

ainsi sur la muqueuse enflammée. Il va sans dire qu'il faut minutieusement veiller à la propreté et à l'aseptie des instruments, afin d'éviter l'infection de la vessie. Le procédé n'est pas à l'abri des critiques, mais il faut reconnaître qu'il y a une action efficace. Dans toutes les méthodes que nous venons d'exposer les séances ont lieu tous les deux ou trois jours.

Contre les *érections douloureuses*, le *bromure de potassium* (1-2 gr. à prendre le soir) a souvent un effet remarquable; d'autres fois, au contraire, il est tout-à-fait sans action. Les injections de *cocaïne* (2 p. c.) faites le soir, sont aussi un excellent moyen. Il faut encore recommander au malade de se couvrir le plus légèrement possible la nuit, d'éviter de boire abondamment le soir et lorsque l'érection se produit, de recourir aux applications froides sur la verge. Lorsqu'il y a *rétenion d'urine*, un bain chaud réussit souvent à provoquer l'évacuation de la vessie. Si ce moyen ne réussit pas, il faut sonder le malade, et, dans ce cas, toujours se servir d'une sonde molle de Nélaton; les sondes rigides sont mauvaises, leur introduction étant beaucoup plus douloureuse que celle des sondes molles. — Enfin, il faut expressément mettre les malades en garde contre le danger résultant du transport du virus blennorrhagique sur la *conjonctive* et leur faire prendre toutes les mesures de propreté nécessaires pour éviter cette grave complication. Il va de soi qu'il faut soigneusement entretenir la propreté de la verge par des bains locaux, répétés chaque jour; pour éviter de tacher leur linge, les malades dont le prépuce recouvre le gland, introduiront dans l'orifice préputial un tampon d'ouate, qu'ils renouvelleront après chaque miction; quand ils ont le gland découvert, ils emploieront un linge, fixé au suspensoir comme un tablier et qu'ils changeront chaque jour. En général, il faut faire ces recommandations sans négliger le moindre détail, même chez les malades les plus intelligents. Après la guérison, le médecin prévendra le malade du danger qu'il court en reprenant trop tôt les rapports sexuels: l'expérience démontre qu'immédiatement après une chaude-pisse, il existe une très grande prédisposition aux récidives.

En ce qui concerne la *prophylaxie* de l'affection, rappelons que la garantie fournie par la visite médicale des prostituées est illusoire, car il n'est que trop facile de méconnaître chez la femme une blennorrhagie chronique, qui n'en est pas moins contagieuse. Le vœu exprimé par Neisser, de voir pratiquer chez les prostituées

au moins une fois par mois la recherche du gonocoque, n'a malheureusement été réalisé qu'à Breslau. Ce serait cependant une mesure réellement utile dans la lutte contre la propagation des affections gonorrhéiques. Le *condom*, au contraire, constitue une garantie, pourvu qu'il soit bien imperméable.

CHAPITRE III

L'URÉTHRITE BLENNORRHAGIQUE CHRONIQUE

Il est difficile de préciser où finit la chaude-pisse aiguë, où commence la **chaude-pisse chronique** (*Nachtripper*, *Blennorrhée*, *goutte militaire*, *gleet*), les symptômes de cette dernière correspondant tout-à-fait aux symptômes du déclin de la chaude-pisse aiguë; on peut cependant affirmer avec certitude qu'une chaude-pisse qui dure depuis plus de trois mois est une chaude-pisse chronique. Il est souvent impossible de déterminer la cause qui fait que telle chaude-pisse aiguë passe à l'état chronique; d'une manière générale, tout ce qu'on peut dire, c'est que les récidives présentent de la tendance à la chronicité; il en est de même des chaudes-pisses traitées sans le soin nécessaire ou soumises à un traitement irrationnel. Peut-être divers états constitutionnels ont-ils aussi une certaine influence sur le développement de la chaude-pisse chronique. De même que la scrofule, par exemple, favorise le développement de catarrhes sur d'autres muqueuses, de même certains états analogues rendent compte de la chronicité de quelques écoulements uréthraux.

