'irritation qu'ils doivent exercer sur la muqueuse, et nous sommes portés à croire qu'ils sont introduits dans l'urèthre par des instruments malpropres ou par les injections dirigées contre l'uréthrorrhée; enfin, ces microorganismes peuvent provenir du sac préputial; ils trouvent dans l'urèthre un terrain bien préparé pour les recevoir, alcalinisé par l'hypersécrétion muqueuse. Ce seraient ces microbes qui provoqueraient et augmenteraient la desquamation épithéliale.

Cette uréthrorrhée laiteuse, n'apparaissant généralement que le matin, très rare pendant la journée, ne s'accompagnant d'aucun symptôme subjectif, consistant essentiellement en cellules et en bacilles, guérit rapidement sous l'influence de quelques injections faibles de sublimé (1 : 4000).

Cette forme d'uréthrorrhée peut aussi venir compliquer le stade terminal de l'uréthrite, on n'oubliera pas d'y songer. JANET (1892) pense que des infections secondaires pseudogonorrhéiques (provenant des impuretés du sac préputial ou occasionnées par le coït) se greffent facilement sur la blennorrhagie chronique ou lui succèdent.

La *prostatorrhée*, seule ou associée à la neurasthénie, se présente bien que rarement, après le décours de l'uréthrite postérieure aiguë, surtout quand cette dernière a été compliquée d'épididymite ou qu'elle a affecté un masturbateur. La prostatorrhée n'est pas un signe absolument certain d'uréthrite chronique postérieure; pour qu'il en soit ainsi, il faut qu'à côté de la prostatorrhée (apparaissant surtout lors des défécations) il y ait des symptômes d'uréthrite chronique, notamment des filaments qui contiennent des cellules de pus.

Enfin, il existe une forme rare de prostatorrhée qui consiste en une production exagérée et en un écoulement de sécrétions prostatiques normales. A l'inverse de la sécrétion prostatorrhéique pathologique qui est épaisse, muco-purulente et qui dérive de la prostatite chronique, cet écoulement est fluide et laiteux. On peut le provoquer par la pression exercée sur la prostate (toucher rectal) ou en explorant l'urèthre avec une sonde de gros calibre, ce qui permet d'établir le diagnostic.

Nous avons encore à signaler un phénomène qui s'observe parfois au cours de l'uréthrite aiguë mais que l'on rencontre plus fréquemment dans l'uréthrite chronique et qui embarrasse facilement si l'on n'est pas prévenu; nous voulons parler de la *phosphaturie*. Certains malades atteints d'uréthrite chronique émettent, l'une ou l'autre fois, des urines laiteuses, troubles, grisâtres.

Quand on laisse déposer ces urines, il se précipite un sédiment blanc, granuleux, finement floconneux. Ce dépôt, ce trouble de l'urine, fait souvent, même en l'absence de tout symptôme subjectif, poser le diagnostic de catarrhe vésical. Mais si l'on examine le sédiment au microscope, on voit (fig. 26) qu'il est formé de phosphates et de car-

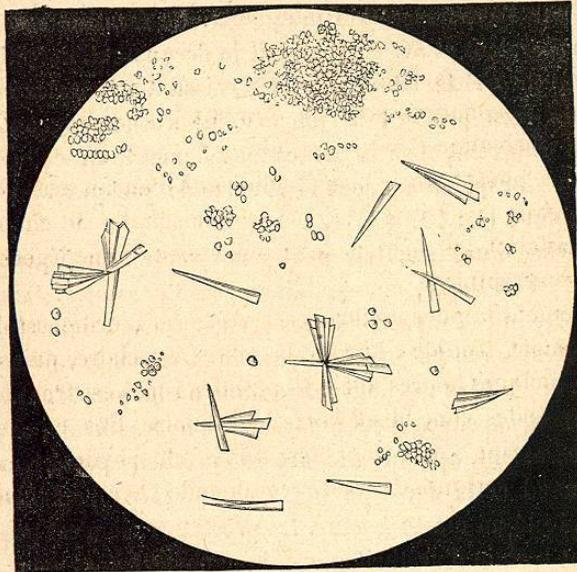


Fig. 26.

