

Lagneau <sup>(1)</sup>, observant chez deux de ses malades de petites tumeurs sphériques, dures, assez mobiles, situées sur les côtés du frein, qui s'ouvrirent et laissèrent s'écouler un peu de pus par un petit orifice blanchâtre voisin du filet, se demandait déjà « si ces menues collections situées sous le pli préputial, comme la grenouillette sous le filet lingual, n'avaient point pour siège quelques-unes des petites glandes décrites par Tyson, dans le sillon de la couronne du gland ».

Les observations récentes de Jadassohn <sup>(2)</sup> et de Fabry <sup>(3)</sup>, le travail d'Audry <sup>(4)</sup>, sont venus récemment confirmer les mémoires de Diday et de Lagneau. La gonorrhée para-urétrale peut occuper des sièges différents : 1<sup>o</sup> tantôt ce sont les glandes comprises entre les deux feuillets du prépuce, glandes qui se trouvent sur tout le pourtour préputial, mais qui sont surtout développées au niveau du frein ; 2<sup>o</sup> tantôt elle intéresse, au niveau du méat, soit les glandes qui se retrouvent jusque sur la bordure muqueuse de l'orifice, soit les petits canaux borgnes externes qui se rattachent à ces malformations du méat que nous avons étudiées à propos de l'hypospadias ; 3<sup>o</sup> tantôt elle siège dans ces canaux accessoires sis à la face dorsale du pénis : dans les faits de Picardat, de Perkowsky, de Posner et Schwyzer, d'Englisch, de Lejars, la blennorrhagie se localisait au canal anormal, l'urètre restant sain ; dans les cas de Marchal, d'Elbogen, de Meisels, l'urètre était atteint en même temps.

En somme, il s'agit là d'une blennorrhagie cantonnée et persistante en des glandes ou en des diverticules qui, à ce point de vue, sont de véritables urètres en miniature et peuvent continuer à couler alors que le canal est dès longtemps mis à sec. De là, un danger permanent de contagion. Le muco-pus qui naît du follicule enflammé est peu abondant ; son écoulement est intermittent ; il sourd par un orifice très étroit, parfois ouvert dans l'intérieur même du méat : aussi, malades et médecins méconnaissent souvent l'existence de cette blennorrhagie folliculaire, qui garde une forme torpide. « Je l'ai vue, cependant, déclare Diday, chez un commis de magasin, revêtir, chaque fois qu'elle reparaisait, une forme inflammatoire très aiguë, si bien que la blennorrhagie du follicule était plus douloureuse que la blennorrhagie de l'urètre : le gland devenait chaud, gonflé, tendu, extrêmement sensible à la pression, même au frottement de la chemise, et quelques jours de repos au lit étaient absolument nécessaires pour réduire cet état phlegmasique. » Tant que le follicule reste malade, l'urètre est menacé de récurrence ; la goutte purulente est rare, peu visible ; là précisément est le péril. L'ex-blennorrhagien méprise ce suintement d'allure inoffensive, qui « ne le gêne dans l'exercice d'aucune de ses fonctions » ; et c'est l'origine de maintes contaminations inexplicables.

L'indication thérapeutique est de provoquer, par cautérisation, l'oblitération de ce menu abcès glandaire ; le seul procédé, formule Diday, qui, vu l'étroitesse de ce canal, soit propice à remplir cette indication, consiste à y introduire une tige métallique chauffée au rouge. La pointe fine du thermo ou du galvanocautère excelle à produire cette cautérisation ignée ; à leur défaut, choisissez une aiguille à tricoter dont le volume soit en rapport avec le diamètre du trajet

<sup>(1)</sup> LAGNEAU, *Abcès péri-urétraux de la partie antérieure du pénis. Gazette hebdom. de méd. et de chir.*, 1862.

<sup>(2)</sup> JADASSOHN, *Gonorrhée des conduits glandulaires para-urétraux et préputiaux. Deutsche med. Woch.*, 1890, n° 25, p. 542 et n° 26, p. 568.

