

ment, presque exclusivement employé jusqu'ici, de l'urétrite aiguë par la seringue à injection, sans tenir compte de l'étendue du processus. Le muscle compresseur de l'urètre joue un grand rôle dans le traitement de l'urétrite. Si les injections sont faites dans la partie antérieure, elles provoquent une vive contraction réflexe du muscle compresseur dans un urètre enflammé et par conséquent irritable. Cette contraction réflexe, qui se produit aussi quand on introduit des sondes dans l'urètre et que l'on désigne sous le nom de « spasme urétral » (Esmarch), est si violente, qu'elle rend impossible l'introduction d'instruments métalliques et aussi du liquide injecté. Dans le traitement de l'urétrite aiguë avec la seringue à injection, le liquide injecté reste donc dans la partie antérieure, ne pénètre pas dans l'urètre postérieur, de telle sorte que le processus inflammatoire localisé dans ce dernier, n'étant pas traité, diminue bien d'intensité, mais ne disparaît pas et devient facilement chronique sous l'influence de causes nocives légères.

Le tableau symptomatique de l'urétrite chronique, tel qu'il est en général décrit par le malade, est relativement simple : apparition d'une goutte matinale, agglutination de l'orifice de l'urètre, trouble de l'urine ou présence dans celle-ci de « filaments blennorrhagiques ».

Nous devons dire d'abord qu'il y a des malades qui, en dépit de la goutte laiteuse du matin et des filaments contenus dans l'urine, ne souffrent pas de la blennorrhagie mais seulement de ses résidus. Nous avons vu, dans la description anatomique, que l'urétrite chronique aboutit à la formation d'un épithélium pavimenteux abondant sur les surfaces qui ont été affectées. Cet épithélium pavimenteux peut se desquamer, se mélanger au mucus provenant des glandes de Littre, surtout le matin, à la suite de fortes érections matinales, de façon à former une goutte laiteuse ; il peut apparaître dans l'urine sous forme de lambeaux et de filaments. Mais le microscope ne fait découvrir dans la goutte matinale et dans les filaments que de l'épithélium pavimenteux. Cet état est sans importance et nous n'avons pas à nous en occuper, dès que nous sommes convaincus que cet épithélium pavimenteux en prolifération n'a pas son siège sur une sclérose, sur un rétrécissement commençant ou déjà formé. Nous avons donc, dans ces cas, à rechercher s'il en est ainsi et, si toutefois nous pouvons nous assurer qu'il n'existe pas de rétrécissement, à rassurer les malades en leur faisant connaître le peu d'importance de leur état qui n'est plus de la blennorrhagie chronique.

Il résulte de ce qui précède que la blennorrhagie chronique est caractérisée uniquement par ces sécrétions et filaments dans lesquels, au microscope, on constate des cellules de pus, signes de l'inflammation.

Mais il existe aussi une blennorrhagie chronique latente, dans laquelle on ne trouve ni sécrétion, ni agglutination de l'orifice de l'urètre, ni goutte matinale. La faible quantité de sécrétion qui apparaît le matin sous forme de goutte, d'agglutination des lèvres du méat, provient de la portion spongieuse. Mais si cette portion spongieuse est indemne, si la blennorrhagie a un siège plus profond, notamment dans la partie postérieure de l'urètre, les symptômes indiqués font défaut parce que la petite proportion de sécrétion formée dans la partie postérieure est retenue par le compresseur de l'urètre ou dans le sac du bulbe et ne peut arriver à l'orifice externe. Dans ces cas, généralement ignorés des malades, il y a toujours des filaments dans l'urine.

Un examen attentif fait découvrir dans le tableau, simple en apparence, de la blennorrhagie chronique, une série de variétés qui ont une grande importance au point de vue thérapeutique.

Les deux variétés extrêmes de la blennorrhagie aiguë et de la blennorrhagie chronique se distinguent d'abord en ce que la première s'étend d'une manière diffuse sur de grandes surfaces de la muqueuse, tandis que la seconde est limitée à quelques foyers circonscrits.

Entre les deux il y a naturellement des formes de transition, c'est-à-dire des formes anciennes, mais encore diffuses, non localisées en foyers.

