

malades de se plonger la verge, le prépuce étant retroussé, deux ou trois fois par jour dans un bain d'eau tiède à laquelle on ajoute une solution d'acide phénique ou de chlorure de zinc (1 p. 100). Il est bon qu'ils se nettoient très souvent le gland et qu'ils interposent entre celui-ci et le prépuce une fine lame de coton hydrophile. Celle-ci peut être remplacée par une poudre inerte telle que la poudre de lycopode, de talc de Venise, de la poudre de riz; on replace ensuite le prépuce. S'il y a des érosions, on les cautérise soit à l'aide de solution de nitrate d'argent (1 : 2), soit à l'aide du crayon.

On peut aussi badigeonner le gland avec des solutions argentiques plus faibles (0,5 gr. p. 10 eau). Les bains de résorcine (5 à 10 p. 100) ou les badigeonnages faits avec cette solution donnent de bons résultats. CHICHESTER (1891) emploie, en badigeonnage, le mélange suivant :

℞ Atropin. sulphuric	5 cent.
Zinci sulphur	0 ^{gr} ,1
Acidi borici	25 cent.
Aq. distillat.	25 gr.

Le tannin se montre également efficace. On peut l'employer comme moyen prophylactique de la balanite en le saupoudrant à la surface du gland, pour combattre sa sensibilité.

Quand il existe un phimosis, il faut avant tout veiller à l'élimination du pus. On obtiendra le meilleur effet des injections de nitrate d'argent faible (0^{gr}, 5 p. 150), de résorcine (5 à 10 p. 100) répétées plusieurs fois par jour. ZEISSL (1883) conseille dans ces cas d'introduire le crayon dans le sac préputial et de le promener rapidement sur le gland et la face interne du prépuce.

Les phénomènes inflammatoires intenses sont combattus par le repos, la position élevée de la verge, les frictions d'onguent mercuriel, les injections dans le sac préputial de liquide antiseptique, par les moyens antiphlogistiques doux. Contre l'œdème on fera des scarifications. Si cet œdème est déjà considérable et si la gangrène est imminente ou déjà en voie de développement, on recourra aux moyens antiphlogistiques énergiques qui pourront parfois enrayer le mal.

Si ces moyens ne réussissent pas, on n'hésitera pas à faire une incision dorsale ou circulaire. Un pont de substance peut être tendu au-dessus du sillon coronaire et entretenir la balanite; la simple incision au bistouri, aux ciseaux, suffit pour en amener la guérison.

La balanite, quand elle se complique de phimosis, rend souvent impossible le traitement externe de l'urétrite blennorrhagique. Il faut bien alors attendre et se contenter d'administrer des remèdes internes.

II. — DE LA FOLLICULITE, DE LA CAVERNITE ET DES ABCÈS PÉRIURÉTHRAUX

Symptômes.

Nous avons dit que dans la blennorrhagie aiguë, on observait souvent dans la portion mobile de l'urèthre, une série de nodosités pouvant avoir le volume d'un grain de millet; ces nodosités n'existent pas dans l'urèthre normal. Ces formations, souvent un peu douloureuses, ne sont que des follicules tuméfiés. Toutefois, ceux-ci s'enflamment souvent davantage. L'autopsie de A. GUÉRIN (1834) que nous avons rapportée au chapitre de l'*Anatomie pathologique de l'urétrite aiguë*, nous fournit déjà un bel exemple de folliculite abcédée survenue au cours d'une blennorrhagie aiguë. Dans beaucoup de cas, le processus inflammatoire n'intéresse que le follicule ou les couches conjonctives périfolliculaires les plus proches. Ce n'est alors qu'une affection relativement bénigne. On suit très bien ces altérations au méat urinaire. Les lèvres de cet orifice portent en effet, chacune un gros follicule qui s'enflamme assez souvent au cours de la blennorrhagie. On observe alors un gonflement et une rougeur assez considérables des bords de l'orifice uréthral et, si l'on entr'ouvre cet orifice, on fait sourdre par la pression une goutte de pus par une ou deux petites ouvertures situées à l'extrémité antérieure des parois internes du canal. Ces orifices qui permettent le passage d'un fin stylet correspondent à l'embouchure de deux petits trajets longs de 1/2 à 1 centimètre. Dans les degrés légers d'hypospadias, cette affection est fréquente parce que les glandes et leurs orifices ont généralement de plus grandes dimensions.

