

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

canal déférent. D'autres fois, les deux affections coexistent. Le canal déférent se perçoit alors comme un cordon douloureux, de la grosseur d'une plume ou du doigt. On peut le suivre jusqu'au canal inguinal et souvent même, en pratiquant le toucher rectal, on le sent derrière la prostate. — Nous connaissons moins bien les *inflammations blennorrhagiques de la vésicule séminale (spermatocystite)*; ces spermatocystites peuvent passer à la suppuration et même amener une péritonite; notre ignorance résulte plutôt de la situation peu accessible de l'organe que de la rareté de la maladie même. Petersen a trouvé, par le toucher rectal, une spermatocystite facilement décelable, dans 4 p. 100 des gonorrhées. Enfin, il est excessivement rare que l'inflammation gagne le testicule lui-même (*orchite gonorrhéique*).

Les premiers *symptômes* de l'épididymite sont des douleurs lancinantes dans le cordon et dans les bourses, douleurs qui augmentent surtout par la station debout et par la marche; on cite encore comme signe de début très habituel, une « douleur inguinale » qui probablement est due au tiraillement du cordon dans le canal, par suite de l'augmentation de poids de l'épididyme; peut-être bien aussi cette douleur reconnaît-elle pour cause l'inflammation du canal déférent (KOCHER). En général, il suffit d'un ou deux jours pour que la maladie atteigne son plein développement. Dans beaucoup de cas, on constate un gonflement bien visible du cordon, qui est douloureux à la pression; d'autres fois, l'épididyme seul est gonflé, comme nous l'avons déjà dit. L'épididyme atteint souvent un volume très considérable, plusieurs fois celui du testicule. Celui-ci reste presque toujours normal et se trouve refoulé en arrière. L'épididyme malade présente une forme irrégulièrement allongée, anguleuse et paraît dur à la palpation. Souvent il existe en même temps un épanchement dans la tunique vaginale (*hydrocèle aiguë*) qui empêche de percevoir nettement les contours de l'épididyme et augmente encore le gonflement des bourses dont le volume atteint alors celui d'un poing et même davantage. La peau est rouge, œdémateuse; elle est brillante et lisse par suite de la distension et la température locale est augmentée. Si au moment où éclate l'épididymite, l'écoulement uréthral est abondant, on le voit souvent diminuer notablement pour reprendre de plus belle après la régression de l'affection. Souvent il se produit des pollutions et le sperme contient du sang ou du pus.

Les *douleurs* sont toujours très fortes; la moindre pression, le contact des vêtements, le frottement des cuisses pendant les mouvements les exaspèrent au point de les rendre souvent insupportables; leur intensité est telle qu'elle rend la marche impossible et enlève au malade tout repos. Lorsqu'ils marchent, les malades s'efforcent d'éviter tout contact, en décrivant avec la cuisse du côté malade un arc de cercle aussi distant que possible du scrotum; il en résulte une allure très caractéristique qui permet de reconnaître de loin le côté atteint. — L'épididymite s'accompagne presque toujours de *fièvre* qui, dans les cas intenses, s'élève ordinairement à 40 ou 41 degrés et qui reste assez constante pendant quelques jours. — Enfin on observe souvent une *constipation* opiniâtre. Dans quelques cas la maladie s'annonce par des symptômes d'*irritation péritonéale*, douleurs de ventre, vomissements, collapsus.

Marche de la maladie. — Sous l'influence d'un traitement approprié, les douleurs et la fièvre s'amendent fortement au bout de quelques jours; bientôt celle-ci disparaît tout à fait et la tumeur subit une rapide diminution de volume. Mais cette réduction primitive ne se continue pas aussi rapidement dans la suite; lorsque l'épididyme est revenu à peu près à un volume double de l'état normal, la diminution ne se fait plus que très lentement et il faut des semaines et même des mois pour que l'organe reprenne son volume ordinaire; quelquefois même, il persiste, pendant des années, de la tuméfaction et de l'induration soit dans l'épididyme tout entier, soit dans l'une de ses parties. Il n'est pas rare de voir subsister aussi une hydrocèle chronique; l'épididymite est parfois suivie de *névralgies testiculaires* difficiles à guérir. — L'épididymite blennorrhagique ne passe qu'exceptionnellement à la *suppuration*; quand cette complication se présente, on peut souvent en faire remonter la cause à une affection concomitante (tuberculose).

