

URÉTHRITE

La forme la plus fréquente de l'urétrite est l'urétrite gonorrhéique. Celle-ci peut se produire à tout âge, dès que l'infection existe. A l'époque de la grossesse et de la menstruation, la résistance à l'action du poison gonorrhéique est diminuée. L'infection peut aussi bien être amenée par le coït que par des ustensiles contaminés du pus gonorrhéique ou en cas de viol par le doigt.

La période d'incubation est très courte; les patientes ressentent déjà deux jours après que l'infection a eu lieu un chatouillement dans l'urèthre; l'orifice externe est devenu plus rouge, et est plus sensible au toucher; le troisième ou le quatrième jour commence déjà la sécrétion du pus. Des gouttes épaisses, d'un jaune-vert, sortent de l'urèthre; par la suite, la sécrétion devient moins abondante et, pour amener le pus à la vue, on doit presser l'urèthre d'arrière en avant, avec le doigt.

L'urétrite une fois devenue chronique, la sécrétion est plus visqueuse et d'une couleur gris jaunâtre plus prononcée.

La preuve de l'existence des gonocoques se fait dans la plupart des cas où il existe une sécrétion significative, par la méthode de Loeffler. Dans les cas

douteux, le procédé de culture de Wertheim fournit des indications décisives.

Il est important de faire ressortir que dans certaines circonstances l'urétrite gonorrhéique peut aussi suivre son cours, pour ainsi dire, sans symptômes subjectifs. Les chatouillements dans l'urèthre sont faibles; de plus, il est à remarquer que les jeunes femmes interprètent les petites douleurs survenant à l'urèthre comme une suite de la défloration. Ce n'est que lorsque d'autres symptômes génitaux conduisent la patiente chez le médecin que l'on découvre, à l'examen, l'existence d'une urétrite gonorrhéique, dont les patientes n'avaient pas le moindre soupçon.

Parfois, il est vrai, les symptômes sont très alarmants, les patientes ont un besoin d'uriner très fréquent, allant parfois jusqu'à la douleur; l'évacuation de l'urine même est extrêmement douloureuse, l'urèthre tout entier semble blessé. A la palpation, la paroi tout entière du canal uréthral est trouvée enflée, et très sensible à la pression; par suite de l'enflure, la muqueuse déborde par-dessus le bord de l'orifice externé et elle est colorée en rouge foncé.

L'endoscopie d'un cas aigu d'urétrite gonorrhéique montre la disparition du plissement en forme de grillage de la partie antérieure; la muqueuse est d'un rouge foncé, veloutée, et, à certaines places, on distingue des points sanguinolents.

Dans les cas qui surviennent d'une manière foudroyante, des saignements spontanés de l'urèthre peuvent se produire comme conséquence de l'infarctus inflammatoire, analogue à la gonorrhée russe de l'homme. Dans les cas de ce genre, la santé générale

est troublée déjà sans que des symptômes de maladies génitales existent, les patientes souffrent de dépressions psychiques et ont aussi parfois de la fièvre.

Les cryptes, aux alentours de l'orifice externe, sont généralement aussi remplies de pus gonorrhéique, et ont déjà été fréquemment, par ce fait, confondues avec des abcès. Il ne s'agit pas ici, cela va sans dire, d'abcès fermés et ensuite ouverts, mais d'une inflammation gonorrhéique de ces cryptes.

Les canaux urétraux qui correspondent chez l'homme aux glandes de Cowper sont également très souvent le siège d'une inflammation gonorrhéique aiguë.

On trouve sous l'orifice de l'urètre deux tumeurs fluctueuses, environ de la grosseur d'un pois, qui sont très sensibles à l'attouchement et qui, lorsqu'on exerce une pression sur elles, excrètent un pus fétide par l'urètre.

Les symptômes aigus diminuent généralement au bout de huit jours, et quand il y a guérison spontanée, tout le processus se termine en quatre ou six semaines.