Mais l'inflammation des glandes et des follicules devenant plus intense, le tissu périfolliculaire peut aussi s'entreprendre. Cette aggravation résulte souvent de l'occlusion du conduit excréteur de la glande; cela se présente quand ce conduit est assez long et qu'il débouche obliquement dans la muqueuse, ou quand sa lumière se trouve obturée par un bouchon muqueux ou muco-purulent. Ou bien

le patient en a d'abord éprouvé un grand soulagement; les symptômes se sont amendés et la nodosité a disparu. Mais généralement, deux ou trois jours plus tard, la nodosité se reproduit plus grosse qu'elle ne l'était et devient très douloureuse; le gonflement tend à envahir tout le corps caverneux ou au moins une grande partie de ce tissu. La peau devient très rouge et les mictions sont difficiles; le jet urinaire est mince et faible, l'infiltrat est le siège de violentes douleurs lors des mictions, les limites n'en sont plus aussi nettes. Le corps caverneux est tendu comme s'il était en état de demi-érection; la verge prend une forme d'arc à concavité dirigée du côté de l'abdomen. Les espaces du tissu spongieux, rétrécis par le gonflement inflammatoire, ne peuvent contenir lors des érections une quantité de sang aussi grande que dans les conditions normales. Le corps spongieux de l'urèthre ne suit pas l'expansion des corps caverneux. Ces incurvations de la verge sont évidemment très douloureuses. Quand la cavernite résulte d'une infiltration d'urine, il se produit une fonte purulente des tissus et l'infiltrat crève à l'extérieur; mais, dans les cas défavorables, la gangrène peut aussi survenir, on observe alors des phénomènes graves et la mort vient parfois succéder aux accidents pyémiques. Les irritations extérieures seules ont-elles amené une recrudescence de l'inflammation et la cavernite, celle-ci peut passer à la résolution. Cependant, il est encore possible, dans ces cas, de voir persister une induration (transformation en tissu conjonctif fibreux) plus ou moins étendue des corps caverneux, induration qui peut gêner l'érection et devenir ainsi la cause d'une impotentia cœundi. A. GUERIN (1854) a pu voir, en autopsiant un cas semblable, que le tissu spongieux avait complètement disparu, les parois des alvéoles s'étant considérablement épaissies en même temps qu'elles étaient devenues rigides; TARNOWSKY (1872) a rapporté une observation analogue. Il s'agissait d'un malade qui par erreur s'était injecté une solution de nitrate d'argent très concentrée; quinze heures après, il avait dû s'aliter. La peau de la verge en érection complète était alors chaude et rouge; le moindre mouvement, le moindre contact, un courant d'air même provoquait de violentes douleurs. Un pus sanguinolent sortait goutte à goutte de l'urèthre. Les souffrances intolérables que provoquait le passage de l'urine, rendaient les mictions presque impossibles. Les douleurs ressenties déjà à l'état de repos, et qui s'irradiaient aussi du côté du périnée s'exaspéraient par le rapprochement des membres, aussi le malade était-il forcé de prendre une position demi-assise, les cuisses en abduction et les jambes

fléchies. L'application de sangsues, de compresses glacées au périnée, les frictions d'onguent mercuriel amenèrent la résolution de ces accidents, mais, trois mois après cette injection malheureuse, on pouvait encore sentir dans la partie moyenne de la verge une induration allongée du volume d'une noisette.

La gonorrhée chronique s'accompagne beaucoup plus rarement de complications de cette espèce. Quand il survient une exacerbation, une poussée aiguë au cours de ce processus chronique, on observe bien quelquefois l'inflammation de l'un ou l'autre follicule, de l'une ou l'autre glande, mais la folliculite affecte alors une marche torpide et ne laisse après elle qu'une induration; on sent alors en palpant le corps spongieux de l'urèthre de petites nodosités, pouvant avoir le volume d'un grain de millet, bien durs et indolores.