Pronostic. — Abstraction faite de ces issues exceptionnelles, le pronostic est favorable; presque toujours la maladie guérit complètement quand on lui oppose un traitement rationnel. Le seul danger que peut présenter l'affection est l'*azoospermie* et par conséquent la *stérilité*: des infiltrats et des indurations peuvent, en effet, obstruer le canal déférent et mettre obstacle au passage de la sécrétion testiculaire, la partie essentielle du sperme; cette complication n'a toutefois qu'une importance

secondaire; la stérilité ne pourrait se produire que si les *deux* testicules avaient été altérés, car il est démontré qu'un seul testicule normal suffit au maintien du pouvoir fécondant du sperme. Du reste, même dans les cas où les deux testicules sont le siège d'une tuméfaction persistante, l'azoospermie est loin d'être la règle. — Enfin notons encore que l'épididymite laisse à sa suite une certaine *tendance à la récurrence*.

Le **diagnostic** est facile : l'acuité du début exclut l'idée de la *tuberculose*, de la *syphilis* (gommés du testicule) et d'une *tumeur* (ordinairement un sarcome); du reste, les deux derniers processus atteignent presque exclusivement le testicule et respectent presque toujours l'épididyme. Ce n'est que dans les cas anciens d'épididymite, quand il ne persiste plus qu'une petite induration indolente de l'organe, qu'il est possible d'hésiter entre l'*épididymite* et un *processus syphilitique* ou *tuberculeux*; abstraction faite des autres symptômes, il faudra se baser, pour établir le diagnostic, sur les dires du malade qui renseignera si la tumeur a présenté un début aigu, douloureux. Il faut aussi penser à l'*orchite ourlienne*, qui accompagne la *parotidite épidémique*; la confusion sera surtout possible lorsque l'orchite persiste encore, alors que le gonflement parotidien a déjà disparu. — Il nous reste à signaler une dernière éventualité : l'épididymite peut atteindre un testicule qui n'est pas complètement descendu et qui est resté dans le canal inguinal (cryptorchidie) : on peut, dans ces conditions, facilement confondre la tumeur avec un *bubon*. Disons en passant que les douleurs que provoque l'épididymite dans la cryptorchidie sont extrêmement violentes, par suite de la compression du testicule enflammé par les parois du canal inguinal.

Étiologie. — Dans certains cas, il est impossible de découvrir la cause occasionnelle de l'épididymite blennorrhagique; elle apparaît parfois chez des malades qui sont restés tranquilles au lit, sans avoir fait subir à leur chaude-pisse aucun traitement local; souvent elle se développe immédiatement à la suite de mouvements exagérés, de la danse, de l'équitation, de longs voyages en chemin de fer, ou bien aussi après l'introduction d'instruments dans le canal de l'urèthre; ces diverses circonstances ont donc une influence certaine sur le développement de l'affection qui nous occupe. Quand elle survient à la suite d'un cathétérisme, c'est évidemment au refoulement du pus infectieux

jusqu'à l'orifice des conduits éjaculateurs qu'il faut attribuer l'envahissement du canal déférent et de l'épididyme. C'est vers la fin du deuxième septenaire ou au cours du troisième que survient ordinairement l'épididymite; elle est rare avant cette époque, moins rare plus tard. Elle peut même éclater au cours d'une uréthrite chronique, de longs mois après l'infection c'est le cathétérisme qui en est alors la cause habituelle. — En général, l'affection n'atteint qu'un *seul* côté et siège à gauche plus souvent qu'à droite; il est beaucoup plus rare qu'elle soit bilatérale et alors les deux côtés ne s'entreprennent jamais en même temps, mais bien l'un après l'autre. — L'épididymite est une des complications les plus fréquentes de la chaude-pisse.

Traitement. — Ici encore, c'est de la *prophylaxie de l'affection* qu'il faut s'occuper avant tout; les règles sont les mêmes que pour l'uréthrite : repos le plus complet possible et emploi d'un suspensoir; ces précautions ne donnent cependant pas de garantie absolue. Si l'épididyme s'est entrepris, il faut avec d'autant plus de rigueur imposer le repos absolu et si possible le repos au lit. Dans les cas intenses, le *séjour au lit* est indispensable. Si le malade ne porte pas de suspensoir, la première chose à faire est de lui en prescrire l'usage; il est bon de garnir la bourse de ce suspensoir d'une feuille d'ouate. Une autre disposition très pratique, consiste à interposer entre l'ouate et le suspensoir une feuille de gutta-percha, percée d'un trou pour la verge; ce tissu imperméable empêche l'évaporation et augmente l'efficacité du suspensoir. On peut aussi se servir d'un suspensoir en caoutchouc. L'appareil est renouvelé matin et soir, pour éviter qu'il se relâche. Le résultat est souvent merveilleux : des malades que le moindre mouvement faisait horriblement souffrir, auxquels la marche était impossible, peuvent, dès qu'ils portent ce suspensoir, se mouvoir avec facilité sans grandes souffrances. Même au lit, il est bon de conserver le suspensoir. — Il faut toujours surveiller la constipation, si fréquente dans l'épididymite et administrer largement l'*huile de ricin* ou tout autre purgatif. Dès le début de la maladie, on suspend les *injections* et on ne les reprend, très prudemment, que lorsque l'affection est guérie ou du moins lorsque le gonflement a presque complètement disparu. Le *froid* est aussi un agent très utile; après avoir fixé les bourses et les avoir relevées par un petit coussin, on les recouvre d'une vessie remplie de morceaux de glace et d'un poids assez léger;

