

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⁽¹⁾ 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 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⁽²⁾, 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.

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

⁽²⁾ ENGLISH, Société de méd. de Vienne. 25 octobre 1895.

III

URÉTHRITE BLENNORRAGIQUE CHRONIQUE⁽¹⁾

« 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

⁽¹⁾ 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.

semaines, se faisaient des lavages au permanganate à dose trop concentrée, sans diminuer leur écoulement, guérir par la suppression de ces douches ou la réduction des doses. L'abus des instillations de nitrate d'argent, fréquemment observé chez certains psychopathes urinaires, produit sur la muqueuse de larges plaques blanches de prolifération épithéliale auxquelles Gruenfeld a donné le nom d'*argyrisme* et qui entretiennent des écoulements tenaces. La suppression prématurée du traitement est encore une faute fréquente : par le seul fait que l'écoulement a cessé, on croit la guérison complète; or, le processus peut persister au niveau du bulbe, donnant lieu à une sécrétion insuffisante pour apparaître en goutte au méat : ainsi se développe l'urétrite bulbaire chronique, localisation dominante.

2° **Conditions anatomiques de l'urètre.** — C'est dans l'urètre lui-même que généralement on pourra trouver les causes de chronicité de l'écoulement urétral.

§ 1. **Anomalies du méat.** — Examinez d'abord le méat : plus souvent qu'on ne le suppose, il est étroitement et irrégulièrement perforé; l'émission urinaire est gênée : il suffit qu'il y ait un peu de stagnation dans le canal au niveau de la fosse naviculaire pour que l'irritation urétrale s'entretienne; le pus gonococcique, d'autre part, rencontre des difficultés d'écoulement; quelques gouttes peuvent croupir en amont de la valvule commissurale et maintenir l'infection. Demarquay (1) avait dès longtemps signalé ce facteur de chronicité; tous les cliniciens l'ont vérifié.

§ 2. **Persistance de blennorragies folliculaires.** — La « blennorragie folliculaire » peut allonger considérablement la durée d'une urétrite : le suintement d'une goutte rare par un orifice voisin du méat ou situé dans l'intérieur même du canal semble inoffensif au médecin et au malade; les injections faites par l'urètre ne guérissent point la suppuration du follicule; aussi arrive-t-il fréquemment, suivant Diday, que, soit ignorée, soit rebelle aux remèdes, « la petite blennorragie persiste après la grande »; de là un foyer gonococcique permanent d'où partent, à l'occasion d'irritations banales, des récidives.

§ 3. **Lésions anatomiques du canal.** — Dans un canal où l'urétrite passe graduellement à l'état chronique, il persiste des lésions qui, loin de disparaître, ont une tendance à s'étendre progressivement; et c'est l'évolution progressive de ces liaisons qui constitue l'urétrite chronique. Après une phase d'*infiltration molle*, demeurée au stade embryonnaire sans formation de fibres conjonctives, l'inflammation, se limitant à des points circonscrits — bulbe, région pénienne et prostatique — aboutit par sclérose (phase d'*infiltration dure*), soit à de petites cicatrices superficielles recouvertes d'un épithélium pathologique, soit, si la lésion gagne en étendue et en profondeur, à un rétrécissement vrai. Le résultat de ces lésions du canal, c'est de créer, dans la forme superficielle des irrégularités de surface, dans la forme profonde des altérations de la dilatabilité urétrale et des réductions de calibre qui, en permettant la stagnation urinaire et la persistance de foyers gonococciques, tendent à perpétuer l'inflammation. De là, un cercle vicieux qui entretient la blennorrhée par ces lésions rétrécissantes et le rétrécissement par l'écoulement liquide. De là, aussi, cette donnée féconde au point de vue du traitement rationnel des urétrites chroniques, c'est que ces lésions ne sont que le premier stade des transformations histologiques qui de

(1) DEMARQUAY, *Atrésie du méat comme cause de blennorrhée*. *Gazette des hôp.*, 1865, p. 290.

l'urétrite conduisent au rétrécissement : d'abord infiltration embryonnaire, la lésion va devenir fibreuse, sclérosante; le passage de l'une à l'autre se suit en un processus continu.

Dans un urètre chroniquement enflammé, introduisez une boule exploratrice de gros numéro, numéro 25 à numéro 25 : vous apprécierez qu'en plusieurs points l'urètre a perdu sa souplesse; l'olive reconnaît des segments où une induration nette se substitue à l'élasticité normale du canal, d'autres en voie de stricture, ce que l'uréthromètre confirme. Par places, l'olive pourra rencontrer des régions particulièrement douloureuses; l'endoscopie y reconnaîtra des lésions localisées : plaques granuleuses, végétations polypeuses, érosions, exulcérations. Le calibre du canal peut n'être point assez réduit pour donner à l'instrument une sensation de diminution; et cependant la lésion, capable de donner naissance au rétrécissement, est déjà constituée en foyers d'urétrite chronique, non circonscrits, limités à une paroi du canal. Il faut savoir dépister ces *rétrécissements larges*, comme les appelle Otis. Dès 1861, Rollet (1) avait, par un remarquable mémoire, attiré l'attention des cliniciens sur « les rétrécissements commençants ou larvés de l'urètre et sur les blennorrhées qui les accompagnent ». « Un écoulement chronique, dit Otis, est le symptôme dont se sert la nature pour signaler au médecin intelligent un début de rétrécissement. »

