

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

à la fois et donne lieu à une *fistule urétrale*. Après la guérison, il persiste toujours, dans le tissu caverneux, une induration plus ou moins étendue. De là une incurvation correspondante du pénis pendant l'érection, parfois assez forte pour rendre impossible les rapports sexuels. — On a démontré, dans le pus de ces abcès, la présence de *gonocoques*.

Pronostic. — Les infiltrations périurétrales, surtout lorsqu'elles atteignent de grandes dimensions, constituent toujours une complication très sérieuse de la blennorrhagie et réclament un traitement des plus attentifs. Si l'abcès vient à s'ouvrir dans l'urèthre, surtout sans se créer d'orifice à la peau, il peut se produire dans ses tissus une infiltration urineuse avec toutes ses conséquences : gangrène putride et parfois mort par septicémie. Même après guérison complète, il persiste parfois, comme nous l'avons dit plus haut, des troubles fonctionnels des plus pénibles.

Traitement. — Quand l'infiltration est peu volumineuse, les *applications froides* sont indiquées (enveloppements à l'eau de Goulard, glace); mais quand elle est plus vaste, il faut recourir de préférence aux *enveloppements chauds* dès le début; la formation de pus étant inévitable, il faut par ce moyen chercher à l'accélérer. Aussitôt qu'on perçoit de la fluctuation, on ouvre au plus vite, pour créer au pus une voie vers l'extérieur, et pour éviter ainsi la terminaison la plus fâcheuse, c'est-à-dire l'ouverture de l'abcès dans l'urèthre. — Il va sans dire que le repos le plus strict est de rigueur et qu'il faut toujours abandonner les injections.

CHAPITRE V

L'INFLAMMATION DES GANGLIONS LYMPHATIQUES

Nous avons déjà signalé la lymphangite des vaisseaux du pénis qui vient assez souvent compliquer la blennorrhagie. Il est plus rare que l'inflammation arrive jusqu'aux ganglions voisins, ceux de l'aîne; en général cette adénite ne passe que rarement à la suppuration (*bubon blennorrhagique*). Ces bubons se distinguent

des bubons chancreux par leur évolution beaucoup plus lente, par leur indolence relative. Ils se présentent souvent sous forme d'infiltration étendue, allongée, partant de la symphise et allant jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure; cette infiltration englobe la masse des ganglions inguinaux; il est impossible d'isoler ceux-ci par la palpation (*bubon strumeux*). Malgré ces différences, les symptômes et l'évolution de ces bubons ont tant d'analogie avec ceux du bubon chancreux, que nous pouvons nous dispenser d'en parler plus longuement; nous renvoyons au chapitre qui traite de cette complication du chancre mou, dans lequel on trouvera aussi le traitement que réclame cette adénite.

CHAPITRE VI

L'INFLAMMATION DE LA MUQUEUSE VÉSICALE

CYSTITE BLENNORRHAGIQUE

Le **catarrhe vésical** (*Cystite*) est une des complications les plus fréquentes de la chaude-pisse; bien qu'il éclate parfois dès le début de l'urétrite, c'est dans la période aiguë qu'il apparaît le plus souvent; on l'a aussi vu naître au cours d'une urétrite chronique, longtemps après l'affection. Dans la majorité des cas la maladie se localise au col ou au bas-fond (*cystite du col* des auteurs français); parfois, mais rarement, la muqueuse entière est prise. La pathogénie de cette complication s'explique par la progression du processus inflammatoire spécifique de l'urèthre vers les parties plus profondes de l'appareil urinaire. Il est souvent impossible d'assigner une cause à cet envahissement; parfois aussi il survient à la suite d'une injection forcée ou de l'introduction d'une sonde jusqu'à l'urèthre postérieur ou la vessie.

Il est probable que c'est rarement le gonocoque qui provoque la cystite et qu'il faut l'expliquer dans la majorité des cas par l'action d'autres microbes, de diverses espèces vraisemblablement.

Parmi les *symptômes* de la **cystite aiguë**, citons d'abord la *douleur*; celle-ci, qui n'est pas constante, se fait sentir par intervalles sous forme de crampes localisées dans la région hypogastrique, derrière la symphyse; ces douleurs s'irradient vers les parties profondes du rectum et surtout dans toute la longueur de l'urètre. Elles s'exaspèrent pendant la miction; c'est surtout vers la fin de celle-ci qu'elles arrivent à leur maximum et ce symptôme est d'autant plus pénible qu'il s'accompagne d'un *ténésme vésical* plus ou moins accentué. Dans les cas plus graves, ce ténésme est presque continu; à peine les malades ont-ils, au prix des plus vives souffrances, expulsé quelques gouttes d'urine et croient avoir gagné quelques instants de répit, que de nouveau le besoin d'uriner les tourmente (*strangurie*). Aux douleurs de la cystite viennent encore s'ajouter celles que détermine le passage de l'urine sur la muqueuse uréthrale enflammée; les malades se trouvent dans une alternative réellement pénible; s'ils urinent, leurs souffrances sont des plus vives; cherchent-ils à se retenir, le besoin d'uriner les tourmente et devient de plus en plus impérieux.

