

rose et de sténose qui s'organise et s'étend. Au total, il en résulte, nous dit Finger, un tissu qui ressemble anatomiquement à celui des cicatrices; mais, au lieu de dériver d'une ulcération, d'une plaie, il est le fait de l'hyperplasie conjonctive chronique.

§ 5. **Lésions des lacunes.** — Anatomiquement, les lacunes de Morgagni ressemblent à des enfoncements de la muqueuse uréthrale: leur épithélium présente les mêmes altérations que celui de la surface libre, dont il n'est que la prolongation. Parfois, décrit Finger, la lacune est remplie de cellules épithéliales du type pavimenteux; dans d'autres cas, le calibre de la lacune est très élargi, au point d'être visible à l'œil nu. Des altérations ultérieures des lacunes ont leur point de départ dans le tissu péri-lacunaire, et l'on peut observer la saillie en forme de cratère, l'élévation avec dilatation de l'orifice des lacunes. Il peut arriver que la lacune, bourrée d'épithélium pavimenteux, s'oblitère: il en résulte un petit kyste qui, macroscopiquement, apparaît comme un nodule blanc de la grosseur d'un grain de semoule enfoncé dans la muqueuse.

§ 4. **Lésions des glandes.** — Les glandes de Littre sont aussi envahies par le processus inflammatoire. Le tissu péri-glandulaire est infiltré, dans les cas récents, de cellules rondes et épithélioïdes; dans les cas plus anciens, il s'y mêle des cellules fusiformes. Cet infiltrat peut, par sa rétraction, comprimer et détruire la glande; s'il est localisé autour du conduit excréteur, il est exposé à déterminer l'occlusion, temporaire ou définitive, des conduits excréteurs des glandes. Deux types s'observent: les uréthrites qui gardent les conduits excréteurs perméables; celles qui se compliquent de leur oblitération. Oberlander, Keersmæker (*) ont montré l'importance clinique de cette distinction, impossible à établir sans l'endoscopie. Un urètre qui contient des glandes et lacunes fermées peut cesser de couler à un moment; mais les symptômes sont exposés à d'incessantes récidives, par l'irritation de ce petit kyste chargé de matière septique.

2° **Lésions de l'urètre postérieur.** — Dans l'urètre postérieur, on observe des modifications épithéliales analogues à celles de l'avant-canal, mais elles ne dépassent pas ordinairement le second stade de Finger, c'est-à-dire la transformation de l'épithélium cylindrique en épithélium cubique ou hexagonal. Les lésions glandulaires prennent, en revanche, au niveau de la prostate et du verumontanum, une valeur symptomatique de premier ordre. La prostatite chronique est vraisemblablement une lésion glandulaire: le catarrhe simple ou purulent des glandes de l'organe est la cause de ce symptôme fréquent de l'urétrite chronique, la prostatorrhée. Au niveau du verumontanum, le processus évolue de la même façon que dans l'urètre: l'organe se tuméfie par l'infiltration cellulaire de ses couches superficielles; la sclérose, qui lui est consécutive, forme des callosités ou des cicatrices qui peuvent obturer les conduits éjaculateurs. De même, on peut voir l'extrémité de ces conduits, devenue scléreuse et ayant perdu son élasticité, ne plus offrir à la poussée du sperme une barrière résistante; au moindre effort de défécation, ce dernier jaillit dans l'urètre postérieur: d'où la fréquence de la spermatorrhée dans l'urétrite chronique.

Symptomatologie et diagnostic. — La blennorrhagie chronique peut occuper

(*) DE KEERSMÆCKER, *Le rôle des glandes de Littre dans l'urétrite chronique*. *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, 1896, p. 728.

l'urètre antérieur ou l'urètre postérieur. Pour Guyon, l'urétrite antérieure serait de beaucoup la plus fréquente. Il cite, à l'appui, la statistique de Jamin: sur 105 cas de blennorrhée, 29 fois seulement l'urètre postérieur est atteint, et encore l'avant-urètre est-il presque toujours malade en même temps. Donc, l'urétrite profonde ne se trouverait que chez un tiers environ des blennorrhéiques: il nous semble, ainsi qu'à Bazy (*), que cette proportion ne réponde point à la réalité clinique. L'arrière-urètre nous paraît plus souvent intéressé: les blennorrhéiques ne sont point en majorité qu'on peut guérir sans pousser les instillations au delà de l'avant-canal. Il faut dépister l'urétrite postérieure en ses manifestations les plus atténuées, et, au point de vue thérapeutique, la soupçonner, même en l'absence d'une symptomatologie décisive, toutes les fois qu'un traitement méthodiquement mené sur l'urètre antérieur et associé à une hygiène parfaite reste sans effet. Sans doute, il n'y faut point croire à la légèreté, et, pour vouloir traiter une arrière-urétrite hypothétique, s'exposer à inoculer l'arrière-canal; on a pu citer des exemples de cette « invasion thérapeutique » de l'urètre profond; mais ces faits, communs à la période aiguë, sont exceptionnels pour la blennorrhée chronique.