Les **symptômes** ressemblent absolument, comme nous l'avons dit plus haut, aux symptômes de déclin de la chaude-pisse aiguë. Mais il faut distinguer entre l'urétrite chronique antérieure et l'urétrite chronique postérieure. Dans la première il persiste un léger écoulement muco-purulent, dont l'aspect et l'abondance varient considérablement d'un moment à l'autre. Parfois cette sécrétion est tellement minime qu'on ne peut, à vrai dire, parler d'écoulement; tout au plus peut-on, en comprimant le canal, faire sourdre du méat une gouttelette de liquide qui

représente la sécrétion accumulée pendant la nuit; d'autre fois, le malade constate le matin que les lèvres du méat sont agglutinées par la sécrétion desséchée. Mais l'écoulement peut s'exagérer, surtout après un excès ou après une injection trop concentrée. Quant au degré de purulence de l'exsudat, il subit à peu près les mêmes fluctuations. Ordinairement les *gonocoques* sont beaucoup moins abondants que dans le stade aigu. Souvent il est nécessaire d'examiner un grand nombre de préparations avant de réussir à en découvrir; c'est pendant les poussées aiguës de l'urétrite chronique qu'ils sont les plus abondants. Si la partie postérieure du canal est seule malade, l'écoulement de la sécrétion morbide ne se fait pas spontanément; mais on peut l'amener à l'orifice du canal en pressant celui-ci d'arrière en avant: c'est toutefois par l'examen de l'urine qu'on arrivera le mieux à constater qu'il existe une sécrétion anormale.

Si l'on examine l'urine au cours d'une gonorrhée chronique, pendant une période d'exacerbation, on trouve comme dans l'urétrite aiguë que le premier jet est trouble (urétrite chronique antérieure), parfois aussi que le dernier jet l'est aussi, mais à un moindre degré (urétrite chronique postérieure). Si au moment de l'examen, il n'y a pas d'irritation du canal, l'urine est claire, mais contient nombre de filaments (Tripperfaden, Urethral faden, FURBRINGER), qui proviennent de petits foyers inflammatoires, circonscrits, siégeant sur la muqueuse du canal. Les filaments sont de deux espèces; la première formée de mucus avec très peu de globules blancs et quelques cellules épithéliales; ces filaments sont assez longs (1 à 2 cm.) et ont une apparence gélatineuse dès qu'on les retire de l'urine, la seconde qui contient plus de globules blancs et dont les filaments sont courts, opaques, d'une teinte jaunâtre et d'une friabilité plus grande que dans la première variété. On peut souvent, dans les filaments urinaires, démontrer la présence des gonocoques. Les filaments se rencontrent toujours dans le premier jet d'urine qui les entraîne au passage. Pour déterminer s'ils proviennent de l'urèthre antérieur ou de l'urèthre postérieur, il faut procéder tout d'abord au lavage de l'urèthre antérieur un moyen d'une mince sonde de Nélaton; si après cette petite manœuvre, l'urine contient encore des filaments, c'est qu'ils proviennent de la partie postérieure du canal.

Quand la portion prostatique de l'urèthre est malade et qu'on fait l'épreuve des deux verres, le second contient aussi des courts

filaments en forme de virgule qui proviennent du conduit excréteur des glandules prostatiques dont ils sont expulsés à la fin de la miction par les contractions musculaires (FINGER).

Quand l'urétrite touche à la guérison, les filaments sont de moins en moins riches en globules blancs pour ne presque plus contenir, à la fin, que des cellules épithéliales. Si, à ce moment la recherche du gonocoque donne des résultats négatifs, on peut dire la chaude-pisse guérie. Disons tout de suite que nous ne pouvons rien pour prévenir la formation de ces filaments; dans quelques cas, ils disparaissent d'eux-mêmes au bout d'un certain temps.