Dans d'autres cas, le ténésme est moins intense; les malades doivent seulement uriner toutes les demi-heures ou toutes les heures, en petite quantité naturellement. D'habitude, il y a un peu d'*incontinence*; à peine le besoin se fait-il sentir, que de suite, il faut y satisfaire; si l'occasion ne se présente pas assez vite, le malade ne peut plus se retenir et laisse écouler l'urine dans ses vêtements. On observe parfois aussi de la *réten tion d'urine, de l'ischurie*; les malades urinent souvent, il est vrai, mais toujours de petites quantités à la fois: aussitôt que la miction a commencé il se produit une crampe du sphincter et la vessie se remplit de plus en plus. Cette complication fait au médecin un devoir de s'assurer, dans chaque cas de cystite aiguë, de l'*état de réplétion de la vessie*, en percutant le ventre; cette précaution est d'autant plus indispensable, qu'en présence du grand nombre de mictions, insuffisantes en réalité, on peut facilement méconnaître la rétention d'urine.

Les *caractères de l'urine* ont une très grande importance. Tout au début, elle n'est que légèrement troublée: mais bientôt elle subit de profondes modifications: examinée immédiatement après son émission, elle est tout-à-fait opaque, jaunâtre; quand elle contient une certaine quantité de sang, elle prend une colo-

ration jaune-brunâtre; par le repos elle laisse déposer un *sédiment* cailleboté, souvent très abondant et qui couvre d'une couche épaisse les parois du vase. Ce sédiment est principalement formé de globules de pus; on y rencontre aussi des cellules épithéliales de la vessie, en moins grand nombre, et des globules rouges; ces derniers s'y trouvent en quantité très variable, mais il est rare qu'ils fassent complètement défaut. Ce sang provient de la muqueuse vésicale hyperémiée dont les capillaires sont mis à nu par la desquamation des couches superficielles de l'épithélium; ce sont surtout les contractions spasmodiques de la vessie à la fin de la miction, qui provoquent ces hémorragies. Ce fait explique pourquoi, pendant le stade aigu du catarrhe vésical, les malades émettent à la fin de chaque miction quelques gouttes de sang paraissant pur; l'hémorragie peut parfois être plus forte, ce qui ne laisse pas que d'effrayer considérablement le malade. Quand il existe de la rétention, il arrive que le peu de liquide spontanément émis soit du pus presque pur. L'urine a sédimenté dans la vessie et c'est le sédiment purulent du bas-fond qui est expulsé. L'urine filtrée contient presque toujours de l'*albumine*, généralement en assez faible quantité; mais, même sans qu'il y ait hémorragie vésicale abondante, la quantité peut en être très élevée. Enfin l'urine subit très facilement la fermentation ammoniacale; souvent même celle-ci commence très peu de temps après l'émission.

Les cystites graves s'accompagnent toujours d'*hyperthermie*. Cette fièvre, les souffrances dues au ténésme, les douleurs violentes, l'insomnie, expliquent suffisamment l'aspect alarmant que présentent les malades atteints de cette affection.

Marche de la maladie. — Les symptômes que nous avons décrits plus haut ne conservent pas longtemps leur acuité chez les malades soumis à un traitement convenable. Après quelques jours déjà, tout au plus après une ou deux semaines, les douleurs cessent, le ténésme diminue, l'urine s'éclaircit; à ce moment les hémorragies ont en général déjà cessé; le sédiment devient beaucoup moins abondant et paraît moins compact. Quand l'évolution du cas est favorable, ces symptômes disparaissent aussi au cours des semaines suivantes et la guérison est complète; cependant on voit parfois persister pendant longtemps encore, sans que le malade accuse aucun symptôme subjectif, un très faible trouble de l'urine qui, par le repos, laisse

déposer un sédiment nuageux ; c'est le degré le plus léger de la cystite chronique.