L'étude anatomique nous montre que le tableau morbide de la blennorrhagie chronique est constitué par deux phases qui finissent par se confondre : 1° l'hyperplasie conjonctive initiale, qui s'accompagne d'hyperémie, de tuméfaction de la muqueuse, de desquamation catarrhale de l'épithélium, de catarrhe des lacunes de Morgagni et des glandes de Littre ; 2° la formation de tissu cicatriciel résultant de l'hyperplasie conjonctive, lequel se recouvre d'un épithélium pavimenteux épaissi, tandis que les lacunes et les glandes disparaissent dans le tissu cicatriciel.

L'urétrite chronique, dont le début remonte à quelques mois ou même à plusieurs années, comprend donc deux variétés : 1° l'urétrite subaiguë, processus pathologique non encore localisé en foyers, à la première période de l'hyperplasie conjonctive, avec des symptômes concomitants ; 2° l'urétrite chronique, processus nette-

ment localisé, à la deuxième période ou sur le point d'y arriver. Dans ces deux variétés il y a des filaments blennorrhagiques dans l'urine, mais elles se distinguent en ce que dans la première variété, l'urétrite subaiguë, l'urine présente un trouble muqueux dû à la production abondante de mucus par l'épithélium, les lacunes et les glandes, tandis que dans la deuxième variété, la forme chronique, les filaments blennorrhagiques se trouvent dans de l'urine claire.

Il faut noter aussi qu'une urétrite ancienne peut passer momentanément à la forme subaiguë, si l'inflammation, sous une influence quelconque, se propage des foyers où elle est localisée à de plus grandes parties de la muqueuse voisine et y détermine un catarrhe.

1° *Urétrite subaiguë*. — Maladie plus diffuse, avec foyers morbides à la première période de l'hyperplasie inflammatoire, caractérisée par la présence de filaments blennorrhagiques suspendus dans l'urine troublée par des mucosités. Elle peut être antérieure ou postérieure, ce qu'on reconnaît à l'aide de l'injection exploratrice dont il a été question plus haut ;

2° *Urétrite chronique*. — Affection plus localisée, en foyers circonscrits, dans laquelle le processus se trouve à la période de formation de cicatrices ou se rapproche de cette période. Elle est caractérisée par la présence dans l'urine claire de filaments blennorrhagiques provenant de la surface des foyers morbides. Dans cette variété également, les foyers peuvent avoir leur siège dans la partie antérieure ou postérieure. L'origine des filaments est indiquée par l'irrigation exploratrice.

Mais notre examen doit porter plus loin.

Comme nous le savons par l'anatomie pathologique, le processus inflammatoire peut dépasser les limites inférieures de la muqueuse ; il peut donner lieu, dans la partie antérieure, à une cavernite circonscrite chronique, qui se termine ensuite par un rétrécissement dans la partie postérieure ; il peut envahir la prostate et déterminer une prostatite chronique.

L'exploration du canal de l'urètre avec l'uréthromètre d'Otis permet d'établir la différenciation entre l'*urétrite antérieure chronique, superficielle* et l'*urétrite antérieure chronique profonde*. Les foyers profonds qui s'étendent au corps caverneux et qui plus tard se transforment en rétrécissements, diminuent de très bonne heure l'élasticité et la dilatabilité de l'urètre en des points circonscrits ; on peut donc les reconnaître avec l'uréthromètre d'Otis sous forme de larges rétrécissements, tandis que les infiltrats superficiels,

ayant leur siège uniquement dans la muqueuse, ne produisent pas une pareille diminution de la dilatabilité.

Pour plus de clarté, nous devons rappeler les conditions anatomiques. Tout rétrécissement doit être regardé et défini comme une diminution de la dilatabilité de l'urètre, diminution localisée et due à des altérations pathologiques circonscrites des parois. Ordinairement on exclut la présence d'un rétrécissement de l'urètre, quand tout le canal est accessible à une sonde passant juste par l'orifice. Ceci ne serait exact que si l'urètre était un tube présentant partout la même dilatabilité et une dilatabilité égale à celle de l'orifice. Or, les explorations et mensurations montrent dans les diverses parties de l'urètre une dilatabilité très variable ; elles nous apprennent notamment que : 1° l'orifice est la partie la moins dilatable ; la dilatabilité augmente progressivement mais d'une manière très appréciable depuis l'orifice jusqu'au bulbe. Par exemple dans un urètre dont l'orifice est dilatable jusqu'au n° 24 de la filière Charrière, il n'est pas rare de trouver une dilatabilité du bulbe atteignant 40, 45 et même 50 (Charrière).