Les *symptômes subjectifs* sont très peu marqués dans la chaude-pisse chronique; parfois même ils manquent tout-à-fait. Les malades se plaignent souvent d'une légère cuisson ou de chatouillements pendant la miction, de pesanteur au niveau du périnée; c'est seulement pendant les exacerbations que les douleurs augmentent. Dans l'urétrite chronique postérieure la douleur est souvent plus accentuée. Les malades se plaignent de sensations pénibles ou même de douleurs lancinantes au niveau du périnée, surtout lorsqu'ils s'assoient ou pendant la défécation ou le coït. Il n'est pas rare de constater certains symptômes particuliers du côté du système nerveux, douleurs au sacrum, faiblesse des membres inférieurs, sensation de froid à la peau, en somme, les signes de la *neurasthénie* ou de l'*irritation spinale*. — Tandis qu'on voit certains malades, — comme le dit si bien FURBRINGER — supporter leur infirmité « avec une insouciance et une indifférence inconcevables », chez d'autres, au contraire, la même affection détermine « une profonde altération du caractère et un découragement complet »; chez eux, cette goutte, apparaissant toujours, tous les matins, sans répit, suffit à anéantir tout bien-être corporel et moral, leur enlève tout repos, paralyse leur énergie et finit par leur donner un profond dégoût de l'existence.

L'évolution de la chaude-pisse chronique est très uniforme: abstraction faite des variations d'intensité, le tableau morbide ne subit guère de changements; la chaude-pisse chronique est, à cet égard, une maladie d'une interminable monotonie. Les *complications* sont beaucoup moins fréquentes que dans l'urétrite aiguë; cependant il se développe parfois un catarrhe vésical ou une épididymite, surtout après une intervention thérapeutique imprudente. Nous parlerons plus loin d'une des complications les plus

graves de la gonorrhée chronique, le *rétrécissement de l'urèthre*. — La *durée* se calcule toujours en mois, souvent en années.

Le **pronostic** est, au point de vue de la guérison, beaucoup plus sérieux que pour l'urétrite aiguë; il n'est pas très rare de voir, après un traitement des plus soigneux, prolongé pendant des mois, le malade en être absolument au même point qu'au commencement; en tous cas, il est prudent de ne pas se laisser entraîner à fixer un terme précis pour la guérison.

Mais, même sans cela, le pronostic est plus sérieux que dans la chaude-pisse aiguë, la chaude-pisse chronique donnant plus souvent lieu au rétrécissement du canal, complication qui peut, dans certains cas, constituer un danger direct pour la vie du malade. En tout état de cause, il faut considérer l'urétrite chronique comme une affection grave, qui ne mérite ni l'indifférence que souvent les malades apportent à la traiter, ni le peu d'intérêt (parfois bien explicable, il est vrai), qu'y attache le médecin. Une autre question très importante (surtout lorsqu'il s'agit d'un projet de mariage) est celle qui se rattache à *l'infectiosité de la chaude-pisse chronique*. Il faut, en pareil cas, procéder tout d'abord à un examen minutieux de l'écoulement ou des filaments afin d'y rechercher la présence des gonocoques, sans oublier qu'en l'occurrence, un résultat négatif est loin d'avoir la valeur d'une constatation positive. La présence de globules blancs en grande quantité doit imposer une extrême réserve, même si la recherche du gonocoque n'a donné aucun résultat. En tout cas, il faut être excessivement prudent avant de se prononcer, la blennorrhagie étant pour la femme une maladie beaucoup plus grave que pour l'homme et pouvant chez elle avoir les suites les plus sérieuses, voire même la mort, par suite de maladies de l'utérus et des annexes.

Le **diagnostic** du siège du mal se base sur l'aspect de l'urine. On peut aussi se servir de la sonde à boule : dès que la partie renflée passe sur la portion malade de la muqueuse, il se produit une vive douleur qui permet de localiser le siège du mal.

Le cathétérisme au moyen d'une sonde à grosse boule est indiqué afin de savoir s'il existe un rétrécissement (il faut s'en abstenir dès qu'il existe une complication quelconque, cystite, épidydimite). — S'il existe un rétrécissement, il faut le dilater si l'on veut guérir la blennorrhagie. — Quant à l'examen endoscopique, il faut une très grande habitude pour en obtenir des données certaines.

