

I. — DE L'URÉTHRITE

Généralités.

Les auteurs ne sont guère d'accord sur la fréquence de cette affection. Tandis que SWÉDIAUR (1798) déclare ne l'avoir jamais observée, RICORD, ASTRUC, BELL, GIBERT, GUÉRIN la donnent comme très fréquente, soit que la blennorrhagie reste confinée dans l'urèthre, soit qu'elle s'étende à tout l'appareil uro-génital. Les auteurs contemporains, DECOURTIEUX (1880), FURBRINGER (1884), MARTINEAU (1885), JULLIEN (1886), STEINSCHNEIDER (1887), FABRY (1888), WELANDER (1888), DI BELLA et INGRIA (1888), AUBERT (1888), ERAUD (1888), HORAND (1888), PESCIONE (1889), proclament la fréquence de l'urétrite blennorrhagique chez la femme, surtout dans les cas aigus ; ZEISSL est le seul à prétendre que sur cent vaginites blennorrhagiques, on n'observerait que cinq fois l'urétrite. Ce qui explique cette diversité d'opinions, c'est la marche rapide et bénigne de l'urétrite aiguë chez la femme et la facilité avec laquelle cette affection devient chronique.

D'après CHERON (cité dans Jullien 1886), l'urétrite aiguë s'observerait cinq fois moins souvent que l'urétrite chronique. INGRIA (1887) insiste encore sur la bénignité et la tendance à la chronicité qu'affecte l'urétrite. J'ai vu de mon côté deux cas où la blennorrhée chronique était limitée à l'urèthre.

Symptomatologie.

Comme l'urèthre est chez la femme un canal très court et rectiligne, comme sa structure est simple et qu'il ne possède aucune glande annexe en dehors de celles qui s'ouvrent au voisinage de l'orifice externe, l'urétrite est, chez elle, une affection beaucoup plus bénigne que chez l'homme.

Après une incubation qui serait, d'après MARTINEAU (1883), de deux à six jours, l'urétrite aiguë débiterait (chez les femmes particu-

lièrement sensibles) par un léger malaise général et par une ou deux ascensions thermiques vespérales accompagnées de frissons. Au début des blennorrhagies aiguës, les femmes accusent, lors de chaque miction, une sensation de cuisson modérée, de prurit, sensation qui, dans quelques cas, peut devenir réellement pénible. Ce sont là les seuls symptômes subjectifs, encore peuvent-ils manquer complètement ou passer inaperçus.

Quand on pratique à ce moment l'examen (le mieux est de l'entreprendre quand la malade n'a plus uriné depuis plusieurs heures), on trouve le méat gonflé, rouge, et la muqueuse uréthrale quelque peu prolabée et très hyperémisée. A l'aide du doigt introduit dans le vagin, on sent la corde uréthrale mieux marquée que normalement et douloureuse au toucher. Si l'on presse le canal d'arrière en avant, on fait sourdre de son orifice externe une goutte d'un pus épais. Au microscope, on trouve dans cette sécrétion les mêmes éléments que chez l'homme, notamment de nombreux gonocoques inclus dans les corpuscules du pus.

Fait-on uriner la malade dans deux verres, la première portion est trouble, la seconde claire. Le trouble du second verre implique toujours la cystite. *Chez la femme, il n'existe pas, comme chez l'homme, d'urèthre postérieur.* La vessie de la femme possède un véritable sphincter, formé de fibres lisses et striées, qui établit une limite nette entre l'urèthre et la vessie.

Il n'y a pas ici de col vésical dans le sens que nous avons attribué à ce mot en parlant de l'urèthre masculin. Alors même que la vessie se remplit au maximum (on sait que chez la femme ce réservoir a une plus grande capacité que chez l'homme), l'urine ne se collecte jamais que dans la vessie ; l'urèthre reste un canal très court, ouvert en avant et fermé très exactement en arrière. Ici, il ne peut être question de la régurgitation du pus de l'urèthre dans la vessie. Aussi, est-il absolument inexact de comparer l'urèthre féminin à la région prostatique de l'urèthre masculin, ainsi que ZEISSL (1883) l'a fait. Mais on pourrait le considérer, au point de vue anatomique, comme l'analogue de la région membraneuse de l'urèthre.