Il en résulte qu'avec une sonde qui traverse juste l'orifice de l'urètre, de très fortes diminutions de la dilatabilité des parties profondes ne peuvent être constatées et passent inaperçues. C'est ainsi qu'avec un orifice du calibre 24 de la filière Charrière, la dilatabilité du bulbe peut être réduite de 40 à 26 sans qu'il soit possible de le constater avec une sonde n° 24. Les diminutions de la dilatabilité ou rétrécissements ne sont donc perceptibles avec la sonde, qui passe juste par l'orifice, que lorsque la dilatabilité est devenue inférieure à celle de l'orifice.

On ne peut par conséquent reconnaître par ce procédé que les rétrécissements de date ancienne.

Mais on possède dans l'uréthromètre un instrument excellent pour constater d'aussi bonne heure que possible la diminution de la dilatabilité. C'est un cathéter droit du calibre 16 de la filière Charrière, portant à son extrémité un fuseau recouvert par une valvule en caoutchouc ; ce fuseau peut être ouvert par une vis jusqu'au n° 50 (Charrière) ; en même temps une aiguille marque sur un cadran, à l'extrémité extra-vésicale de l'instrument, l'ouverture du fuseau en numéros de l'échelle de Charrière. Si l'on explore avec l'uréthromètre un urètre normal, en allant d'arrière en avant, on trouve que sa dilatabilité diminue progressivement depuis le bulbe jusqu'à l'orifice. Si nous rencontrons en un point quelconque une diminution brusque

de la dilatabilité comprise entre deux points très dilatables, nous sommes en droit d'admettre qu'il y a en ce point une diminution pathologique de la dilatabilité résultant d'un défaut d'élasticité des parois. Ce défaut d'élasticité est dû précisément à des infiltrations chroniques circonscrites, profondes, pénétrant dans le corps caverneux, qui ne déterminent qu'une légère diminution de la dilatabilité, aussi longtemps qu'elles n'en sont qu'à la période de l'hyperplasie conjonctive inflammatoire; mais cette diminution augmente au fur et à mesure que l'infiltration se transforme en tissu cicatriciel. La constatation précoce de ces infiltrations, alors qu'elles se trouvent encore dans la première période et se prêtent mieux par conséquent au traitement, permet d'éviter le rétrécissement en guérissant l'infiltration, d'où l'importance de cette méthode d'exploration. L'urétrite antérieure chronique se divise aussi en deux variétés, l'une superficielle, de nature purement muqueuse, dans laquelle on ne constate avec l'uréthromètre aucune diminution de la dilatabilité; l'autre profonde, compliquée d'une affection sous-muqueuse, d'une caverne chronique circonscrite, dans laquelle l'uréthromètre révèle une diminution de la dilatabilité localisée en un ou plusieurs points de la partie caverneuse.

En partant des mêmes points de vue, nous avons aussi à distinguer dans l'*urétrite postérieure chronique* une forme *superficielle* et une forme *profonde*, suivant que l'urétrite est ou non compliquée de prostatite chronique. Cette dernière variété, l'urétrite postérieure chronique profonde, est caractérisée par un ensemble de symptômes qui lui est propre, que l'on ne rencontre pas dans les autres variétés d'urétrite chronique et que nous désignons sous le nom de *neurasthénie sexuelle*. Nous trouvons ici la spermatorrhée accompagnant la miction ou la défécation, la prostatorrhée, la douleur dans la partie postérieure de l'urètre au moment de l'éjaculation, les éjaculations précipitées, les érections insuffisantes pouvant aller jusqu'à l'impuissance complète, les pollutions fréquentes, les hyperesthésies et paresthésies les plus diverses dans la sphère sexuelle. Dans la sécrétion obtenue par pression de la prostate, l'examen microscopique montre souvent de nombreux corpuscules de pus. Par l'exploration endoscopique, on constate une augmentation notable du verumontanum, avec rougeur intense et ramollissement de la muqueuse.