Le **Pronostic** de la cystite aiguë est, en somme, favorable ; en général, on parvient au bout d'un temps relativement court, à faire disparaître les symptômes les plus pénibles et à amener assez rapidement la guérison complète. Remarquons cependant que souvent il persiste, pendant un certain temps, une *tendance marquée aux récidives* ; la moindre cause nocive, un refroidissement, un excès de boisson, etc., sont les causes ordinaires de la rechûte.

Le **Diagnostic** est facile ; les symptômes subjectifs, l'aspect des urines permettent difficilement de se tromper. Il faut seulement noter que, dans l'urétrite postérieure intense, lorsque la portion prostatique est atteinte, il existe parfois du ténesme et que l'urine peut même contenir du sang. Le diagnostic se fait alors par l'épreuve des deux verres. Dans l'urétrite postérieure aiguë, l'urine du 2^e verre, si le malade n'a pas uriné depuis longtemps, est trouble, mais si l'on demande au malade d'uriner à courts intervalles, elle reste claire. Au contraire dans la cystite elle est toujours trouble, car le pus est produit dans la vessie même ; de plus, les urines sont beaucoup plus troubles que dans l'urétrite postérieure ; le contenu des deux verres est à peu près identique, tandis que dans l'urétrite postérieure l'urine du premier verre est toujours beaucoup plus opaque que celle du second.

Traitement. — Une recommandation essentielle est d'ordonner le repos absolu et, au stade aigu, de toujours exiger le repos au lit. Le régime à suivre est le même que dans l'urétrite aiguë ; comme boisson on donnera la préférence au lait. Il faut, en outre, veiller avec soin à la régularité des selles. Les malades, auront à se garder très soigneusement des refroidissements qui entraînent souvent une aggravation et peuvent, après la guérison, provoquer un rechûte. Pour cela on recommandera de porter une large ceinture de flanelle. Il faut toujours aux premiers symptômes de la cystite aiguë, suspendre immédiatement les injections uréthrales. — Les agents thérapeutiques dirigés contre la cystite agissent de deux façons différentes : *indirectement*, lorsqu'on les administre à l'intérieur : ils s'éliminent alors par les reins et se mélangent à l'urine ; *directement*, quand on exerce une action locale sur la muqueuse malade en introduisant le médicament jusque dans la vessie à l'aide d'une sonde.

Parmi les médicaments à action indirecte, signalons d'abord l'*acide salicylique* ; on l'administre de préférence sous forme de salicylate de soude, à la dose de 4-5 grammes par jour ; il amène, dans beaucoup de cas, une amélioration rapide, surtout des symptômes subjectifs. Le *salol* à la dose de 3-8 grammes par jour produit le même effet. Vient ensuite le *chlorate de potasse*, administré en solution à la dose de 3 à 5 grammes par jour ; de récentes observations ont cependant montré qu'il fallait être très prudent dans l'emploi de ce médicament ; on peut se servir avec avantage du *thé de raisin d'ours* (*folia uvæ ursi*), préconisé depuis si longtemps ; pour le préparer, on fait infuser trois cuillerées à soupe de feuilles dans trois grandes tasses d'eau bouillante, à prendre pendant la journée. Enfin, les *balsamiques*, dont nous avons signalé l'emploi dans le traitement de la blennorrhagie, ont aussi une action favorable sur la cystite.

Dès que les symptômes graves ont disparu et que les hémorragies ont cessé (c'est-à-dire, vers la fin de la première semaine ou vers le commencement de la deuxième) on a recours au *traitement local* ; dans la majorité des cas celui-ci réussit à amener très rapidement la guérison ou à provoquer tout au moins une amélioration très notable. L'agent le plus actif est le *nitrate d'argent en solution faible* ; on l'introduit dans la vessie à l'aide d'un simple syphon et on le laisse ensuite s'écouler au dehors. Pour construire l'appareil, on réunit, au moyen d'un petit tube en verre servant de raccordement, une sonde de Nélaton de moyen calibre à un tube de caoutchouc mince, de la longueur d'un mètre environ ; on adapte à l'extrémité libre du tube un petit entonnoir de verre. Le tube de caoutchouc est muni d'une bonne pince à pression. L'appareil étant monté, on verse dans l'entonnoir un peu de la solution médicamenteuse préalablement chauffée et l'on ouvre la pince à pression jusqu'à ce que tout l'appareil soit rempli de liquide. On fait coucher le patient et on introduit jusque dans la vessie le cathéter soigneusement huilé ; puis on verse dans l'entonnoir le restant de la solution — environ 100 grammes à chaque séance — ; on élève alors l'entonnoir, on ouvre la pince à pression jusqu'à ce que le médicament atteigne la partie inférieure de l'entonnoir. On ferme ensuite la pince et on laisse le médicament dans la vessie pendant une ou plusieurs minutes. Puis on abaisse l'entonnoir