<sup>(3)</sup> FABRY, *Zur Frage der Gonorrhoe der paraurethralen und präputialen Gänge. Monatshefte für prakt. Dermatologie* 1891, t. XII, n° 1.

<sup>(4)</sup> AUDRY, *Les diverticulites blennorrhagiques chez l'homme. Midi médical*, 1894, n° 56, p. 571.

morbide ; si l'orifice est étroit, si le parcours est sinueux et difficile à « enfler », l'aiguille risque de se refroidir avant d'atteindre le fond. L'artifice indiqué par Diday est ingénieux : introduisez à fond l'aiguille dans le trajet, faites glisser un petit morceau de papier que l'aiguille perce, jusqu'à ce qu'il touche le gland ; ce papier remplit l'office d'écran protecteur ; placez alors sous l'aiguille, bien tenue en place, une bougie allumée ; la flamme chauffe l'aiguille ; quand l'orifice du follicule a blanchi, quand les tissus superficiels ont « grésillé », la cautérisation est suffisante.

3<sup>o</sup> **Abcès péri-urétraux.** — La grande majorité des abcès péri-urétraux de la blennorrhagie résulte de péri-folliculites suppurées : de la glande, le processus gagne l'atmosphère celluleuse ambiante et forme un noyau circonscrit de suppuration. Au niveau du frein, les follicules de l'urètre, nous dit Finger, ne sont entourés que par le tissu conjonctif qui occupe l'espace laissé libre par le corps caverneux du gland : en ce point abondent les follicules et les glandes qui viennent s'ouvrir dans la fosse naviculaire ; on trouve alors, tantôt d'un côté du frein, tantôt des deux côtés à la fois, une nodosité pisiforme, douloureuse, occupant la niche existant entre le frein et le sillon coronaire ; d'abord dure, cette nodosité se ramollit, s'ouvre ; la cavité de l'abcès ne communique généralement pas avec l'urètre. Au delà de la fosse naviculaire, les follicules sont entourés par du tissu spongieux ; c'est ce tissu qui est pris lorsque l'inflammation dépasse les limites du follicule ou de la glande : des nodosités inflammatoires s'y développent et s'ouvrent généralement vers l'urètre en même temps qu'au dehors : de là des fistules urétrales, entretenues par le passage de l'urine. A la région spongieuse, ces collections sont plus volumineuses, situées sur la ligne médiane, formant parfois une tumeur arrondie et limitée, parfois plate et diffuse. Au niveau du bulbe, leur disposition est analogue ; mais elles présentent quelquefois un prolongement antérieur le long du pénis ; leur configuration rappelle alors, nous dit Fournier, celle d'une « raquette ». On voit dans certains cas une infiltration inflammatoire, tuméfiant la face inférieure du pénis, relier la collection bulbaire à un foyer sous-jacent à la fosse naviculaire.

Parfois, cette extension aux nappes celluluses du pénis semble n'avoir point cette origine folliculaire : telles sont les collections distantes du canal, siégeant sur le dos de l'organe. Il est possible alors que la propagation se fasse par voie lymphatique ; ne connaissons-nous point, depuis la description de Fournier, ces lymphangites nodulaires de la blennorrhagie, qui forment sur le trajet des vaisseaux blancs « de petites tumeurs ovalaires ou pisiformes, rénitentes et dures, dont les plus volumineuses atteignent les dimensions d'un noyau de cerise ou d'une petite olive » ? Ces angioleucites nodulaires, en leur forme torpide et spontanément résolutive — ce qui est presque la règle — sont difficiles à distinguer des engorgements folliculaires, quand elles siègent à la face inférieure de la verge.