Une source assez fréquente d'infiltrats caverneux et périurèthraux est le rétrécissement.

Il n'est pas rare de voir en amont des points rétrécis une ulcération donner lieu à une infiltration d'urine; celle-ci devient alors le point de départ de la cavernite. Le siège de prédilection de ces altérations est, comme pour les rétrécissements, le bulbe, parfois la région membraneuse. Cependant on peut les observer ailleurs.

KREINER (1886) a rapporté le cas suivant très intéressant; malheureusement il ne savait pas si les accidents qu'il constatait résultaient d'une uréthrite aiguë ou d'une uréthrite chronique. Il s'agissait d'un malade qui avait absolument négligé une blennorrhagie pendant trois ans. Au moment où le sujet fut examiné, le pénis, assez volumineux et comme en état de demi-érection, était arqué latéralement; le gland énorme, d'une teinte bleue livide, était criblé de petits orifices. Aux deux côtés du frein qui était très épaissi dans sa partie postérieure, on voyait deux ouvertures un peu plus larges. A la palpation, l'urèthre et son corps spongieux semblaient très épaissis et très durs, depuis le milieu de la portion mobile jusqu'au méat, comme si on y avait introduit une sonde élastique de gros calibre. Ça et là, il y avait bien aussi quelque nodosité, du volume d'un pois. Tout le gland était sclérosé, le méat était entropioné par un tissu cicatriciel et rétréci au point que l'on y introduisait avec peine une sonde très fine; il était de plus recouvert par une granulation exubérante sortant de l'une des lèvres ulcérées de cet orifice.

En exprimant l'urèthre d'arrière en avant, on faisait sourdre du gland comme d'une passoire, par tous les orifices que nous avons

signalés et par le méat, un pus crémeux, épais. Le malade urinait avec peine, en faisant agir la presse abdominale ; le jet était mince et tordu, et l'urine suintait en même temps de tous les orifices du gland ; des deux orifices situés à côté du frein jaillissaient deux jets, très minces. La même chose se produisait quand on injectait un liquide dans l'urèthre, avec la seringue de Sigmund par exemple.

KUMAR (1889) a relaté un cas analogue.

Enfin, nous avons à signaler une altération des corps caverneux qui ne s'observe ni dans la blennorrhagie aiguë, ni dans la blennorrhagie chronique mais après le décours de ces affections et qui se développe d'une façon lente, insidieuse. Nous voulons parler de l'*induration chronique des corps caverneux* (TARNOWSKY (1872), VAN BUREN et KEYES, (1874) MAURIAC (1886).

C'est une affection à marche essentiellement chronique, qui se traduit par l'épaississement du tissu spongieux et qui ne s'accompagne d'aucune douleur, si ce n'est à l'occasion d'une érection.

A la palpation, on sent dans l'un des corps caverneux une nodosité dure, qu'il est même possible d'apprécier lorsque la verge est à l'état de flaccidité. Lentement, progressivement, presque toute l'épaisseur des corps caverneux se trouve occupée par cette nodosité qui reste indolore. On peut voir alors le pénis s'arquer dans l'érection. Dans certains cas, l'induration se fait en surface ; elle est peu extensible et gêne l'érection bien que n'intéressant jamais toute l'épaisseur des corps caverneux.

Quelquefois on trouve dans un corps caverneux, plusieurs nodosités.

Le *diagnostic* de toutes les formes de folliculite et de cavernite que nous venons de passer en revue ressort du tableau symptomatique que nous avons exposé. On n'observe pas les formes aiguës sans blennorrhagie concomitante, à moins d'irritations traumatiques violentes. Les phénomènes inflammatoires, le volume de l'infiltrat, l'existence d'une blennorrhagie permettent donc d'asseoir le diagnostic. Quant aux indurations chroniques, il faut penser à la syphilis. L'anamnèse, la coexistence d'autres accidents spécifiques, motivent le traitement qui du reste se montrera efficace dans l'affection blennorrhagique.