Traitement. — Instituer un traitement convenable de la blennorrhagie chronique est un des problèmes les plus difficiles qui puissent se poser au médecin; il n'est pas très rare de voir, malgré la meilleure volonté de part et d'autre, le traitement rester sans effet, et parfois, à la grande confusion du médecin, l'écoulement cesse et tout symptôme disparaît définitivement, aussitôt que le malade abandonne le traitement qu'il suit depuis des mois. Aussi les individus atteints d'urétrite appartiennent-ils à la catégorie des malades qui changent le plus souvent de médecin et qui, par conséquent, modifient continuellement leur méthode de traitement, ce qui n'est pas fait pour activer leur guérison.

En raison de la longue durée du mal et du peu d'intensité des symptômes douloureux, il n'est pas possible de prescrire de rigoureuses *précautions diététiques et hygiéniques*, comme on le fait dans la chaude-pisse aiguë. Du reste, l'action favorable que le repos absolu et une diète sévère exerceraient sur la chaude-pisse chronique, est très problématique. Il est cependant tout naturel de conseiller au malade d'éviter les exercices corporels trop violents et de se garder de toute autre espèce d'excès; il faut surtout défendre absolument le coït; la bonne bière prise en quantité modérée ne peut faire de tort; il est cependant bon de recommander une certaine régularité; il ne faut pas, par exemple, que le malade passe plusieurs jours sans boire de bière pour en prendre en une fois une quantité considérable. Quant aux rapports sexuels, il faut si possible s'en abstenir complètement. Il est toujours bon de faire porter un *suspensoir*.

Le *traitement local* de la chaude-pisse chronique antérieure doit, comme dans le stade aigu, débiter par des *injections*.

Pour faire ces injections, on suit les mêmes règles que pour la chaude-pisse aiguë; on emploie surtout les *acétates* (Acét. Zinc, Acét. Plumb.; ou Sulf. Zinc et Acét. Pb, ana) en prescrivant, suivant les circonstances à des doses un peu plus fortes que dans le traitement de l'urétrite aiguë. Le *sous-nitrate de bismuth* en suspension a aussi des effets favorables.

Quand l'urèthre postérieur est atteint, il faut employer les moyens qui permettent de mettre le remède en contact direct avec la partie malade: outre les méthodes dont nous avons parlé à propos de l'urétrite aiguë, on a recommandé les attouchements au moyen de nitrate d'argent en solution ou en

crayon, en s'aidant de l'uréthroscope; on a aussi préconisé des sondes avec embout en forme de cône dont l'ouverture est dirigée d'avant en arrière, on s'est enfin servi d'un cathéter ordinaire avec syphon permettant de faire le lavage de l'urèthre postérieur. On arrive très facilement à mettre la solution en contact avec la partie de l'urèthre que l'on veut atteindre, en adaptant une sonde de Nélaton à une seringue à injection munie d'un bout allongé. On introduit le cathéter jusque dans la vessie, puis, tout en retirant graduellement la sonde, on pousse lentement l'injection. On emploie de préférence une solution de nitrate d'argent ($1/3$ à 2 p. 100). Les deux méthodes que nous allons décrire sont aussi très pratiques. La première d'entre elles consiste dans l'introduction de *bâtonnets médicamenteux* (p. ex. Arg. Nitr. 0.03, Butyr. Cacao 3.0 f. bac. long. 3 — 4 cm); on se sert pour les introduire soit de l'uréthroscope, soit du « Tripperpistole » (SENFTLEBEN) ou de tout autre porte-remède construit à cet effet (MICHELSON). Le « Tripperpistole » est formé d'une sonde en celluloïde, munie d'un mandrin et dont l'extrémité antérieure est coupée. Dans la composition de ces bâtonnets on peut faire entrer différents remèdes, tels que l'iodoforme ou l'oxyde de mercure, mais c'est au nitrate d'argent qu'il faut surtout avoir recours. La seconde méthode réside dans l'introduction de bougies, enduites d'une pommade médicamenteuse. Le principal inconvénient de cette méthode, c'est que la pommade reste adhérent aux parties antérieures du canal; mais UNNA l'a évité d'une façon heureuse en se servant d'une masse de consistance solide à la température ordinaire. Cette pommade (Arg. Nitr. 1.0; Bals. peruv. 2.0; But. Cacao 100; Cere 2.0 — 5.0) est fondue au bain-marie dans un récipient assez long; on plonge les bougies dans cette masse en fusion et on les suspend librement à l'air. Par le refroidissement elles se recouvrent d'une couche régulière, consistante; si on introduit rapidement la sonde, l'onguent arrive, en partie du moins, jusqu'à l'urèthre postérieur. Unna se sert de sondes métalliques; nous avons employé sa méthode en nous servant de sondes à boules qui nous paraissent d'un usage plus commode; de plus nous avons supprimé le baume du Pérou de la formule de l'onguent, ce qui en rend la conservation plus facile. Les deux traitements, l'introduction des bâtonnets ainsi que celle de sondes ou de bougies enduites d'onguent, se pratiquent en laissant