« Plus on a eu de chaudières, disait Ricord, plus facilement on en contracte de nouvelles qui sont de moins en moins douloureuses et de plus en plus longues et difficiles à guérir. » La chronicité s'accroît donc à chaque nouvelle atteinte et cela s'explique : les lésions de la muqueuse s'organisent et s'aggravent, des sténoses ébauchées commencent à rétrécir le canal, l'affection s'installe d'une façon plus profonde dans la paroi. Ces récidives, d'ailleurs, ne traduisent point toujours des réinoculations par de nouveaux contagions; ce sont ordinairement de simples « échauffements » d'une urétrite latente : « Il n'y a qu'une chaudière dont on ne guérisse jamais, a-t-on dit avec paradoxe, c'est la première. » Ces faits cliniques suffisaient à démontrer que l'infection gonococcique ne confère aucune immunité. Finger et Ghon ont trouvé utile de le prouver expérimentalement : ils ont inoculé quatre fois des cultures pures de gonocoques dans des urètres atteints d'écoulement chronique; dans ces quatre cas il se produisit, après quarante-huit heures d'inoculation, une blennorragie aiguë, à marche typique.

3° **Influence des états constitutionnels.** — L'arthritisme, auquel on a parfois attribué la provocation de certaines phlegmasies urétrales, est du moins capable de prolonger une urétrite; la liaison est étrange entre la diathèse rhumatismale et la chaudière, mais elle est indéniable; ce point a été débattu à propos de l'arthrite blennorragique.

Un homme, généralement jeune, est atteint d'une blennorrhée chronique d'emblée, rebelle, à sécrétion pauvre; l'urètre postérieur est pris, les mictions sont fréquentes, douloureuses à la fin, suivies de l'expulsion de quelques gouttes de sang; l'urine laisse parfois au fond du vase un dépôt purulent à stries sanglantes; les épидидymes quelquefois sont tuméfiés, la prostate bosselée et endolorie; une hématurie précoce, véritable hémoptysie vésicale, peut venir souligner le diagnostic. C'est là le tableau trop fréquent d'une urétrite chez

(1) ROLLET, *Des rétrécissements commençants ou larvés du canal*. *Recherches sur la syphilis*. Lyon, 1861.

un tuberculeux; nous ne parlons pas de l'urétrite tuberculeuse vraie due au développement de granulations grises et jaunes sur la muqueuse du canal. La chaudepisse est bien souvent le « réactif » de la constitution strumo-tuberculeuse confirmée ou encore larvée : cette dernière affirme son influence par la chronicité et la ténacité de l'écoulement, par la prédisposition aux déterminations prostatiques et testiculaires. Cette blennorrhée rebelle, ont dit quelques-uns, n'est que le symptôme prodromique d'une tuberculose préexistante; elle est cause provocatrice, a soutenu Richet, de la tuberculisation génito-urinaire chez un sujet en puissance de bacilles, et nous préférons nous ranger à cette dernière opinion.

Anatomie pathologique. — La persistance de l'écoulement se rattache au cantonnement des lésions dans des points déterminés : le cul-de-sac bulbaire et l'arrière-canal sont assurément leurs foyers d'élection. Au niveau du bulbe plus dépressible et plus large peut se former une cavité où la déclivité naturelle favorise la stagnation des sécrétions : c'est dans ce point, « cul-de-sac vaginal postérieur des hommes », suivant l'expression de Guyon, que s'accumulent et se perpétuent les lésions. Quelques-uns ont jugé à propos d'imposer à cette localisation une dénomination particulière : nous avons vu récemment décrire la *bulbite* chronique; le besoin de cette entité ne se fait pas sentir. Dans l'urèthre profond, la barrière du sphincter membraneux contribue à protéger cette portion du canal. En dehors de ces foyers de choix, l'urétrite peut se cantonner en un point quelconque de l'urèthre spongieux : elle aime à se fixer à la hauteur de l'angle prépubien, ou bien en amont de brides scléreuses dans la région péniennne antérieure, enfin dans les follicules voisins du méat. Si l'on s'en tenait à la statistique récente de Finger, les localisations sur la *pars pendula* l'emporteraient de beaucoup sur le siège bulbaire ou membraneux; sur 24 canaux examinés, il a trouvé 17 fois l'urétrite chronique limitée à cette partie.