1° **Étude des commémoratifs et des symptômes.** — Un malade a gardé d'une ou plusieurs chaudepisses antérieures un suintement rebelle: c'est le matin, au réveil, — goutte du bonjour —, que le plus souvent la goutte vient perler au méat, soit spontanément, soit par expression de l'urètre; souvent l'écoulement se réduit à cette goutte matinale, à une tache sur la chemise; parfois, c'est un véritable écoulement qui suivra un bon dîner, un coït excitant; dans d'autres cas, ce sont des filaments plus ou moins nombreux dans l'urine. Le méat est collé et souvent ses lèvres sont rouges. Quelques malades accusent surtout des troubles de la miction et vous consultent pour un rétrécissement; d'autres se plaignent de phénomènes douloureux variés. Enquêrez-vous du nombre, de la durée, de l'ancienneté, du mode de traitement des blennorrhagies antérieures. A une période de cette ou de ces chaudepisses, le malade a-t-il eu une orchite ou des envies fréquentes d'uriner? A-t-il éprouvé la douleur caractéristique à la fin de la miction, ou parfois une certaine souffrance à son début, au moment où la colonne urinaire distend l'urètre prostatique et va entr'ouvrir le tronçon membraneux? La constatation de ces commémoratifs est de haute importance: elle démontre que l'arrière-urètre a eu à souffrir du gonocoque, qu'il en souffre encore, si ces symptômes se présentent actuellement. Le type de l'écoulement fournit des renseignements sur le siège de l'urétrite: quand l'urètre prostatique est pris, il arrive que le pus s'accumule à la région profonde du canal et s'évacue dans la journée, à intervalles plus ou moins réguliers, par une sorte d'« éjaculation en miniature » qui projette au méat les quelques gouttes; quelquefois, c'est à la fin de la miction ou de la défécation, que cette émission purulente se produit. Ce sont ces malades qui viennent se plaindre au médecin de « pertes séminales involontaires »; l'imagination et la lecture aidant, ils sont voués à l'obsession de la spermatorrhée.

2° **Exploration.** — § 1. **Examen de l'urètre antérieur.** — Le canal d'un blennorrhéique doit être examiné en deux fois. Une première exploration s'arrêtera au cul-de-sac bulbaire, c'est-à-dire se limitera à l'urètre antérieur;

(*) BAZY, *Des uréthrites chroniques blennorrhagiques*. *Progrès médical*, 4 et 11 janvier 1890.

poussez donc la bougie à boule olivaire, n° 16 à 18 par exemple, jusqu'à ce qu'elle vienne buter à l'entrée de la portion membraneuse, contre le sphincter urétral. Ne comptez pas par centimètres : il s'agit d'une sensation de résistance modérée, nette à toute main expérimentée, et non d'une mesure aux variations individuelles décevantes. « L'urètre doit être examiné par régions et non par centimètres », a dit Guyon. La pression de la boule tendant à pénétrer dans la portion membraneuse réveille d'ailleurs une sensation de souffrance; ramenez alors la bougie sur le méat; l'olive sort, le talon souillé de mucosités purulentes; c'est que vous avez été, suivant l'expression de Jamin « pêcher le pus dans son nid, dans son gîte véritable, le cul-de-sac bulbaire ». Parfois, la sécrétion n'apparaît au méat qu'après le retrait de l'olive; celle-ci a entre-bâillé les parois du canal, et, faisant piston, entraîné les gouttes purulentes.

Voici donc une uréthrite chronique antérieure, décelée par le « ramonage » de l'avant-canal. L'olive n'a point que ce résultat et cette mission : prenez un n° 25 à 25 et explorez la dilatabilité urétrale. Conformément à l'opinion d'Otis, il faut admettre, chez le blennorrhéique, un état particulier des parois dont l'anatomie pathologique contemporaine nous a fourni nettement la raison, une perte de l'élasticité normale due à l'infiltration embryonnaire, une sorte de « uréthrite scléreuse » qui réclame l'assouplissement par les bougies dilatantes. Dans les cas de vieille date, le talon de l'olive accrochera de menues brides en série dans la portion pénienne, ébauches de rétrécissements et causes d'inflammation tenace — uréthres en escalier. Ce n'est point tout : l'explorateur olivaire, s'il sait interroger méthodiquement la sensibilité de l'urètre spongieux, vous révélera la présence de points particulièrement douloureux, au niveau desquels l'instillation viendra plus tard apporter avec précision son pansement topique.

L'uréthroscope a ici rendu de sérieux services. Dans cette voie, frayée avec tant d'originalité et d'exactitude par Désormeaux, le clinicien a désormais le devoir de chercher la raison anatomique des suppurations tenaces de l'avant-urètre. Depuis que l'examen endoscopique nous a permis de faire « l'anatomie pathologique sur le vivant », nous avons pu reconnaître et panser des lésions méconnues ou discutées : l'uréthrite granuleuse; l'uréthrite herpétique ou phlycténulaire; les exulcérations de la muqueuse, les desquamations, les polypes. Quant Désormeaux, il y a plus de quarante ans, voulut avec son endoscope fonder une classification des diverses formes de l'uréthrite chronique, il échoua par imperfection instrumentale : Grünfeld, Nitze et surtout Oberländer ont pu arriver au diagnostic précis des lésions et suivre pas à pas les progrès de leur guérison.