L'infectiosité de l'urétrite chronique a donné lieu à de nombreuses discussions. Comme la possibilité de la contagion dépend, selon nous, de la présence des gonocoques, la question revient à

savoir comment les gonocoques se comportent dans l'urétrite chronique. De nombreuses recherches à ce sujet nous ont montré que la présence des gonocoques n'est pas constante dans les filaments blennorrhagiques; des examens faits plusieurs jours de suite ont donné tantôt des résultats positifs, tantôt des résultats négatifs. Il en résulte que l'urétrite chronique peut bien infecter mais n'infecte pas fatalement, ce qui concorde avec notre expérience. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que l'infection dépend de la transmission d'une sécrétion contenant des gonocoques. Si la sécrétion est peu abondante, la production de l'écoulement sera assez lente pour qu'une seule miction suffise à en débarrasser l'urètre pendant plusieurs heures et à empêcher ainsi l'infection.

Le *pronostic* de l'urétrite, tel qu'il résulte de la symptomatologie et de la marche de la maladie, n'est en aucune façon absolument favorable. Si l'urétrite aiguë guérit dans la grande majorité des cas sans laisser des suites quelconques, elle n'en est pas moins une maladie sérieuse, car il n'est pas rare qu'elle donne lieu à des complications graves telles que épидидymite, cystite, prostatite. Même en dehors de cette complication, le pronostic de l'urétrite aiguë n'est pas absolument favorable, parce que souvent des circonstances fâcheuses ne permettent pas d'empêcher le passage à la forme chronique. Le pronostic de l'urétrite chronique n'est pas non plus très favorable. C'est d'abord une maladie souvent très opiniâtre; ensuite ses complications et les symptômes concomitants, rétrécissement avec cystite et néphrite consécutives, prostatite chronique et inflammation des vésicules séminales, neurasthénie sexuelle, peuvent influer sur le bien-être et même sur la vie du malade.

## TRAITEMENT

### a. — Urétrite aiguë.

Le traitement de l'urétrite aiguë doit viser un triple but. Il faut s'efforcer d'abord d'écarter et d'éloigner toutes les causes qui peuvent altérer la marche du processus blennorrhagique, augmenter l'acuité de l'inflammation et provoquer ainsi des complications. Il est ensuite nécessaire de soumettre à un traitement spécial les symptômes particulièrement saillants, désagréables. Il importe enfin de chercher à abrèger la marche de la maladie. A ces trois indications répondent le

traitement hygiénique, le traitement symptomatique et le traitement local. Les deux premiers sont indiqués en tout temps. Il n'en est pas de même du traitement local. Celui-ci a pour but d'atténuer et d'abrèger le processus inflammatoire par l'application de toniques et d'astringents sur la muqueuse affectée. Mais l'expérience montre que leur action propre est toujours précédée d'une augmentation de l'inflammation. Quand le processus est encore en voie de progression, cette augmentation peut être très prononcée et rendre illusoire l'effet curatif proprement dit. Nous croyons en conséquence qu'il convient de s'abstenir d'un traitement local énergique pendant les deux ou trois premières semaines, aussi longtemps que le processus est encore en progression, et de se borner dans cette période au traitement hygiénique et symptomatique.

Le traitement hygiénique, qui a pour but d'écarter toutes les influences nocives, réclame d'abord le repos. On obtient rarement le repos au lit, mais on interdira tout mouvement forcé, les courses, l'équitation, la gymnastique, la danse, la chasse et naturellement tout excès vénérien. Le même traitement devra pourvoir aussi à l'établissement d'une diète convenable. Comme les boissons gazeuses sont nuisibles, on proscriera l'usage du champagne, de la bière, des eaux acidulées, telles que le soda, l'eau de Giesshübler, de Preblau, etc. Il faut supprimer également les boissons alcooliques, interdire l'usage du rhum, des liqueurs, des vins forts. Le mieux, en ce qui concerne les boissons, serait de ne permettre au malade que le lait et l'eau. Malheureusement les malades qui s'efforcent de dissimuler leur état sont rarement en situation de s'abstenir de boissons alcooliques sans se trahir. Or j'ai constaté que l'usage accidentel du vin, par exemple, par quelqu'un qui s'en est privé d'une manière absolue pendant quelque temps, est beaucoup plus nuisible à la blennorrhagie que l'usage continu d'une dose modérée du même liquide. Par suite je conseille toujours à mes malades de boire tous les jours, dès le commencement de la blennorrhagie, une petite quantité de vin rouge additionnée d'eau et de ne s'écarter de cette règle sous aucun prétexte. On évitera aussi tous les aliments âpres, épicés, dont les principes irritants passent dans l'urine. On veillera à l'obtention de selles régulières, quotidiennes. Il est bon de porter un suspensoir approprié.