et on le place dans un bassin reposant sur le sol; on ouvre la clef, l'appareil forme syphon et on voit s'écouler de la vessie un liquide trouble, de coloration blanc-jaunâtre, par suite de la précipitation de chlorure d'argent. Pour faire ce lavage, il faut que la vessie soit vide ou à peu près. Il arrive souvent que des grumeaux ou des caillots viennent boucher la sonde et empêchent la vessie de se vider tout-à-fait; il suffit alors de retirer la sonde et d'ordonner au malade d'uriner pour évacuer ce qui reste du médicament. Parfois aussi il s'introduit un peu d'air dans la vessie; nous n'avons jamais constaté aucun accident de ce chef.

Ces lavages se font tous les deux ou trois jours; déjà après la première ou la deuxième injection, on constate ordinairement une amélioration remarquable des symptômes subjectifs et objectifs et souvent il suffit de 4-8 injections pour amener une guérison totale ou à peu près. Si la guérison n'est pas complète, il vaut mieux cesser les lavages qui, ordinairement ne produisent alors plus d'amélioration; il suffit d'une bonne hygiène, d'une médication interne bien dirigée pour achever en peu de temps la guérison. On s'est aussi servi, comme liquides de lavage, de solutions d'*acide salicylique*, de *permanganate de potasse* et de *chlorate de potasse*.

Le **cystite chronique** survient à la suite de la cystite aiguë, soit que le malade ait mal suivi son régime, soit que le traitement ait été mal appliqué. Les symptômes ressemblent à ceux du décours de la cystite aiguë, mais ont des degrés très variables d'intensité. Les douleurs peuvent faire complètement défaut ou être très peu accentuées; par contre, le ténesme vésical est ordinairement plus ou moins fort et il n'est pas rare d'observer un peu d'incontinence d'urine, telle que nous l'avons décrite plus haut. L'aspect de l'urine est très variable et présente toutes les transitions: tantôt elle n'est que légèrement trouble, d'autres fois elle contient une grande quantité de pus et d'épithélium vésical. D'habitude il n'y a pas trace d'hémorrhagie.

La **marche** de la maladie est lente; elle dure des mois et parfois, lorsqu'il existe certaines conditions (surtout des rétrécissements) qui favorisent le développement du mal, elle persiste des années entières.

Dans ce dernier cas l'affection est presque incurable; mais même sans ces complications, le **pronostic** à porter sur la guérison complète est toujours moins favorable que pour l'état

aigu et l'est d'autant moins que l'affection dure depuis plus longtemps.

Diagnostic. — On peut confondre la cystite chronique avec des *lésions des parties profondes de l'appareil urinaire*, affection des urètres, des bassinets, des reins. Aussi faut-il toujours procéder avec le plus grand soin à l'analyse chimique et microscopique de l'urine. Nous renvoyons pour plus de détails aux traités de pathologie spéciale s'occupant de la matière.

Traitement. — Quand l'urine contient beaucoup de pus et que le ténesme est assez fort, le *traitement local direct* est tout-à-fait indiqué et donne en général de bons résultats. Dans les cas de moindre intensité, le traitement interne est préférable; on peut en soutenir l'action en prescrivant, si l'urine est franchement acide, soit de l'eau de Wildungen, soit toute autre eau minérale de composition analogue.

Il arrive parfois, surtout dans la cystite chronique, que l'inflammation blennorrhagique se propage aux urètres, aux bassinets et aux reins; les lésions qu'elle détermine dans ces organes peuvent mettre sérieusement en danger l'existence du malade. Mais l'étude de ces complications dépasserait de beaucoup les limites de ce livre et nous devons encore renvoyer le lecteur aux ouvrages traitant spécialement de la pathologie urinaire.

CHAPITRE VII

L'INFLAMMATION DU CANAL DÉFÉRENT ET DE L'ÉPIDIDYME

L'inflammation blennorrhagique de la muqueuse uréthrale s'étend parfois, en suivant les conduits éjaculateurs, jusqu'au canal déférent et à l'épididyme. Il est rare que le premier soit seul entrepris, **funiculite spermatique**; généralement la maladie gagne l'épididyme, **épididymite**. Dans ce dernier cas, le canal déférent paraît souvent avoir été respecté: on dirait que la maladie a sauté directement sur l'épididyme, bien qu'il soit hors de doute que l'agent infectieux ait dû passer par le