Il ne faut jamais poser un *pronostic* favorable sans quelque réserve. Les formes les plus bénignes d'abcès folliculaires peuvent, en effet, donner lieu à l'infiltration urineuse. Les altérations étendues du corps caverneux compromettent la potentia cœundi ; la persistance d'une fistule urinaire, les accidents pyémiques assombrissent considérablement le pronostic. L'induration chronique, si peu accessible

au traitement, ne met pas la vie en danger, mais peut avoir de graves conséquences au point de vue fonctionnel.

Traitement.

La première indication est de prescrire le repos absolu du corps et des organes génitaux.

Il faut engager le malade à se mettre au lit, éviter par les moyens convenables toutes les excitations sexuelles, conseiller une alimentation légère, veiller enfin à la liberté du ventre. Le traitement de la blennorrhagie, tant externe qu'interne, doit être interrompu.

Contre les infiltrats récents qui ne présentent pas de ramollissement, de fluctuation, il faut diriger immédiatement des moyens antiphlogistiques énergiques. On commence par appliquer des compresses froides qu'on renouvelle souvent. Quand les douleurs auront disparu, on pourra stimuler la résorption à l'aide de frictions d'onguent mercuriel ou de fumigations. Aussitôt que la fluctuation apparaît, afin d'éviter que la rupture se fasse spontanément du côté de l'urèthre, on incise l'abcès en prenant les précautions antiseptiques requises. Quand l'ouverture dans l'urèthre s'est déjà produite, il faut également inciser du côté externe. On combat le danger imminent de l'infiltration d'urine ou la formation d'une fistule uréthrale en appliquant une sonde à demeure.

Au cas où l'infiltration urineuse existe déjà, on agit de la même façon (incision externe, sonde à demeure).

Les fistules uréthrales sont justiciables du traitement chirurgical. Les indurations chroniques ou celles qui résultent d'inflammations aiguës seront traitées par les fumigations, les badigeonnages à la teinture d'iode. Aussi longtemps que ces indurations n'ont pas disparu les érections doivent autant que possible être évitées ; le coït doit en tout cas être proscrit. Il peut en résulter, en effet, des hémorrhagies, des déchirures.

Les folliculites du méat guérissent très facilement par l'application du crayon de nitrate d'argent ou de la pointe très effilée du thermocautère. La glande est naturellement détruite. Dans les cas d'hypospadias, il faut ouvrir largement les cryptes qu'on rencontre habituellement dans la région du méat.

Quand il existe un abcès situé derrière le frein qui forme alors une sorte de pont, il faut couper ce pont.

III. — DE L'INFLAMMATION DES GLANDES DE COWPER OU COWPÉRITE

Généralités.

Bien que les glandes de COWPER aient été découvertes et décrites par MÉRY en 1684 puis par COWPER lui-même en 1702, la pathologie de ces organes est restée longtemps dans l'ombre.

COWPER en 1702 considérait l'écoulement visqueux, filant, qui se produit à la période terminale de l'urétrite, comme le résultat d'une maladie des glandes qui portent son nom; il avait même décrit un cas où il avait vu une ulcération occuper l'orifice d'un conduit excréteur. LITTRÉ (1711) croyait qu'il existait un lien entre l'urétrite chronique et la cowpérite; il avait décrit, lui aussi, un cas de gonflement de la glande avec ulcération du conduit excréteur. MORGAGNI (1765) avait également vu, en faisant l'autopsie d'un jeune homme, un conduit excréteur rétréci par une cicatrice. HUNTER mentionna la cowpérite et conseilla de diriger contre cette affection un traitement mercuriel énergique. B. BELL (1794) considérait la cowpérite comme une complication dangereuse de l'urétrite et lui attribuait, dans certains cas, la persistance de l'écoulement. SWEDIAUR (1798) voyait dans la tuméfaction de ces glandes une cause de rétention d'urine.

Toutefois, c'est GUBLER (1849), un élève de RICORD, qui décrivit le premier avec détails l'inflammation des glandes de COWPER.