bonates de chaux, les premiers formant une masse amorphe, finement granuleuse, les seconds des cristaux cunéiformes réunis en gerbes ou en rosette. La réaction des urines est faiblement acide, neutre ou même alcaline, ce qui pourrait faire croire aussi à la cystite. Sans recourir au microscope, le diagnostic s'impose dès que l'on ajoute quelques gouttes d'acide acétique à l'urine ; celle-ci s'éclaircit aussitôt. Quand le trouble est formé par des carbonates de chaux en suspension, il se dégage de l'anhydride carbonique, tandis que les phosphates de chaux se dissolvent sans production de gaz. On explique la phosphaturie ou par la trop faible acidité de l'urine qui est alors incapable de maintenir en dissolution les sels qu'elle contient ou bien par la production exagérée de phosphates liée à une névrose sécrétoire.

On observe la phosphaturie dans les conditions suivantes :

1) Dans les uréthrites aiguë ou chronique, quand les malades s'ob-

servent trop rigoureusement et qu'ils s'abstiennent pendant longtemps de mets acides, épicés, salés. 2) Dans l'uréthrite chronique postérieure et dans la neurasthénie à côté de la polyurie. Elle rentre alors dans le cadre de la neurasthénie à titre de névrose sécrétoire. 3) Dans les uréthrites aiguë ou chronique, quand les malades font usage d'une eau minérale alcaline (GIESHUBLER, PREBLAUER) et qu'ils sont en même temps soumis à une diète sévère ; c'est malheureusement souvent le cas.

Après cela, que faut-il penser de la conduite du médecin qui prend cette phosphaturie pour de la cystite et qui la traite par une eau minérale alcaline ?

Souvent la phosphaturie ne s'accompagne d'aucun symptôme subjectif ; d'autres fois, surtout quand les phosphates de chaux prédominent (cristaux), les mictions s'accompagnent d'une légère cuisson, il y a un peu d'épreinte.

Généralement la phosphaturie est passagère. L'urine est d'ailleurs irrégulièrement trouble : l'urine du matin est claire, puis celle qui est émise quelques heures après le premier repas est trouble.

Certains acides font disparaître d'ordinaire très rapidement le trouble de l'urine : tels sont les acides chlorhydrique, acétique, citrique, phosphorique. CANTANI recommande l'acide lactique :

℞ Acid. lactic. . . . .	3 gr.
Aq. font. . . . .	200 —
Aq. menthæ . . . . .	50 —

S. Toutes les deux heures une cuillerée à soupe dans un demi-verre d'eau gazeuse.

La phosphaturie n'aggrave pas le pronostic de la blennorrhée chronique.

Il suffit d'ajouter à l'urine phosphatique quelques gouttes d'acide acétique pour voir se dissoudre les phosphates et les carbonates calciques. L'urine s'éclaircit mais elle contient encore, s'il s'agit d'une uréthrite chronique, des filaments ; ou bien, il persiste un trouble muqueux dans lequel nagent ces filaments.

#### Pronostic.

Plus encore que pour l'uréthrite aiguë, le pronostic de l'uréthrite chronique commande des réserves.

Et, comme la durée de l'affection est toujours problématique, il ne

faut jamais, en tout cas, prédire le moment probable de la guérison. Il ne faut même pas affirmer avec certitude que la blennorrhagie guérira.

Certes, les chances de guérison sont assez grandes quand le traitement est rationnellement conduit ; le praticien au courant des progrès de la science enregistrera un bon nombre de succès qui échapperont au médecin dont tout l'arsenal thérapeutique se compose d'une seringue et de 30 ou 40 recettes pour injections.