Mais cette complication ne se fait pas toujours à froid : l'angioleucite blennorrhagique est, maintes fois, capable d'aboutir à la suppuration. Des cordons durs, moniliformes, commençant au niveau du prépuce et des flancs du fourreau, convergent vers la face dorsale et dessinent l'invasion tronculaire ; le prépuce s'œdématise ; souvent la réaction inflammatoire apparente est très atténuée ; mais parfois la rougeur est vive, la sensibilité grande. Des noyaux d'engorgement peuvent se constituer sur le trajet des troncs enflammés et

former un foyer de suppuration : la présence de ce dernier en un point où font défaut les follicules, sa coexistence avec d'autres manifestations dans le domaine des vaisseaux blancs, permettent de conclure à son origine angioleucitique. Il est d'ailleurs à remarquer que la participation du système lymphatique à l'inflammation blennorragique n'a point reçu, dans les classiques, son juste développement ; telle l'adénite gonorrhéique que les Allemands nous paraissent connaître mieux et, d'ailleurs, rencontrer plus souvent. Le bubon blennorragique se termine habituellement par la résolution, mais, s'il se produit en un sol scrofuleux, — adénite blenno-strumeuse, — il a toutes chances de suppurer ; il semble, du reste, qu'il se fasse souvent alors des infections mixtes, ainsi qu'en témoigne une observation de Bookhart, qui, en 1887, a démontré, dans le pus d'un ganglion gonorrhéique, la présence du *Streptococcus pyogenes*. La même raison microbienne nous explique probablement la production de ces angioleucites réticulaires du pénis, à allures pseudo-érysipélateuses, des phlébites, des phlegmons et même des gangrènes cutanées de la verge, capables de compliquer certaines blennorragies graves. Nous avons vu, l'an dernier, mourir un vigoureux sapeur du génie, atteint, au douzième jour d'une blennorragie, d'une lymphangite infectieuse partie du pénis et compliquée d'endo-péricardite.

4° **Cowpérite et péricowpérite.** — Les glandes de Méry, décrites en juin 1684, ne tardèrent pas à fixer l'attention des pathologistes ; dès 1702, Cowper émet l'opinion que « cette liqueur visqueuse et diaphane qui se montre à la fin des gonorrhées et qui, en Angleterre, est connue sous la dénomination familière de *a gleet*, a sa source dans ces glandes ». Terraneus, en 1709, signale les affections des « abstinés conglomérées » dans les différentes espèces de gonorrhées ; J.-L. Petit reconnaît à certains abcès du périnée cette origine glandulaire ; Morgagni confirme le fait par plusieurs autopsies. Dans notre siècle, l'enseignement de Ricord appelle l'attention des cliniciens sur les abcès blennorragiques des glandes de Méry ; en 1849, la thèse de Gubler (1) donne à la question sa consécration désormais classique. Depuis, ce point de nosologie a été repris, sans grande originalité, soit par les spécialistes étrangers, qui ont accommodé à la forme italienne ou allemande la description française, comme Ricordi (2), Ravogli et Rasori en 1880, Englisch, à la même date, soit par quelques thèses françaises confirmatives du travail de Gubler, comme celles de Nicolle (3) et de Coulliard (4).

Cette complication de la blennorragie est rare. « Ricord, dans son immense pratique, nous dit Gubler, n'en rencontre guère chaque année qu'une demi-douzaine de cas terminés par suppuration ; mais il est porté à croire que l'inflammation, bornée à ses premières périodes, est plus fréquente qu'on ne pourrait le supposer, et que les tensions douloureuses qui se manifestent au voisinage du bulbe dans le cours d'une blennorragie intense, sont dues à l'engorgement inflammatoire des glandes de Méry. » Cette localisation gonococcique survient lorsque le processus a gagné l'urèthre profond ; les « anti-prostates » de Winslow se prennent par continuité anatomique et continuation

(1) GUBLER, *Des glandes de Méry et de leurs maladies*. Thèse de doct., 1849, n° 172.

(2) RICORDI AMILCARE, *Del catarro chronico del condotto delle ghiandole di Mery*. *Giornal. ital. delle malat. vener. et dello pelle*. Milano, 1871.

(3) NICOLLE, *De la cowpérite*. Thèse de Paris, 1875.