entre chaque séance un intervalle d'au moins trois ou quatre jours; car après chaque introduction il se produit pendant un ou deux jours des symptômes d'irritation du canal et d'ordinaire l'écoulement augmente. Dans une série de cas, on obtient la guérison après six ou douze séances, parfois même plus; il faut quelquefois terminer ce traitement en reprenant les injections.

Une méthode plus simple et, paraît-il, plus active, est celle préconisée en premier lieu par TOMMASOLI: elle consiste dans l'injection d'une pommade de lanoline au nitrate d'argent (Arg. nitr. 0.2 — 0.4, Lanolin. pur. 20.0). On emploie soit une seringue avec cathéter, fabriquée spécialement dans ce but, soit le « tripperpistole » décrit plus haut; mais pour ce traitement, ce dernier instrument doit porter un mandrin métallique, muni à son extrémité supérieure d'un petit tampon bien adapté. On enlève le mandrin et au moyen d'une seringue de Pravaz, on remplit la sonde. On adapte alors le tampon et on introduit l'instrument. Alors on pousse le tampon ou bien on retire la sonde en maintenant le tampon immobile, de manière à pouvoir mettre la pommade en contact avec n'importe quelle partie de l'urèthre. Ordinairement ce traitement ne donne lieu à aucune réaction, de telle sorte que l'on peut répéter les séances tous les deux ou trois jours. Les grands avantages de cette méthode résultent du fait que la lanoline adhère étroitement à la muqueuse humide et que ce contact dure plus longtemps, les dernières parties de l'onguent n'étant entraînées par l'urine qu'au moins un ou deux jours après l'introduction.

Citons pour finir un dernier traitement, qui souvent donne d'excellents résultats: c'est la simple introduction, répétée chaque jour, de grosses sondes métalliques ou de bougies élastiques, à la condition qu'elles soient assez résistantes (n° 20-22 Charrière). C'est la pression exercée sur la muqueuse qui fait toute l'efficacité du traitement; aussi faut-il laisser la sonde dans le canal pendant au moins 10-15 minutes à chaque séance. Naturellement, dans tous les cas où il existe un rétrécissement, le cathétérisme régulier du canal constitue l'indication du traitement; on y associe très efficacement les injections. Quand on pratique le cathétérisme, il ne faut pas se servir pour les injections de substances insolubles (Zinc. sulf. avec Plumb. acet; Subnitr. Bismuth.)

Quant au traitement interne de l'urétrite chronique, il ne faut en attendre aucun résultat, sauf pendant les poussées aiguës.

CHAPITRE IV

L'INFLAMMATION DU TISSU PÉRIURÉTHRAL

ET DES CORPS CAVERNEUX

Si les modifications inflammatoires de la muqueuse urétrale envahissent le tissu sous-muqueux, si elles gagnent les parties plus profondes, c'est-à-dire la portion spongieuse de l'urètre (et les conduits glandulaires sont une voie toute tracée à cet envahissement), elles déterminent la formation d'**infiltrations périurétrales** et, par fonte purulente de celles-ci, d'**abcès périurétraux**. Ces infiltrations et ces abcès peuvent gagner aussi les corps caverneux du pénis.