Lorsque l'uréthrite est devenue chronique, différentes modifications secondaires se produisent. Les orifices des glandes de Littré apparaissent sur la muqueuse comme des taches jaunes. Dans l'endoscope, l'épithélium de l'urètre se montre épais et stratifié par places, de sorte que l'on voit des taches grises, ternes. L'injection des vaisseaux que, d'ordinaire, on aperçoit très distinctement dans le voisinage des orifices, a disparu, la muqueuse tout entière est d'un rouge sale. Parfois, on trouve au sommet des plis proéminents de la muqueuse des érosions pareilles à

des ulcères. Enfin, il peut se former des granulomes qui ont leur siège sur des fissures.

Dans la gonorrhée les fissures surgissent ordinairement par le fait que des lésions de la muqueuse ont été produites par des instruments, lésions dont la guérison ne se fait pas sans difficulté dans le tissu en état d'inflammation et qui peut être entravée par des actions thérapeutiques récentes, de sorte que ces pertes de substance prennent un caractère ulcéreux. Dans l'endoscope, les fissures ont l'aspect de légères fentes jaunes.

Plus tard, dans le cours de l'uréthrite chronique, des infiltrations périglandulaires et périmuqueuses qu'on peut distinctement reconnaître à la palpation, peuvent survenir. Il peut aussi arriver que des infiltrations périurétrales fondent par suppuration, et il se forme ensuite ce qu'on appelle des abcès suburétraux. On trouve ensuite sur la paroi vaginale antérieure des tumeurs fluctueuses sensibles à la pression et par-dessus lesquelles la paroi vaginale est souvent tendue et lissée par œdème de ses replis. Les abcès suburétraux de ce genre atteignent parfois une grosseur telle, qu'ils peuvent être confondus avec des cystocèles. Le diagnostic différentiel s'établit par le fait que l'on ne peut pas pénétrer depuis l'urètre à l'intérieur de ces tumeurs au moyen d'une sonde, et que l'on ne peut les faire excréter dans l'urètre par pression. Le traitement de ces abcès consiste dans l'incision, suivie d'une tamponade.

Le diagnostic d'une uréthrite gonorrhéique ne présente pas de difficultés. Il n'y a guère d'autres formes de l'uréthrite purulente chez la femme. La source de

l'infection est, dans la règle, aisée à découvrir. La preuve de l'existence de gonocoques est facile à établir. L'urétrite gonorrhéique chronique fournit généralement aussi encore des gonocoques; en outre, les autres éléments diagnostiques sont faciles à fixer par l'endoscopie; la gonorrhée de l'utérus, qui existe en même temps, fournit ordinairement un indice.

Le traitement de l'urétrite gonorrhéique chronique doit satisfaire d'importants *desiderata*. Il ne s'agit pas seulement de localiser ou d'éviter les suites de cette affection, de soulager les douleurs et les tourments des patients, mais il y a aussi à considérer qu'en face de la ténacité extraordinaire du processus gonorrhéique des muqueuses, une urétrite gonorrhéique latente constitue un danger permanent pour l'appareil urogénital.

Une des exigences fondamentales auxquelles doit répondre un traitement rationnel, est de pouvoir prévenir la possibilité d'une réinfection d'une d'altération mécanique.

Dans la gonorrhée récente, il y a lieu de se dispenser de toute intervention, médicamenteuse ou instrumentielle; si possible, il faut maintenir les patientes au lit. Les douleurs à l'orifice externe sont le mieux adoucies à l'aide de compresses de liqueur de Burow diluée dans une double quantité d'eau. On combat la strangurie éventuelle par l'emploi de suppositoires de morphine.

Une décoction de feuilles de raisin d'ours et d'herminaire prise plusieurs fois par jour exerce également une action calmante. Il faut éviter de donner des balsamiques, vu la possibilité d'une excitation des reins.

Si, lors d'une gonorrhée débutante, on peut maintenir la patiente au lit, si l'on peut éviter toute atteinte aux organes génitaux, et si l'on peut faire suivre un régime approprié, excluant toute consommation d'alcool, on obtient la guérison sans autre traitement. Mais comme il ne peut généralement pas être satisfait à toutes ces exigences, la plupart des urétrites gonorrhéiques passent à l'état chronique, et ce sont ces dernières qui forment la majeure partie des cas que le gynécologue est appelé à traiter.