(4) COULLIARD, *Contribution à l'étude des affections des glandes bulbo-uréthrales*. Thèse de Paris, 1876.

inflammatoire. Aussi, cette complication est-elle relativement tardive : Fournier et Englisch indiquent, comme son échéance moyenne, la troisième et la quatrième semaine d'une uréthrite aiguë. Son apparition est souvent spontanée ; parfois elle paraît se rattacher à des traumatismes locaux, au coït vigoureusement mené, au passage d'une bougie, à un « coup de seringue » trop énergique. Tarnowski a vu une cowpérite aiguë apparaître, au cours d'une chaudepisse vieille de deux ans, après une vive séance d'équitation.

Vers le troisième ou quatrième septénaire d'une blennorragie aiguë, la région prébulbeuse s'endolorit : cette souffrance se fixe, s'accroît, s'exaspère par le toucher et par la pression du pantalon ; la participation des glandes de Méry à l'inflammation devient très probable. L'examen de la région périnée-bulbaire fait reconnaître, nous dit Gubler, « une légère tuméfaction, sans changement de couleur à la peau, qui est parfaitement libre, ainsi que les couches cellulaires sous-jacentes, au-dessous desquelles on sent dans la profondeur une petite tumeur nettement limitée, allongée, ovoïde ou plutôt piriforme, dont la grosse extrémité regarde l'anus, tandis que la pointe répond au bulbe avec lequel elle se confond ; cette tumeur, grosse comme un haricot ou comme une moitié de très petite noix, est latérale par rapport au raphé médian et a son siège exact entre le muscle transverse et la protubérance bulbaire ».

La phlegmasie ne tarde pas à franchir la loge aponévrotique de la glande : elle s'étend à la zone cellulaire ambiante ; très souvent une pointe d'œdème inflammatoire la prolonge vers le tissu cellulaire lâche de l'origine des bourses. Le gonflement phlegmoneux ne dépasse point en arrière le muscle transverse et se dessine à ce niveau par un relief nettement limité. Rarement il tuméfie le périnée en pleine largeur : il faut pour cela une cowpérite bilatérale ; si la complication reste limitée à une glande, une saillie plus accentuée indique le côté qui a été le siège de l'adénite primitive. La délimitation anatomique du foyer devient plus incertaine et le noyau glandulaire initial est perdu dans l'adéno-phlegmon périphérique. Les téguments rougissent, s'échauffent et se tendent ; la tumeur est très sensible ; son point culminant tend à se ramollir ; la fluctuation, d'abord obscure, devient de plus en plus manifeste : en moins de sept jours la suppuration est faite. Si l'on ne se hâte d'ouvrir, la peau amincie s'ulcère et livre passage au pus. J.-L. Petit a beaucoup insisté sur la rétention d'urine déterminée par la tuméfaction des glandes de Méry enflammées : au dire de Gubler, cette « strangurie » est exceptionnelle. Cependant, en 1884, Tuffier a publié l'observation d'un vieil emphysémateux qui présentait de la blennorrhée et de la dysurie, attribuée à une stricture de l'urèthre : l'autopsie montra que le rétrécissement de la lumière uréthrale était due à un abcès cowpérien proéminent vers le canal. L'engorgement des ganglions inguinaux correspondants coïncide parfois avec la phlegmasie des glandes de Méry. La cowpérite peut prendre une allure chronique : il est probable — mais il n'est pas nettement démontré — que sa sécrétion contribue à alimenter quelques blennorrhées.