« Que ne puis-je appeler à mon aide le microscope! » regrettait Jamin en sa bonne thèse de 1885. Et il ne pouvait invoquer que quelques coupes de Gaucher montrant l'infiltration embryonnaire du corps papillaire de la muqueuse, au cours d'une phlegmasie aiguë, et l'étude anatomo-pathologique de Brissaud et Segond signalant les modifications de l'épithélium « dont les cellules étaient devenues cubiques », et la prolifération conjonctive du derme. Les recherches histologiques contemporaines ont établi l'importance, pressentie par Jamin, des lésions épithéliales qui caractérisent l'urétrite chronique et accompagnent la formation du rétrécissement blennorragien. Il y a là deux chapitres anatomo-pathologiques qui se pénètrent : où et comment finit la blennorrhée; où commence le rétrécissement? L'inflammation chronique, dans les points où elle n'a point diminué l'urèthre jusqu'à production d'une sténose cliniquement appréciable, laisse pourtant dans la paroi des traces évidentes. L'inflammation chronique, qu'elle occupe l'urèthre antérieur ou postérieur, présente deux types, bien distingués par Finger. Tantôt elle est superficielle, muqueuse, siégeant uniquement dans la muqueuse et dans le tissu conjonctif sous-épithélial. Tantôt, le processus envahit les tissus sous-muqueux et se complique de péri-urétrite ou cavernite pour l'urèthre antérieur, de prostatite pour l'urèthre postérieur.

1° Lésions de l'urèthre antérieur. — Vajda (1) a trouvé, dans deux cas

(1) VAJDA, Ueber einige seltene Befunde bei der chronischen Blennorrhoe der männlichen Harnröhre. Wiener med. Woch., 1882.

d'urétrite chronique avec sténose, l'épaississement de l'épithélium et l'aplatissement de ses couches superficielles. Neelsen (1) a précisé ces altérations épithéliales; Baraban (2) les a confirmées par l'examen de la muqueuse bulbaire chez un supplicé atteint d'urétrite chronique. Hallé et Wassermann (3), dans leurs deux mémoires, en ont donné une description très détaillée; mais leurs examens ont visé surtout des sténoses confirmées, et c'est à propos de l'anatomie pathologique des rétrécissements, que leur étude trouvera place plus opportune. Finger (4) a écrit, avec les documents recueillis au Rudolfspital dans l'hiver 1889-1890, la plus complète monographie anatomo-pathologique sur la blennorrhée.

§ 1. **Altérations épithéliales.** — Une des altérations essentielles est la transformation de l'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux. Finger distingue trois types de transformation. Dans le premier, une seule couche de larges cellules plates a remplacé la couche superficielle des cellules cylindriques; au-dessous, la couche des cellules basales polygonales est épaissie. Dans le second, l'épithélium a pris un caractère véritablement épidermoïdal : une couche profonde de cellules cubiques et au-dessus des couches multiples de cellules polygonales, plus ou moins aplaties, analogues à celles du réseau de Malpighi. Dans le troisième type, l'épithélium n'est plus constitué que par une ou quelques cellules basses d'épithélium plat nucléé, analogues aux couches superficielles de l'épiderme.

§ 2. **Lésions sous-épithéliales.** — Ces modifications de l'épithélium sont dues à la sclérose de la muqueuse et sont en rapport avec les altérations du tissu conjonctif sous-jacent : le premier type, nous dit Finger, répond à l'infiltration récente, le second à l'infiltration plus ancienne des cellules rondes, le troisième aux callosités conjonctives. C'est au niveau du tissu conjonctif sous-épithélial, comme le déclare Finger, que se déroulent, dans la blennorrhagie chronique, les lésions vraiment décisives pour le sort ultérieur de la muqueuse malade. Une néoformation conjonctive qui passe successivement par les stades d'infiltration embryonnaire, de production de cellules fusiformes, pour aboutir à la formation de tissu fibreux adulte, tel est le processus que Neelsen, Baraban, Finger, Hallé et Wassermann ont bien décrit. L'infiltrat, composé au début de cellules rondes et de cellules épithélioïdes, s'étend uniformément à tout le tissu conjonctif sous-épithélial, enlaçant les lacunes et les glandes; parfois, il pénètre plus profondément, envahissant toute l'épaisseur des tissus péri-urèthraux, voire même le corps caverneux dans ses couches superficielles. Il forme parfois, autour des lacunes et des orifices des glandes de Littre, des saillies superficielles, papuliformes. Sous l'influence de la prolifération embryonnaire et de la néoformation vasculaire, on voit se développer, en des points circonscrits de la muqueuse, ces excroissances menues, à aspect mûriforme, qui paraissent analogues aux granulations. Plus tard, les cellules fusiformes l'emportent sur les cellules rondes; la substance intercellulaire du tissu conjonctif devient plus épaisse et plus dure; la lésion se propage du chorion au tissu spongieux et même aux couches superficielles du corps caverneux : c'est le travail de sclé-

(1) NEELSEN, Ueber einige histologische Veränderungen in der chronischen entzündeten männlichen Urethra, Vierteljahr. für Dermatol. und Syph., 1887, Bd. XIV, n° 4.

(2) BARABAN, Revue médicale de l'Est, 15 juin 1890.

(3) HALLÉ et WASSERMANN, Ann. des mal. des org. génito-urinaires, 1891, p. 145, 242, 295, et avril et mai 1894.

(4) FINGER, Beiträge zur pathologischen Anatomie der Blennorrhoe der männlichen Sexualorgane. Archiv für Dermatol. und Syph. Supplément, 1891, n° 1, p. 1.