Dans des cas extrêmement rares, il pourrait se former (GOEBEL, CORY) des infiltrats noduleux para-uréthraux susceptibles de passer à la suppuration.

Les quelques symptômes subjectifs qui marquent le stade aigu de l'urétrite s'apaisent rapidement et disparaissent généralement au bout de trois semaines tout au plus. Pour la malade, mais aussi pour

beaucoup de médecins, la blennorrhagie semble alors terminée, guérie. Il n'en est rien. *Beaucoup plus souvent qu'on ne l'admettait jusqu'ici, l'uréthrite devient chronique*; JANOWSKY (1890) et nous même (1888) avons déjà insisté sur ce fait. Cette uréthrite chronique, pour autant que nos connaissances, assez incomplètes à cet égard, permettent de le déclarer, si elle n'offre pas autant de gravité chez la femme que chez l'homme, présente cependant certains dangers. Sous l'influence d'irritations extérieures, elle subit des exacerbations. En outre, la femme n'est pas seulement porteuse dans ces cas d'une affection contagieuse ou pouvant le devenir à l'occasion d'une poussée aiguë; la blennorrhagie peut encore dépasser ses limites premières, envahir la vessie et provoquer ainsi une *uréthro-cystite aiguë*, évoluant toutefois d'une façon plus bénigne et plus rapide que chez l'homme. D'après INGRIA (1887), cette complication se présenterait dans un cinquième des cas d'uréthrite blennorrhagique chez la femme.

Les symptômes de l'uréthrite chronique chez la femme sont uniquement objectifs. C'est en explorant la malade à un moment où elle n'a plus uriné depuis longtemps qu'on les découvre.

En pressant le canal d'arrière en avant on fait sortir du méat une petite goutte laiteuse de muco-pus. Si après avoir débarrassé soigneusement la vulve de toutes les sécrétions qui la souillent on fait uriner la malade, l'urine émise dans ces conditions présente un léger trouble ou renferme, comme chez l'homme, des filaments.

L'urètre féminin est riche en follicules; les uns sont répartis sur tout son trajet, les autres se trouvent près de l'orifice externe du canal. *Ces follicules peuvent prendre part au processus blennorrhagique*; ils gonflent, deviennent sensibles et forment de petites nodosités qui se résolvent ou qui suppurent et s'ouvrent dans l'urètre sans entraîner d'autres conséquences.

Les follicules du méat méritent particulièrement notre attention.

Les uns, décrits déjà par ASTRUC (1754) comme prostate de la femme, occupent la paroi inférieure de l'urètre et s'ouvrent à droite et à gauche de la ligne médiane, à l'extérieur ou dans le canal lui-même. SKENE (1880), LORMANT (1883) HAMONIC, (1883), BÖHN (1883) VAN COTT (1887) ont étudié l'inflammation blennorrhagique de ces petits canaux dont la suppuration entraîne parfois la formation de fistules uréthro-vestibulaires ou uréthro-vaginales.

Les autres sont périurétraux. Situés dans l'épaisseur des lèvres du méat, ils garnissent le pourtour de cet orifice au nombre de quatre à

cinq, et viennent s'ouvrir au fond de petites cryptes. Toutes ces cavités peuvent s'enflammer.

Pour découvrir la folliculite périurétrale il faut examiner minutieusement la malade.

Supposons que l'on examine une femme au point de vue de la blennorrhagie et que la pression exercée sur le méat fasse sortir de cet orifice une goutte de pus. Celle-ci ne provient pas toujours de l'urètre, car, si l'on a soin de faire uriner la malade avant de pratiquer l'examen, on voit que la sécrétion provient des follicules et des cryptes que nous avons signalés aux deux côtes de l'urètre. Pour reconnaître l'uréthrite chronique concomitante il faut donc commencer par vider ces follicules, puis exprimer le canal d'arrière en avant ou faire uriner la malade.