cependant certains malades ne supportent pas bien ce traitement. Lorsque le stade aigu est passé, il est bon, pour activer la résorption de la tumeur, de recourir à la chaleur humide; tous les cataplasmes anciennement usités, sont avantageusement remplacés par le pansement décrit plus haut. Il faut se défier, dans le stade aigu, des appareils compressifs (bandage au sparadrap de FRICKE) qui sont très douloureux et peuvent même devenir très dangereux quand le testicule continue à gonfler. Mais, plus tard, après disparition complète de tous les phénomènes aigus, il est souvent utile de faire un bandage au moyen d'*emplâtres adhésifs et mercuriels*, qu'on a soin de renouveler après quelques jours. Si l'on n'a pas recours à cette méthode, il faut continuer l'usage du suspensoir et faire des frictions au moyen de *pommades iodurées*. (Iod. pur. 0.20, Kal. iod. 0.3, Lanol. 20).

Dans les cas très chroniques, on a parfois retiré de bons résultats de l'*iodure de potassium* administré à l'intérieur. Peut-être bien avait-on confondu une épididymite simple avec une épididymite d'origine syphilitique; celle-ci toutefois est exceptionnelle.

CHAPITRE VIII

L'INFLAMMATION DES GLANDES DE COWPER

ET DE LA PROSTATE

Il existe entre ces deux affections tant de points de contact que nous croyons bien faire en les réunissant dans le même chapitre.

Cowpérite aiguë. — Quand la glande de Cowper s'enflamme, on voit apparaître au milieu de symptômes fébriles, un nodule dur et douloureux au périnée, sur les côtés du canal de l'urèthre; le siège de ce nodule correspond à celui de la glande; il occupe donc la région du bulbe. En règle générale, l'affection n'atteint qu'une seule des deux glandes. A la moindre pression, les malades ressentent de vives douleurs; il en est de même

quand ils se couchent et surtout quand ils s'assoient. De plus, la tumeur inflammatoire, en comprimant le canal de l'urèthre, peut rendre la miction difficile ou même provoquer une rétention complète des urines.

Dans les cas favorables, l'infiltration se résorbe, d'autres fois elle passe à la suppuration; ordinairement, le pus se fait jour par l'extérieur, plus rarement par le canal de l'urèthre; parfois il se crée deux voies, l'une vers la peau, l'autre vers l'urèthre, absolument comme certains abcès periurèthraux. Après guérison, il persiste souvent une fistule qui, en général, ne laisse pas passer l'urine. Parfois il arrive qu'elle laisse suinter quelques gouttes lorsque le malade urine en pressant fortement le bout du canal. Le traitement est le même que celui de la prostatite aiguë: dès que paraissent des douleurs, de la fièvre, des frissons, signes indiquant l'abcédation, il faut le plus vite possible inciser le foyer par la voie périnéale.

Prostatite aiguë. — On sent sous la peau du périnée, un peu plus en arrière que dans la cowpérite une tuméfaction que le toucher rectal permet de constater plus facilement encore et dont le siège répond exactement à celui de la prostate. L'exploration, très douloureuse, faite au moyen de la sonde, permet de percevoir une résistance assez forte à la région prostatique. Les souffrances sont très vives et s'exaspèrent à la moindre pression; la marche, la station debout, la position assise ou couchée avec les jambes étendues, sont douloureuses; la seule position tolérable est le décubitus latéral avec les cuisses fléchies. La miction très douloureuse, est en même temps très difficile; il existe un fort ténesme vésical; dans les cas sérieux, le malade se trouve dans l'impossibilité d'uriner spontanément. La défécation est aussi très pénible et souvent le ténesme rectal est continu. Il est rare de trouver ces symptômes avec toute leur intensité; mais il est fréquent d'observer au cours d'une uréthrite aiguë des symptômes légers et fugaces d'irritation prostatique.

La prostatite aiguë peut se terminer par résorption; d'autres fois elle passe à la suppuration (*prostatite suppurative*). Quand celle-ci survient, elle se traduit ordinairement par un frisson, unique ou répété et par l'aggravation des symptômes. L'anatomie pathologique a démontré qu'au début de la maladie, il se forme dans la glande de petits foyers purulents isolés les uns des autres; plus tard ils se réunissent et forment un véritable abcès