On cherchera tout d'abord à guérir une urétrite gonorrhéique chronique par l'introduction de crayons médicamenteux. L'iodoforme est un remède excellent contre cette affection.

Rp. Iodoforme 1,0
Butyr. Cacaos. q. s. pour faire 10 crayons
largeur 0,5 cm., longueur 4 cm.

Point de cire!

Lorsque les patientes souffrent d'un besoin d'uriner violent, et si l'urètre est très sensible, il est recommandable d'ajouter de la cocaïne aux crayons.

Rp. Iodoforme. 1,0
Cocaïn mariat. 0,20
Butyr. cacao. q. s. et comme ci-dessus.

Comme ces bâtonnets fondent lentement, et qu'en conséquence, la quantité déjà très minime de cocaïne qu'ils renferment n'est que très lentement résorbée, le danger d'intoxication par la cocaïne n'existe pas. Mais on obtient en tout cas deux résultats avantageux: 1° le besoin d'uriner est diminué par la cocaïne, ou même réprimé complètement pour longtemps;

2° les malades prennent une grande confiance dans le traitement, étant donné que les tourments disparaissent absolument pendant un certain temps, immédiatement après l'introduction du crayon.

Il faut évidemment introduire passablement vite et avec habileté les crayons de beurre de cacao pur dans l'urèthre, attendu qu'ils fondent déjà très facilement avant l'introduction, par la chaleur de la main.

On pousse les bâtonnets par leur extrémité périphérique jusqu'à ce qu'ils soient enfoncés complètement dans l'urèthre, immédiatement derrière l'orifice externe, et l'on comprime ce dernier pendant une minute avec le doigt. Pendant ce temps, les crayons se sont suffisamment amollis à leur surface, pour rester attachés à la paroi uréthrale, et pour ne plus glisser dehors.

Si l'on croit ne pas pouvoir se dispenser de la cire pour constituer le petit crayon, pour donner à celui-ci plus de résistance, il ne faut pas alors perdre de vue qu'une partie du bâtonnet coule généralement dans la vessie, et qu'alors la cire se rassemble au fond de celle-ci en grappes composées de petites particules assemblées. Comme des dépôts de cire de ce genre peuvent amener aussi bien des sensations subjectives désagréables provenant de la vessie, que constituer un noyau de formation de concrétions, la prudence fait un devoir, lorsqu'on emploie des bâtonnets de cire, de cystoscooper la vessie au cours du traitement ou après celui-ci, afin de découvrir les morceaux de cire qui peuvent éventuellement exister dans ces organes. Mais très souvent ces concrétions de cire sont si fortement attachées à la paroi vésicale, qu'il faut se servir du cystoscope à opérations pour les éliminer.

Une grande partie des uréthrites chroniques guérissent rapidement sous l'action de l'iodoforme appliqué journellement. Mais si cela ne devait pas être le cas, ce qui n'est pas rare surtout dans les uréthrites gonorrhéiques avec infiltration dans la paroi uréthrale, il faut recourir à des mesures plus énergiques.

On essaie de faire disparaître les infiltrations en dilatant l'urèthre avec des liges uréthrales de Dittel, en suivant une progression ascendante, jusqu'au numéro 30 dans des séances se succédant régulièrement.

On obtient la guérison des altérations de la muqueuse, en injectant au moyen de la seringue droite à pommade de Tommasoli (voir fig. 3) :

Pommade au nitrate d'argent.

Rp.	Nitrate d'argent	4,0 — 5,0
	Lanoline.	90,0
	Huile d'olive.	10,0

Mélangez exactement.

A employer tous les trois jours à raison de deux divisions de la seringue par séance. Les rétrécissements qui peuvent éventuellement exister doivent avoir été complètement dilatés, avant que l'on en arrive au traitement des modifications pathologiques de la muqueuse. Les fissures du canal uréthral guérissent généralement aussi après des injections de pommade.



Fig. 3. — Seringue à pommade de Tommasoli.