Le traitement symptomatique est dirigé contre les accidents les plus douloureux et les plus désagréables de la blennorrhagie, contre la douleur qui accompagne la miction, contre la dysurie, les érections

et les pollutions. Comme l'urine irrite d'autant plus la muqueuse uréthrale qu'elle est plus concentrée, on conseillera des boissons aqueuses en quantité modérée pour la diluer; d'autre part on évitera de les donner en excès pour ne pas irriter la muqueuse par la fréquence de la miction. Comme boissons, outre l'eau ordinaire, on prescrira l'eau de chaux, la décoction de semences de lin, l'infusion d'herniaire. Si, comme dans l'urétrite postérieure aiguë, les douleurs sont plus fortes, la miction difficile ou impossible par suite des spasmes réflexes du compresseur uréthral, de grands bains ou des bains de siège chauds rendent souvent de bons services. On a recours aussi aux narcotiques, mais il faut rejeter l'opium qui donne lieu à de la constipation. Nous ordonnons de préférence des suppositoires.

Extrait de belladone . . . . .	0,15 cent.	Chlorhydrate de morph. . . . .	0,10 cent.
Beurre de cacao . . . . .	Q. s.	Beurre de cacao . . . . .	Q. s.
Pour 10 supposit. ; un matin et soir.		Pour 10 suppositoires.	

On combat également la rétention d'urine par des bains chauds prolongés, par la morphine en suppositoire ou en injection sous-cutanée; on n'a jamais recours au cathéter ou seulement dans les cas extrêmes. Contre les érections et pollutions on prescrit avec avantage les préparations bromurées, le camphre et le lupulin.

Monobromure de camphre . . . . .	4 gr.	Bromure de potass. . . . .	10 à 15 gr.
En 10 doses dans des capsules; 3 à 4 capsules chaque jour.		Lupulin . . . . .	0,5 à 1 gr. 5
		Camphre . . . . .	0,5 à 1 — 5
		Mélangez exactement et divisez en 10 doses. 1 à 2 le soir dans du pain azyme.	

Mais l'action de ces remèdes ne commence à se manifester qu'au bout de trois à quatre jours.

Le traitement local consiste à appliquer des solutions médicamenteuses directement sur la muqueuse uréthrale. On peut procéder de deux manières: ou bien introduire dans l'organisme par la voie stomacale des remèdes dont les éléments actifs traversent les reins, se mêlent à l'urine et arrivent au contact de la muqueuse uréthrale au moment de la miction; ou bien les introduire directement dans l'urèthre par l'orifice externe.

Pour le traitement interne de la blennorrhagie on emploie une série de résines et de baumes dont l'acide passe dans l'urine en général à l'état de combinaison sodique; tels sont le baume de copahu, l'huile de santal, la térébenthine, les cubèbes.

Les baumes sont représentés par le baume de copahu ; les baumes du Pérou et de tolu sont de mauvais succédanés, qu'il ne faut guère employer. En ce qui concerne l'indication de l'emploi du baume de copahu, j'ai dit plus haut que je me bornais pendant les deux premières semaines au traitement symptomatique et hygiénique, évitant volontiers la médication locale comme irritante et augmentant l'inflammation.