LINHART (1850) a présenté à la Société de médecine de Vienne, le 7 décembre 1849, deux préparations intéressantes, l'une se rapportant à la suppuration des glandes de COWPER avec gangrène de la muqueuse uréthrale, l'autre montrant l'abcession du lobe médian de ces glandes. D'autres encore apportèrent leur contribution à l'étude de la cowpérite: BARTHELS (1851), NICOLLE (1873), RAVOGLI et RASORI (1880), ENGLISCH (1882), BOURÉ (1885). Cette affection, assez rare en somme, est jusqu'ici relativement peu éclaircie.

Symptômes.

La cowpérite est généralement une complication de la blennorrhagie aiguë.

On sait que les conduits excréteurs des glandes de COWPER s'ouvrent dans le bulbe, et comme l'inflammation blennorrhagique n'arrive pas en ce point avant la fin de la seconde semaine après l'infection, la cowpérite ne s'observe pas avant cette époque de la maladie. D'après FOURNIER (1866) et ENGLISCH (1880), ce serait seulement au cours du troisième ou du quatrième septenaire que la complication se produirait généralement.

Dans la plupart des cas, la cowpérite est provoquée par certaines influences nocives qui développent l'acuité de la blennorrhagie. Il en est ainsi des traumatismes, des mouvements forcés, de la danse, de l'équitation, du coit, des injections fortes ou de l'introduction de bougies ou d'instruments dans l'urèthre. D'autres fois cependant aucune de ces causes occasionnelles n'entre en jeu et il semble que la complication naisse spontanément. TARNOWSKY (1872) a rapporté un cas où la cowpérite était survenue au cours d'une urétrite chronique, datant de deux ans, après une course à cheval que le patient aurait faite.

Les symptômes et la marche de l'affection sont d'ordinaire très simples. Après la mise en jeu des causes que nous avons signalées ou sans cause appréciable, le malade éprouve une douleur lancinante au niveau du périnée, douleur qui l'engage aussitôt à s'explorer. Le toucher révèle alors l'existence d'une nodosité bien circonscrite située un peu en arrière du bulbe, c'est-à-dire à mi-chemin entre les bourses et l'orifice anal et à côté de la ligne médiane. Cette nodosité qui, au début, peut avoir le volume d'une noisette, grossit plus ou moins rapidement, reste toujours bien délimitée et ne contracte pas d'adhérence avec la peau. L'écoulement uréthral diminue généralement ou cesse même complètement. Les mictions s'accomplissent sans entrave, mais les défécations s'accompagnent de douleurs périnéales. Souvent la maladie se borne à ces symptômes qui s'amendent bientôt et la guérison s'établit; ou bien, les symptômes inflammatoires seuls disparaissent tandis que la nodosité persiste et s'indure.

Dans d'autres cas, la cowpérite affecte une marche envahissante.

La nodosité augmente de volume, acquiert celui d'une noix ou davantage et fait bomber la peau; la tumeur perd ses limites nettes, atteint en avant le bulbe en diminuant progressivement d'épaisseur ou s'étend même plus loin le long du corps spongieux, tandis qu'en arrière elle arrive au fascia transversalis périnéal sans le dépasser. Le bord interne de la tuméfaction peut dans ces cas atteindre la ligne médiane ou passer outre; alors la tuméfaction est asymétrique, elle est plus accusée d'un côté que de l'autre, elle tend à prendre une consistance pâteuse et la peau qui la recouvre devient rouge. La compression exercée sur l'urèthre gêne la miction, le jet urinaire est aminci, comme s'il existait un rétrécissement.

La suppuration s'annonce par de la fièvre, des frissons, par des battements douloureux ressentis dans la tumeur. Au bout de quelques jours l'abcès s'ouvre au dehors et donne issue à une étonnante quantité de pus. Aussitôt les douleurs cessent, les troubles de la miction disparaissent, mais l'écoulement urétral, qui avait diminué, reprend. La cavité de l'abcès se remplit de granulations et la guérison se fait. La rétraction ultérieure du tissu cicatriciel peut amener une compression ou un tiraillement de l'urèthre et conduire à un rétrécissement, ainsi que BARTHELS l'a observé (1851).