Pour tous les cas qui viennent d'être cités, il n'y a pas lieu de recommander un traitement à l'uréthroscope parce que l'usage fréquent de cet instrument peut provoquer des réactions nerveuses, très fortes, et aussi parce que les produits médicamenteux introduits atteignent par leur simple fusion, de toute façon toutes les parties de l'urèthre. Les granulomes siégeant dans les parties supérieures de l'urèthre réclament absolument le traitement endoscopique, lequel devant être exécuté en une seule fois, ne peut amener des troubles nerveux chez la patiente. Les fissures opiniâtres sont aussi rendues visibles dans l'endoscope et brûlées au galvano-cautère.

Les inflammations gonorrhéiques des cryptes situées autour de l'urèthre et des conduits para-uréthraux exigent des soins assidus.

Ces parties deviennent le siège de sensations désagréables, spécialement par le fait que les malades, étant assises, y ressentent des douleurs qui augmentent jusqu'à en devenir insupportables. Parfois il s'établit dans ces cryptes de vrais ulcères qui entraînent une telle sensibilité, qu'il y a établissement de vaginisme.

L'intervention thérapeutique doit être radicale, les cryptes doivent être cautérisés, soit avec un paquelet fin, pointu, ou avec un galvano-cautère, les conduits para-uréthraux doivent être fendus et également détruits au moyen d'une anse rougie; le succès est immédiat en ce qui concerne la douleur et définitif en ce qui concerne la guérison.

L'urétrite gonorrhéique des enfants guérit spontanément, simplement en maintenant propre les alentours de l'urèthre, comme cela a lieu également dans la vulvovaginite gonorrhéique.

Il faut éviter toute intervention locale à l'urèthre, car on pourrait provoquer des processus ascendants rapides dans l'appareil uro-génital.

On rencontre parfois chez les enfants une forme d'urétrite non gonorrhéique, à la suite d'infection transplantée par des eczemas des organes génitaux, et ayant tendance à la nécrose. La suppuration ici est généralement minime, et ces urétrites guérissent spontanément lors de la disparition des eczemas.

Certains auteurs décrivent aussi des urétrites généralement traumatiques.

Les fissures traumatiques non gonorrhéiques de l'urèthre représentent une forme circonscrite de l'urétrite traumatique. Un cathétérisme forcé ou l'usage d'un instrument mal approprié à son but, peuvent amener des lésions de la muqueuse uréthrale, principalement lorsqu'il s'agit d'une muqueuse de l'urèthre, fortement enflée ou congestionnée. Si par suite de ces blessures il se produit une ischurie, on cathétérise éventuellement de nouveau, et les petites blessures de la muqueuse sont réouvertes; il se produit alors l'ulcère de la muqueuse en forme de fente, que l'on désigne sous le nom de fissure. Ces blessures de la muqueuse sont sujettes à être infectées, attendu que des organismes pathogènes existent déjà normalement dans l'urèthre.

Ce genre de fissure a généralement son siège dans la partie la plus reculée de l'urèthre postérieur. Le diagnostic exact ne peut en être fait, cela va sans dire, qu'au moyen de l'endoscope, mais on peut déceler l'existence de fissures de ce genre d'après certains symptômes, à condition qu'aucun processus inflammatoire du canal uréthral n'existe. Les patientes

qui ont une fissure éprouvent une douleur très forte immédiatement avant l'évacuation de l'urine, toujours au même endroit, lequel correspond précisément au siège de la fissure.

Lorsqu'on a blessé l'urètre par le cathétérisme, ce que l'on peut reconnaître au sang qui reste attaché à la sonde, ou à la perte de sang qui s'ensuit par l'urètre, il n'y a rien de mieux à faire, que cesser le cathétérisme, car ces altérations de la muqueuse ont lieu dans la règle de l'extérieur à l'intérieur et elles ne prennent pas d'extension par l'action de l'urine s'écoulant normalement.

Mais si la douleur et la perte de sang persistent longtemps après le cathétérisme qui en est la cause, ou s'il existe des symptômes d'une fissure, il faut faire une exploration endoscopique et éventuellement cautériser la fissure.