Le baume de copahu a aussi une action irritante, mais à un degré moindre que les injections. A la période aiguë il faut donc s'en abstenir. Mais si les symptômes inflammatoires de l'urétrite ne sont pas dès le début très aigus et violents, j'ai l'habitude de donner les balsamiques dès les quinze premiers jours, de débiter par ce mode de traitement local comme étant le plus doux, le moins irritant, et de ne le faire suivre par des injections que lorsque les phénomènes inflammatoires commencent à diminuer d'une manière sensible. Mais les baumes conviennent surtout dans le traitement de l'urétrite postérieure aiguë. Le traitement de l'urétrite postérieure par les injections avec la seringue ordinaire rencontre en général, comme je l'ai dit, de grandes difficultés. Une observation que les malades intelligents font d'eux-mêmes, c'est que les injections réussissent tant que le liquide injecté trouve place dans la partie caverneuse de l'urètre. Mais quand le liquide injecté dans l'urètre approche de la portion membraneuse et par conséquent du compresseur de l'urètre, il se produit l'un des deux phénomènes suivants : ou bien les malades ressentent une occlusion spasmodique de l'urètre, due à l'action réflexe du compresseur urétral, qui est d'autant plus énergique que les malades font plus d'effort pour la vaincre ; ou bien au moment où les premières gouttes de liquide arrivent vers le compresseur de l'urètre, tout le liquide contenu dans le canal est chassé à l'improviste par une secousse semblable à l'éjaculation. Dans les deux cas le résultat est le même : le liquide introduit dans l'urètre remplit sans difficulté le calibre de la portion caverneuse, mais le malade n'arrive pas à la pousser plus loin. Comme l'urine contenant le baume traverse tout l'urètre, ce mode de traitement a l'avantage incontestable de mettre le médicament en contact effectif avec tous les points malades de la partie musculuse et caverneuse, ce qui n'est possible avec les injections qu'à l'aide de certaines manipulations compliquées qui seront décrites plus loin. Dans l'urétrite postérieure très aiguë, les balsamiques peuvent aussi augmenter l'irritation, par conséquent on s'abstiendra de les employer dans ce cas. D'autre part je ne suis

pas arrivé jusqu'ici à constater qu'une urétrite puisse guérir entièrement par les balsamiques seuls. Enfin ceux-ci ont l'inconvénient d'irriter souvent les voies digestives d'une manière excessive, de provoquer une gastrite ou de la diarrhée ; il faut donc *a priori* s'abstenir de leur emploi quand on a affaire à des organes digestifs délicats. Dans d'autres cas les balsamiques déterminent des érythèmes, de l'urticaire ou un purpura balsamique qui met dans l'obligation de suspendre immédiatement le remède. Enfin il ne faut pas oublier que l'urine chargée des acides résineux des baumes, donne avec l'acide acétique un précipité blanc qui peut être facilement confondu avec de l'albumine, mais qui s'en distingue par sa solubilité dans un excès d'acide.

Quant au mode d'administration, celui qui est préférable pour faire tolérer le baume de copahu, c'est de le donner pur, à la dose de 10 à 15 gouttes, trois fois par jour, dans une hostie ou de préférence dans des capsules de gélatine.

Baume de copahu rectifié . . . . . 10 à 15 gouttes.  
Dans des capsules de gélatine ; 3 capsules chaque jour.

Comme il est mieux toléré par l'estomac plein, il convient de faire prendre les capsules immédiatement après les trois principaux repas. Les malades qui tolèrent bien le copahu peuvent prendre jusqu'à 5 et 6 capsules chaque jour. Autrefois on préférait administrer le baume de copahu sous forme de mixture.

Baume de copahu . . . . . 40 gr.  
Huile d'amandes douces . . . . . }  
Mucilage de gomme arabique . . . . . } à à Q. s.  
Sirop simple ou d'écorces d'oranges . . . . . }  
Pour faire une mixture huileuse de 300 grammes.

Deux à trois cuillerées à café chaque jour (si elle est bien supportée, arriver successivement à 6 cuillerées ; chaque cuillerée à café contient 10 gouttes de baume).

Baume de copahu rectifié . . . . . }  
Alcool pur . . . . . } à à 50 gr.  
Sirop de tolu . . . . . }  
Eau de menthe poivrée . . . . . 100 —  
Acide nitrique dilué . . . . . 10 —

Trois à six cuillerées à soupe chaque jour. Mixture dite de Chopart.

L'huile de santal, recommandée pour la première fois par Panas (1865), est préférable au baume de copahu contre la blennorrhagie. Elle a la même action et répond aux mêmes indications que le