La folliculite blennorrhagique du méat est, ou bien chronique, (elle ne se traduit alors par aucun symptôme subjectif et ne s'accompagne que d'une sécrétion très faiblement purulente), *ou bien aiguë et récidivante*. Dans ce dernier cas, l'un ou l'autre follicule gonfle, son orifice prend un aspect anormal et la muqueuse du voisinage devient rouge. Bientôt apparaît un point purulent, un petit abcès folliculaire qui ne tarde pas à se rompre et qui se ferme très rapidement. Les seuls symptômes de cette affection, très souvent imperçue, sont de légères douleurs au toucher. SINGER (1861) a le premier attiré l'attention sur cette uréthrite folliculaire. GUÉRIN (1864) lui a donné le nom d'*uréthrite externe*. BÖHN a particulièrement insisté sur son caractère catarrhal et sur la facilité avec laquelle on pouvait la confondre avec l'uréthrite vraie. Il a prouvé par des observations précises qu'elle pouvait transmettre la blennorrhagie. Quand ces petits abcès s'ouvrent simultanément dans l'urètre et dans la vulve, ils peuvent donner lieu à des fistulettes sans importance.

Anatomie pathologique.

On possède peu de données anatomo-pathologiques sur cette affection encore peu étudiée. Dans un cas où la malade avait été emportée par un typhus, MERCIER (1846) a trouvé la muqueuse urétrale uniformément rouge dans ses parties inférieures; dans d'autres points, elle présentait par places de l'injection vasculaire.

MURCHINSON (1875) trouva dans les deux reins d'une femme qui avait succombé à une cysto-pyélo-néphrite, les lésions de la néphrite

aiguë, les uretères et les bassinets étaient gorgés de pus, la vessie renfermait une urine purulente, les muqueuses uréthrale, vésicale et vaginale étaient très rouges.

Dans les examens endoscopiques que JANOWSKI (1890) et nous-mêmes (1888) avons entrepris, nous avons vu, au stade aigu de la blennorrhagie, la muqueuse uréthrale uniformément rouge, gonflée et ramollie.

Dans les cas chroniques, on ne trouve que quelques taches et stries rougeâtres. Parfois ces plaques hyperémiques, au niveau desquelles existent de petites érosions, ne se rencontrent qu'autour de l'orifice de quelques follicules saillants. JANOWSKI a aussi remarqué, au voisinage des follicules, des formations granuleuses.

Diagnostic et pronostic.

Le diagnostic des uréthrites aiguë et chronique se tire des symptômes exposés. Il faut rechercher si le pus provient de l'urèthre ou des follicules qui entourent le méat. Dans l'uréthrite chronique, il faut faire de nombreux examens et ne les entreprendre que lorsque la malade n'a plus uriné depuis quelque temps.

Quand l'exploration digitale ne donne rien, il faut recourir à l'examen des urines ; la vulve sera au préalable débarrassée soigneusement des sécrétions qui la souillent. Les femmes ne se prêtent pas toujours facilement à cet examen.

Le pronostic de l'uréthrite est plus favorable chez la femme que chez l'homme. L'uréthrite chronique elle-même guérit assez facilement.

Malheureusement, ce sont précisément ces formes chroniques qui se dérobent le plus à l'observation et par conséquent au traitement.

Traitement.

A la phase aiguë, il doit être hygiénique et symptomatique. Les règles hygiénico-diététiques (exercices physiques, alimentation, boissons) sont les mêmes que pour l'uréthrite de l'homme.

Quand les phénomènes subjectifs ont disparu et que la suppuration persiste, les balsamiques à l'intérieur, les injections uréthrales de permanganate ou de sulfate de zinc sont indiqués. Ces injections

peuvent être faites avec la seringue uréthrale ordinaire à moitié remplie.

Comme chez la femme les dispositions anatomiques rendent assez facile la pénétration dans la vessie des liquides que l'on injecte dans l'urèthre, il est bon de laisser un peu d'urine dans la vessie. De cette façon, les topiques n'influencent pas les parois vésicales. L'absence de phénomènes aigus permet d'intervenir localement et d'une façon assez énergique : on introduit dans l'urèthre des crayons d'iodoforme, on badigeonne la muqueuse avec la teinture d'iode ou le nitrate d'argent (2 à 5 p. 100), soit à l'aide d'un tube endoscopique, soit à l'aide d'un petit tampon de coton enroulé sur une fine tige de bois.

La folliculite du méat est une affection très tenace qui ne disparaît que lorsque ces petites cavités périuréthrales sont elles-mêmes détruites. Pour arriver à ce résultat on se sert du crayon de nitrate d'argent bien effilé ou, ce qui vaut mieux, de la pointe du thermo-cautère de PAQUELIN.