Une urétrite suppurante non gonorrhéique, peut être produite par la présence d'un chancre mou dans le canal urétral. Le pus sécrété est séreux et floconneux ; l'ulcère a généralement son siège près de l'orifice externe et peut être rendu visible en écartant l'ouverture de l'urètre. Si la gonorrhée ne coïncide pas avec cet état, ce qui n'est pas rare, il va sans dire que les gonocoques font défaut dans les cellules de pus.

La thérapeutique qui, comme on le sait, ne peut pas arrêter le développement d'un chancre, consiste dans le maintien de la propreté du vestibule et éventuellement dans l'introduction de bougies iodoformées dans l'urètre.

Lorsqu'il s'agit de déterminer exactement la présence d'un chancre, il faut faire une auto-inoculation à l'individu malade.

Ehrens décrit une tuberculose de la muqueuse urétrale qui peut se produire sous la forme miliaire ulcéreuse et diphthérique (caséuse). Personnellement je n'ai pas eu l'occasion de constater des cas de ce genre.

La détermination des nécroses pures du canal urétral résistera rarement à la critique d'un diagnostic exact.

On trouve généralement encore, comme cause d'une sensibilité anormale de l'urètre, ou de contractions réflexes énergiques dans sa partie postérieure, des contusions, varices, fissures.

Je n'ai jamais pu constater non plus, jusqu'à présent un spasme idiopathique de l'urètre postérieur.

Ce n'est que dans le cas de hyperacidité de l'urine qu'on trouve une sensibilité augmentée du canal urétral, sensibilité qui peut même atteindre au paroxysme de la douleur.

Lorsqu'on a réussi à faire disparaître cette hyperacidité par des moyens convenables, le mieux par l'ingestion de bicarbonate de soude à forte dose, les douleurs et la sensibilité disparaissent également sans que, avant comme après, on ait pu trouver à l'examen aucune modification anatomique de l'urètre.

Lorsque les sensations désagréables qui se produisent dans l'urètre dans les cas de diathèse goutteuse et de très fortes excréments d'acide urique ont lieu, on trouve la muqueuse urétrale particulièrement congestionnée.

Sur l'image endoscopique, toute la muqueuse du canal urétral se montre recouverte d'un réseau de vaisseaux extraordinairement nombreux et serrés ; la muqueuse offre au regard de l'observateur exercé

« l'image de l'irritation ». Ces phénomènes disparaissent aussi bien subjectivement qu'objectivement lorsqu'on a obtenu la guérison en ayant fait prendre des remèdes reconnus comme dissolvant l'acide urique. J'ai obtenu les meilleurs résultats dans des cas semblables en prescrivant des eaux minérales lithinées.

Les douleurs du canal urétral qui surviennent parfois au cours de maladies de l'épine dorsale, ne peuvent naturellement pas être prises pour des névroses urétrales *sui generis*.

VI

RÉTRÉCISSEMENT

On comprend sous le nom de rétrécissement ou de stricture une diminution du diamètre du canal urétral par suite de la formation de cicatrices et de tissus inodulaires dans la paroi urétrale même. Les symptômes de la stricture consiste en partie dans la difficulté mécanique d'évacuer l'urine, en partie dans des états consécutifs de la vessie, enfin dans des symptômes généraux réflexes.

En ce qui concerne la difficulté d'uriner, il y a lieu de remarquer que l'évacuation de l'urine ne se fait que par suite d'un effort conscient et, dans les cas plus graves, que sous l'influence d'une forte pression, et, qu'en conséquence du rétrécissement du canal, la miction exige chaque fois un temps extraordinairement long. En même temps, le besoin d'uriner est généralement plus fréquent. Enfin après que l'évacuation de la vessie a eu lieu et surtout lorsque les strictures existent depuis longtemps, un écoulement subséquent, goutte à goutte, de l'urine a lieu. Ceci s'explique par le fait que derrière le rétrécissement l'urètre se dilate généralement avec le temps et c'est de ce petit réservoir que sort après coup l'urine qui y a séjourné.

Lorsqu'on palpe un urètre où siège une stricture