A la période initiale, la phlegmasie des glandes de Cowper est nettement caractérisée : cette tumeur « en haricot », voisine du bulbe, répondant au siège normal de la glande, est de diagnostic aisé ; c'est affaire de topographie anatomique. Mais le clinicien ne voit que rarement la cowpérite à cette période ; l'adénite est généralement devenue adéno-phlegmon et un gâteau de cellulite diffuse masque le foyer glandulaire central. A ce moment, un abcès de la glande de Méry peut aisément être confondu avec un abcès urinaire, d'autant que,

dans certains cas très embarrassants, l'abcès cowpérien, tardivement évacué, a eu le temps de provoquer une perforation uréthrale et de se compliquer d'une fistule urinaire. Les commémoratifs seuls permettent de trancher la question; il s'agit d'une blennorragie aiguë et jeune; l'abcès urinaire comporte au contraire une de ces conditions: contusion, plaie, traumatisme interne du canal, ou vieille gonorrhée ayant eu le temps de rétrécir l'urèthre. La distinction est malaisée entre un adéno-phlegmon cowpérien et un simple abcès péri-urétral, d'origine folliculaire, avoisinant la protubérance bulbaire. Gubler nous donne pour ces derniers les caractères suivants: ils s'étalent en nappe et forment une espèce de virole autour du canal; après leur incision, le stylet introduit dans le foyer possède une grande étendue de mouvement dans tous les sens, tandis que, dans l'abcès cowpérien, il s'accroche aux cloisons locales: ces signes ne nous paraissent point décisifs; le second au reste ne permet qu'un diagnostic *a posteriori*.

Englisch<sup>(1)</sup> a attiré l'attention sur ces collections purulentes, formées dans le triangle bulbo-urétral, qui compliquent la *péri-urétrite tuberculeuse externe*. Chez un sujet, atteint de tuberculose pulmonaire ou uro-génitale, une blennorrhée tenace, pauvrement sécrétante, s'est installée: au cours de ce suintement, le périnée se tuméfie sur un des côtés du bulbe; le gonflement s'étend vers le pénis et le scrotum, mais laisse les environs de l'anus libres; l'ouverture spontanée ou chirurgicale donne issue à un pus rare et séreux; et des granulations molles emplissent le foyer qui reste fistuleux: il est logique de localiser, avec Kauffmann, ce processus dans les glandes de Méry, pour la majorité des cas.

L'incision doit être hâtive, dès qu'une fluctuation même obscure révèle la formation purulente au centre de l'adéno-phlegmon cowpérien: il s'agit de devancer les fusées purulentes vers le scrotum et les lames conjonctives du périnée, et de prévenir la perforation uréthrale. Suivant le conseil prudent de J.-L. Petit, applicable à tous les abcès para-urétraux, avertissez le malade qu'il y aura peut-être de l'urine mêlée au pus ou que cette complication pourra se montrer quelques jours plus tard: il ne faut pas que votre coup de bistouri puisse être accusé d'avoir ouvert l'urèthre. Le sujet est couché sur le bord de son lit, cuisses relevées et jambes fléchies: pointez sur le sommet de la bosse dure fluctuante, et, d'un coup, débridez parallèlement au raphé sur une longueur de 2 à 5 centimètres. Quelquefois, il s'agit d'une cowpérite chronique froide, ayant donné lieu à des fistules dirigées soit vers le périnée, soit vers le rectum, comme nous venons d'en opérer un cas. Ainsi que l'a dit Englisch<sup>(2)</sup>, lorsqu'on fend un trajet fistuleux de ce genre, on trouve ordinairement au fond une masse spongieuse, granuleuse, quelquefois dure, constituée par les débris de la glande; ces débris peuvent à chaque moment devenir le point de départ d'un processus aigu: aussi ces fistules ne peuvent guérir qu'après l'extirpation de ces débris. L'extirpation est facile quand il n'existe pas d'infiltration périglandulaire. Dans le cas contraire, il faut se guider sur la position de la glande qu'on détermine par le toucher rectal.

<sup>(1)</sup> J. ENGLISH, *Ueber tuberculose periurethritis*. *Medic. Jahrb. der Ges. der Aerzte in Wien*, 1884, p. 597.

<sup>(2)</sup> ENGLISH, Société de méd. de Vienne. 25 octobre 1895.