L'abcès s'ouvre plus rarement dans l'urèthre, et plus rarement encore à la fois dans l'urèthre et à l'extérieur. Le pronostic dépend de la voie que prend l'urine. Quand l'ouverture s'est faite du côté de l'urèthre, l'urine peut bien ne pas pénétrer dans la cavité de l'abcès et la guérison s'établit alors régulièrement. (Le jet urinaire peut, en effet, en distendant le canal, venir fermer l'ouverture de l'abcès.) Au cas où il y a eu à la fois rupture du côté de l'urèthre et du côté du périnée, la guérison est encore la règle si l'urine ne traverse pas le trajet de l'abcès. Si au contraire l'urine passe par cette voie, si elle s'échappe par la brèche périnéale, l'infiltration urinaire et la persistance d'une fistule urétrale peuvent être observées (ENGLISCH, 1880).

Mais, la marche de la cowpérite n'est pas toujours aussi aiguë. TUFFIER (1884) a relaté le cas d'un vieillard de soixante ans (mort à la suite d'emphysème) qui avait souffert de blennorrhagie et de dysurie et chez lequel on avait constaté pendant la vie un rétrécissement de l'urèthre. A l'autopsie on a vu que ce rétrécissement était dû à la prééminence des glandes de Cowper abcédées. Voici un autre cas, rapporté par HAMONIC (1885) : un jeune homme de vingt-deux ans (appartenant à une famille de tuberculeux et ayant lui-même un catarrhe bron-

chique du sommet) avait pris la chaudepisse. Dans la troisième semaine après le début de celle-ci, il s'était développé, au périnée, une tumeur indolore, qui au bout d'une quinzaine de jours était devenue comme une noix et fluctuante. La peau en ce point était anémiée. La pression au niveau des tubérosités ischiatiques était douloureuse et il semblait que ces tubérosités fussent réunies à la tumeur par une sorte de bride. HAMONIC crut pouvoir poser le diagnostic d'abcès froid, de nature ostéogène. L'incision donna issue à du pus jaune pâle; nulle part on ne put sentir l'os dénudé. L'abcès était entouré complètement de sa membrane pyogène. L'examen histologique qui fut fait de cette membrane prouva qu'il s'agissait d'une inflammation des glandes de COWPER et non d'un processus tuberculeux (ainsi que le démontrait encore l'examen bactériologique). ENGLISCH attire avec raison l'attention sur l'existence de cowpérite chronique de nature tuberculeuse.

La cowpérite double est encore plus rare que la cowpérite simple. Les symptômes sont à peu près les mêmes; seulement il y a deux tumeurs au lieu d'une ou, s'il n'y en a qu'une (confluence), elle est symétrique.

La compression exercée sur l'urèthre et les phénomènes subjectifs sont aussi un peu plus accusés. Les deux abcès s'ouvrent généralement à l'extérieur mais l'un avant l'autre; quand les deux glandes abcédées communiquent entre elles, l'extrémité postérieure du bulbe est mise à nu. Plus tard celui-ci peut être comprimé par la cicatrice. Dans ces cas de cowpérite double, l'infiltration périnéale s'étend en arrière jusqu'à l'orifice anal et au-dessus de celui-ci sans jamais intéresser la prostate, cependant.

D'après RICORD (1871) et JULIEN (1886), la *cowpérite chronique* aurait une marche différente de celle que nous venons de tracer et ne se traduirait que par une sécrétion anormale, ne s'accompagnant d'aucun symptôme subjectif. Cet écoulement opalin et parfois purulent ne différerait pas de celui de l'urétrite chronique.

D'autres fois, il agglutinerait les lèvres du méat, serait filant, gélatineux et renfermerait les cellules des glandes de Cowper.

En raison du manque de préparations anatomiques, en raison surtout de la ressemblance qu'affectent ces symptômes avec ceux de l'urétrite chronique, il faut se demander si cette forme chronique de cowpérite existe réellement. Pour notre part, nous n'en avons jamais vu d'exemple.

Diagnostic différentiel.