Cependant il est probable qu'il y aura toujours un certain nombre de blennorrhées chroniques qui resteront réfractaires à tout traitement. Cela sera parce que beaucoup de malades ne se conforment pas assez sérieusement aux prescriptions médicales ; il leur manque avant tout ce que nous ne pouvons malheureusement pas prescrire chez le pharmacien, la patience. Certaines blennorrhées chroniques sont incurables, non pas parce qu'elles sont trop peu traitées, mais parce qu'elles le sont trop ou parce que le traitement est mal dirigé, conduit aveuglément et qu'il ne répond à aucune indication ; ce qui se pratique encore aujourd'hui est souvent incroyable.

Il y a surtout deux circonstances qui aggravent la blennorrhée chronique, qui en assombrissent le pronostic. Certaines blennorrhées si elles ne guérissent pas, du moins elles n'empirent pas avec l'âge ; d'autres, par contre, s'aggravent avec le temps par le fait de complications.

Ces complications sont, pour l'urétrite chronique antérieure : le rétrécissement ; et, pour la postérieure : la prostatorrhée et la neurasthénie sexuelle. En général, on peut dire que le pronostic des uréthrites chroniques est plus favorable pour les cas récents que pour les cas anciens, invétérés ; plus favorable pour l'urétrite antérieure que pour l'urétrite postérieure. L'urétrite antérieure est plus accessible à nos moyens directs et le rétrécissement est en somme beaucoup plus facile à traiter que la neurasthénie.

Le pronostic est meilleur pour les uréthrites chroniques qui succèdent à une urétrite aiguë négligée que pour celles qui font suite à une urétrite aiguë qui a été l'objet d'interventions multiples mais non appropriées au cas.

Enfin, le pronostic est relativement bon, quand, en dépit de sa longue durée, l'affection ne se complique ni de rétrécissement, ni de phénomènes neurasthéniques.

### Traitement.

Nous rencontrons ici la même confusion que dans le traitement de l'urétrite aiguë.

Un nombre infini de remèdes ont été dirigés contre l'urétrite chronique ; ce n'est cependant que depuis quelque dix ans que l'on se rend bien compte des moyens qui peuvent conduire au but et que l'on comprend bien les indications thérapeutiques.

D'ailleurs, à côté du traitement rationnel qui s'édifie peu à peu on voit encore de nos jours, trop souvent malheureusement, la routine et le plus grossier empirisme régner en maître.

L'urétrite chronique, plus encore que l'urétrite aiguë, était considérée par les anciens médecins comme étant de nature syphilitique.

Aussi, quand la blennorrhagie chronique ne céda pas après un certain temps aux balsamiques, aux tisanes et aux bains, elle était soumise à la médication spécifique. « Après tous ces remèdes, on saura à quoi s'en tenir sur le caractère de la maladie, et s'il faut en venir au grand remède pour la guérir, etc... » écrivait FABRE (1773).

Du reste, l'urétrite chronique était très souvent négligée, plus encore qu'aujourd'hui : un seul symptôme, ou plutôt une conséquence de la maladie fut traitée assez tôt : c'est le rétrécissement.

ALEXANDRE TRAJAN PETRONIUS DE CASTILLE conseillait déjà « de nettoyer l'urètre à l'aide d'une bougie en cire ou d'un autre instrument analogue ». Dans le même but on employait des caustiques en poudre ou en pommade, croyant que la stricture était due à un caroncule ou à une excroissance fongiforme.

WISEMANN (chirurgien de Charles II) qui le premier pratiqua l'urétrémie externe pour rétrécissement, introduisait un petit tube dans l'urètre jusqu'à la stricture et déposait en ce point du précipité rouge. Mais ces caustiques agissaient parfois si énergiquement et on les appliquait si difficilement qu'ASTRUC (1754) parvint à les faire abandonner. On songea alors aux moyens mécaniques, à la dilatation. LEDRAN à cet effet conseillait l'emploi des cordes de boyau, DARAN, FABRE (1773), KUHN (1783), HUNTER (1786), celui de certaines bougies. Celles de B. BELL (1794) étaient de fort calibre.

On voulut bientôt combiner à cet effet mécanique une action astringente, c'est ainsi que BELL prescrivit dans les cas tenaces des bougies enduites de térébenthine ou de pommade au précipité rouge.