## III

URÉTHRITE BLENNORRAGIQUE CHRONIQUE<sup>(1)</sup>

« Une chaudepisse commence, disait Ricord: Dieu sait quand elle finira. » Des exemples classiques sont partout reproduits: en 1840, Ricord observait un malade dont l'écoulement datait de la paix d'Amiens, c'est-à-dire de 1800; Désormeaux, en 1865, traitait également un ancien officier dont la goutte militaire persistait depuis une blennorragie contractée en Bohême, pendant l'occupation des Français, en 1815. Et, pour nous en tenir à des blennorragies de moindre durée, ne voyons-nous pas journellement des uréthres suinter depuis des mois et des années, livrés à la série infructueuse des recettes « infaillibles » de la réclame, jusqu'au jour où ils arrivent aux instillations du chirurgien?

**Étiologie.** — Pourquoi une urétrite devient-elle chronique? La cause peut en résider: 1° dans l'insuffisance ou les irrégularités du traitement; 2° dans les conditions mêmes où se trouve l'urèthre malade; 3° accessoirement, dans un état constitutionnel du sujet.

1° **Insuffisance ou irrégularités du traitement.** — Un canal, endommagé par la blennorragie, réagit aux moindres excitations. Or, les blennorragiens sont rares qui, conformément au vieux précepte de Paré, « tiennent bonne manière de vivre et évitent toutes choses qui échauffent le sang ». Les exercices violents, comme l'équitation et la danse, l'usage de mets trop épicés, « trop ragoustés » disait Paré, les excès alcooliques, le retour hâtif ou immodéré au coït, la masturbation, voilà autant de causes qui rallument la phlegmasie uréthrale en voie d'extinction.

Un traitement mal réglé, disproportionné à la période de l'affection, péchant par excès ou par défaut, tel est le second facteur de chronicité. Les pharmaciens à cet égard encourent une lourde responsabilité. On a, autrefois, incriminé fortement la médication hâtive: le reproche, valable pour les injections astringentes ou caustiques prises au plus fort de l'inflammation, ne s'applique plus à nos injections antiseptiques; ce n'est jamais un mal, croyons-nous, que d'inaugurer de bonne heure la désinfection uréthrale. Mais irriter un canal en pleine flambée inflammatoire par des liquides caustiques et par des doses abusives, jusqu'à production de véritables « uréthrites d'injection », voilà une faute qu'il convient d'éviter. Nous avons vu plusieurs malades qui, depuis plusieurs

<sup>(1)</sup> Consulter: JAMIN, *Étude sur l'urétrite chronique*. Paris, 1885. — OBERLENDER, *Ueber Pathologie und Therapie des chronischen Trippers*, p. 65 du tirage à part du *Viertelj. f. Derm. und Syph.*, 1887. — HORTÉLOUP, *Leçons sur l'urétrite chronique*. — FINGER, *Die Blennorrhoe der männlichen Sexualorgane*. Wien, 1891. — *Zur pathologischen Anatomie und Klinik der Prostatitis blenn. chronica*. *Wiener med. Woch.*, 1895, n° 8, p. 526. — *Beiträge zur pathologischen Anatomie der Blennorrhoe der männlichen Sexualorgane*. *Arch. f. Derm. und Syph.*, 1895, XXV, p. 1. — FINGER, GHON et SCHLAGENHAUFER, *Beiträge zur Biologie des Gonococcus und zur pathologischen Anatomie des gonorrhöischen Processes*. *Archiv für Dermat. und Syph.*, 1894, t. XXVIII, fasc. 1-5, p. 277. — JANET, *Blennorragie chronique chez l'homme*. *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, juin 1895. — M. S. HODARA, *Sur le traitement de la blennorragie chronique suivant les méthodes d'Oberländer et de Kollmann*. *Ann. des maladies des org. génito-urinaires*, 1895, p. 697, 782. — GUIARD, *Les uréthrites chroniques chez l'homme*. Paris, 1898. — DE KEERSMAECKER et VERHOOGEN, *L'Urétrite chronique*. Bruxelles, 1898.