L'endoscopie urétrale nous sera d'un secours plus réel au point de vue du diagnostic que pour le traitement topique des lésions. Elle sera particulièrement utile, comme le pense Janet, dans les cas où certains symptômes anormaux, tels que des hémorragies très faciles, l'issue de pus obtenue par pression du canal après la miction, l'insuccès des méthodes ordinaires de traitement, feront supposer l'existence d'une lésion localisée du canal. Grâce à elle, nous pourrons faire le diagnostic des chancres du canal, du cancer débutant et aussi de ces lésions circonscrites de l'uréthrite chronique : plaques de granulations; zones d'épithélium épaissi et modifié; grosses végétations; polypes; abcès glandulaires, lacunites et folliculites. Les lésions glandulaires doivent fixer l'attention : Oberländer et Keersmæcker les ont étudiées avec détails. Si les glandes malades s'ouvrent à la surface de la muqueuse, leur orifice, à bord boursoufflé et rouge, tranche sur la muqueuse qui pâlit à mesure que le travail de sclérose progresse;

les zones de muqueuse jaune ou blanchâtre se montrent semées de piqûres rouges, à bourrelets plus ou moins saillants. S'il s'agit d'une uréthrite à glandes et à cryptes fermées, la muqueuse n'est plus criblée d'orifices glandulaires : le corps de la glande se transforme en un petit kyste, entouré d'une zone d'infiltration; si ce petit kyste est immédiatement sous l'épithélium, il fait saillie dans le canal, en une petite vésicule gris jaunâtre. Enfin, dans le cas de tuberculose urétrale, l'endoscope permettrait de reconnaître les granulations jaunes ou grises, les ulcérations et les végétations granuleuses qui peuvent pousser sur ces ulcères tuberculeux, ainsi que Kaufmann⁽¹⁾ en rapporte un bel exemple. Quant aux polypes et aux formations papillomateuses, nous les décrivons à propos des tumeurs de l'urètre.

5° Examen de l'urètre postérieur. — L'étude des commémoratifs ou des symptômes actuels, signalant l'orchite, les mictions fréquentes, la douleur ou l'hématurie terminales, vous a fait soupçonner la participation de l'urètre profond. Le malade n'a point uriné depuis deux ou trois heures au moins. Nettoyez l'urètre antérieur au moyen d'une injection poussée à méat ouvert soit avec une seringue seule, soit avec une sonde à bout coupé, puis faites uriner le malade dans deux verres. Pratiquement, ce procédé est une épreuve assez nette; nous l'avons, ailleurs, décrit : un deuxième verre clair indique que l'on a affaire à une inflammation limitée à l'urètre antérieur; un deuxième verre trouble ou strié de filaments démontre que l'arrière-canal est pris. — Mais, il reste souvent douteux que l'urètre antérieur ait été totalement détergé, soit par l'urine, soit par le lavage. Kromayer a proposé d'injecter dans cet urètre antérieur une solution de pyocyanine qui colore en bleu ses sécrétions; le malade pisse ensuite : si son urine ne contient que des filaments bleus, ils viennent de l'urètre antérieur; si elle renferme aussi des filaments blancs, ils proviennent de l'arrière-canal. — Lohnstein lave l'urètre antérieur avec une solution de 0,5 pour 100 de ferrocyanate de potasse, jusqu'à ce que le liquide revienne clair, puis on enlève toute trace de ce sel en lavant avec de l'eau simple, jusqu'à ce que le liquide sortant, additionné d'une solution faible de perchlorure de fer, ne donne plus la réaction caractéristique : par là, le nettoyage de l'avant-canal est sûr et l'épreuve du second verre devient précise. — Enfin, Kollmann a réglé le « procédé des cinq verres » : l'urètre antérieur est lavé par une série d'injections dont le liquide est réuni dans un grand verre (verre n° 1); la dernière injection ressortie claire est versée dans le verre n° 2; ensuite, le malade urine dans 3 verres successifs (n°s 3, 4, 5). S'il y a des filaments dans un de ces verres, on peut affirmer l'existence de l'uréthrite postérieure : Kollmann tient à ces 3 verres, parce qu'il arrive que les filaments se trouvent dans le premier et le troisième de cette série terminale et qu'ils manquent complètement dans le second. — On peut encore, l'urètre antérieur une fois nettoyé, aller quérir le pus de l'arrière-canal avec le talon de l'olive exploratrice : on ne s'arrête plus à la porte de l'urètre profond; on y entre, le malade accuse une souffrance nette; on pousse jusqu'au sphincter vésical, et l'on ramène au méat la récolte purulente.

4° Examen histologique des sécrétions. — § 1. Goutte et filaments. — Goutte et filaments ont la même composition : ces derniers, formés par la

(1) KAUFMANN, *Verletzungen und Krankheiten der männlichen Harnröhre*. Deutsche Chir. von Billroth und Lücke. Lieferung L a, p. 154.