D'après les symptômes que nous avons exposés, il semble difficile de méconnaître la cowpérite, surtout quand l'inflammation est limitée à la glande. Le diagnostic est plus délicat quand la tuméfaction inflammatoire est diffuse, car la confusion avec un abcès périnéal sous-cutané, avec un infiltrat caverneux, avec un abcès du bulbe est alors possible. Toutefois, l'abcès périnéal et l'infiltrat caverneux, même lorsqu'ils sont étendus, ne compriment généralement pas le bulbe. Les abcès du bulbe se distinguent de la cowpérite par leur siège sur la ligne médiane et par leur propagation en avant. Dans la cowpérite, la tumeur est asymétrique généralement et s'étend surtout en arrière. Les infiltrations d'urine se caractérisent en ce qu'elles succèdent en tant de conséquences d'un rétrécissement, à une uréthrite chronique. Les symptômes de rétrécissements ont existé longtemps avant l'infiltration urinaire et l'ouverture spontanée ou l'incision de cet infiltrat ne fait pas cesser le rétrécissement, ce qui est le cas pour la cowpérite.

Pronostic.

Favorable dans les cas où l'inflammation est circonscrite à la glande, le pronostic doit toujours être réservé quand le tissu périglandulaire s'entrepren, en raison du danger de l'infiltration urinaire, de la persistance d'une fistule uréthrale, de la compression de l'urètre, accidents qui comportent des suites, sinon très graves du moins toujours très désagréables.

Traitement.

Le traitement est simple. Il faut, à la phase aiguë, interrompre le traitement local de l'uréthrite, prescrire le repos et recourir aux moyens antiphlogistiques (compresses froides, vessie de glace sur le périnée), jusqu'à ce que la fluctuation soit manifeste. L'incision est alors indiquée, puis on traite l'abcès chirurgicalement. L'induration de la glande et du tissu périglandulaire cède aux frictions d'onguent napolitain et aux fumigations.

Quand le pus s'est fait jour au périnée et qu'il persiste une fistule, l'excision du trajet fistuleux et de la glande elle-même peut être indiquée.

IV. — DE LA PROSTATITE

Généralités.

On sait depuis très longtemps que la prostate peut prendre une large part au processus blennorrhagique, part que l'on a cependant très souvent exagérée.

Pour les anciens médecins c'était surtout la prostate qui était le siège de la blennorrhagie; cet organe était censé s'enflammer et suppurer à chaque atteinte d'uréthrite. ZELLER (1700), LITRE (1711), WARREN (1711) pensaient ainsi. Cette opinion trouvait sa raison d'être dans ce fait que l'on n'avait guère alors, pas plus qu'aujourd'hui du reste, l'occasion d'autopsier des sujets atteints d'uréthrite simple, non compliquée, succombant à une maladie intercurrente. Par contre, les cas suivis de nécropsie étaient toujours des cas graves, sur lesquels s'était greffée l'une ou l'autre complication dangereuse, entre autres et surtout une prostatite. Les données fournies par un cas particulier étaient alors généralisées.

Ces idées furent très longtemps reçues, et même après que l'on eut acquis des notions plus exactes sur la nature de la blennorrhagie. Pour SWEDIAUR (1798), GIRTANNER (1803), le siège de la blennorrhée chronique était encore la prostate. Pour GIRTANNER notamment, cet organe était presque toujours plus ou moins entrepris chez les blennorrhagiens. Après la guérison complète de l'uréthrite, la prostate restait volumineuse et dure, elle pouvait même, croyait-il, augmenter encore de volume et obstruer le col vésical. WENDT (1827) et SIGMUND (1858) pensaient aussi que dans toute blennorrhagie un peu intense, la prostate était plus ou moins atteinte. GIRTANNER et VIDAL rapportaient déjà à la blennorrhagie l'hypertrophie prostatique des vieillards.

Des observations précises ont appris que la prostate, au cours des blennorrhagies aiguë et chronique, s'entreprenait souvent soit partiellement, soit totalement. Nous pouvons donc distinguer des prostatites chroniques et des prostatites aiguës. Ce sont les irritations