Le processus se traduit dans sa forme la plus bénigne par de petits nodules de la grosseur d'un pois qui sont dus à l'inflammation des *glandes de Tyson* et de leur tissu périglandulaire. Ces nodules siègent dans le sillon balano-préputial, tout près du frein, ordinairement d'un seul côté, rarement de deux côtés à la fois. Le petit abcès qui se forme au centre de ces nodules s'ouvre presque toujours à l'extérieur, souvent par le conduit excréteur de la glande (1), et la guérison n'a lieu qu'après incision de ce conduit. Il arrive aussi que l'inflammation se propage aux follicules qui siègent sur le trajet de l'urètre; elle se traduit alors par de petites nodosités grosses comme un pois, faciles à percevoir sous la peau. — L'étude de cette complication a été très bien faite dans les travaux récents de TOUTON et de JADASSOHN. Il a été démontré que ces conduits glandulaires existent aussi entre les deux feuillets du prépuce et que les vraies glandes para-urétrales peuvent avoir leur ouverture non seulement aux endroits cités

(1) D'après les recherches de FINGER, ce ne serait pas une glande, mais plutôt une crypte.

plus haut mais même à la peau du pénis près du raphé ou sur le gland. En tous cas, lorsqu'il y a inflammation gonorrhéique, on sent soit une nodosité, soit un cordon induré, dont le pus s'échappe lorsqu'on les presse, par l'ouverture normale de la glande. Cette manœuvre fait parfois disparaître tout à fait la nodosité. — Ces inflammations gonorrhéiques des conduits glandulaires *préputiaux* ou *para-urétraux* ont une certaine importance en raison de leur infectiosité, d'autant qu'elles sont très difficiles à guérir. Le pus qu'elles secrètent contient toujours des gonocoques. Il faut encore penser à la possibilité des autoréinfections dont le point de départ serait dans ces glandes; il peut même arriver que ce soit elles qui s'infectent primitivement, avant l'urètre lui-même, qui ne s'entreprendrait que plus tard, par inoculation de ce pus infectieux. Il est possible que plusieurs cas à incubation anormalement prolongée, soient explicables de cette manière. — Le traitement consiste, suivant les cas, à *exciser* le conduit tout entier, ou le *cautériser* soit aux moyen de galvanocautére ou du thermocautére, soit à en faire l'*électrolyse*.

Les *infiltrations périurétrales* proprement dites peuvent s'observer sur toute la longueur de l'urètre, jusqu'à la prostate: bien que leur siège de prédilection soit le corps spongieux, on les rencontre aussi dans les corps caverneux. Ce sont des nodosités dures, douloureuses, pouvant atteindre la grosseur d'une prune. Comme le tissu spongieux dans lequel elles siègent ne peut plus se remplir suffisamment de sang, on voit le pénis pendant l'érection, se dévier et s'incurver du côté malade, tantôt en bas, tantôt à gauche ou à droite (*chaude-pisse cordée*). Cette tension excessive dans un tissu malade rend les érections excessivement douloureuses. Si l'infiltration siège au niveau du bulbe ou de la portion membraneuse, on constate une tuméfaction douloureuse au niveau du périnée.

Les infiltrations de faible volume peuvent se résorber complètement et guérir jusqu'à *restitutio ad integrum*; ou bien elles détruisent certaines parties du tissu érectile; cette perte de substance ne détermine qu'une déviation insignifiante du pénis pendant l'érection. Il n'en est pas de même des infiltrations plus volumineuses; celle-ci passent presque toujours à la suppuration et aboutissent à la formation d'*abcès périurétraux*. L'abcès s'ouvre, soit vers l'intérieur, dans la lumière du canal, soit vers l'extérieur, à la peau, parfois même il se fait jour des deux côtés