

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 épидидymite simple avec une épидидymite 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 périurèthraux. 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

de la prostate. Celui-ci s'ouvre soit dans l'urèthre, soit dans le rectum ou à la peau; parfois il suit plusieurs de ces directions en même temps; dès que l'abcès s'est ouvert, que ce soit spontanément ou qu'on en ait provoqué l'évacuation, les symptômes morbides disparaissent comme par enchantement.

Le **Pronostic** doit toujours être posé avec grande réserve; comme dans l'abcès périurétral, il faut toujours penser à la possibilité d'une infiltration urinaire; et même si cette grave complication n'est pas à craindre, il faut encore songer à l'établissement d'une fistule urétrale. Les cas les plus graves sont ceux dans lesquels l'ouverture de l'abcès se fait à la fois dans l'urèthre et dans le rectum.

Traitement. — Avant tout, il faut prescrire le *repos absolu*. Localement, on agira sur la partie malade par des *applications chaudes* ou par des bains de siège chauds répétés plusieurs fois par jour et qui ont une action analogue à celle des applications chaudes. Les douleurs et surtout le ténesme anal seront combattus au moyen de *suppositoires narcotiques* (Extract. bellad. seu morph. 0.10, Butyr. cacao 10.0, f. supp. n° X) à introduire deux ou trois fois par jour. Il faut aussi veiller avec soin à la régularité des selles; dans ce but on aura recours soit aux lavements, soit aux purgatifs; on agira contre la rétention d'urine, en sondant le malade au moyen de sondes molles, de préférence des sondes de Nélaton. Aussitôt que la tumeur fera saillie au périnée et que la fluctuation sera perceptible, on s'empressera d'*ouvrir* l'abcès par incision à la peau. Il arrive parfois que l'abcès s'ouvre à l'intérieur, pendant un cathétérisme.

Prostatite chronique (Prostatorrhée). — Ici le cortège symptomatique est tout différent. La prostatite chronique peut faire suite à une prostatite aiguë ou prendre d'emblée le caractère chronique. Au milieu des symptômes vagues, très analogues à ceux de la blennorrhagie chronique (sensations légères dans le canal, parfois mêmes douleurs pendant le coït), apparaît le symptôme capital, caractéristique de la maladie : *l'écoulement de sécrétion prostatique* plus ou moins mélangée de pus. En comprimant la prostate par le rectum, on parvient à pousser cette sécrétion jusqu'à l'extrémité du canal et à la faire sourdre au méat; la défécation agit de la même façon. Le liquide qui s'écoule est trouble, épais, d'aspect plus ou moins purulent; examiné au microscope, on y trouve, outre des globules de pus

et des cellules épithéliales, des corpuscules à couches concentriques (*corpuscules amyloïdes*) dont la présence, sans être constante, est cependant assez fréquente; les *cristaux de spermatine* de BÖTTCHER constituent, par contre, un élément constant, de grande valeur diagnostique et qui ne fait défaut que lorsque l'écoulement est mélangé à l'urine. Pour obtenir un grand nombre de ces gros cristaux (dont la forme est celle d'une pierre à aiguiser) il suffit de laisser sécher la préparation ou d'y ajouter une goutte d'une solution de phosphate d'ammoniaque à 1 p. 100 (FÜRBRINGER).

Il ne faut pas confondre avec la prostatite chronique ce que FÜRBRINGER a nommé *uréthrorrhée a libidine*: parfois, après des excitations génésiques et surtout après des érections répétées, on voit sourdre au méat, quelques gouttes d'un liquide clair, poisseux, filant; ce liquide, qui ne vient évidemment pas de la prostate, est très probablement sécrété par les lacunes de Morgagni et les glandes de Cowper. Ce phénomène ne dépend pas cependant d'un état morbide de ces organes; il est plutôt dû à une certaine irritabilité qui permet aux glandes d'évacuer plus facilement leur contenu et n'a par conséquent pas d'autre importance. On voit, du reste, ce symptôme persister souvent après une chaude-pisse.

Il faut aussi différencier nettement la prostatorrhée de la **spermatorrhée**; cette dernière maladie se caractérise par le fait que, sans érection, sans aucune sensation voluptueuse, et surtout pendant les efforts de défécation, le sperme s'écoule dans le canal de l'urèthre où il se mélange soit à l'urine, soit à une sécrétion pathologique (blennorrhagie chronique, prostatorrhée) qui fait rarement défaut. Comme nous l'avons dit plus haut, les deux maladies, spermatorrhée et prostatorrhée, coexistent parfois. On ne peut évidemment préciser le diagnostic qu'en faisant la *recherche microscopique des spermatozoïdes*. — Les *causes* de la spermatorrhée sont ou *générales* (excitabilité nerveuse produite souvent par l'onanisme ou les excès vénériens, maladies organiques du système nerveux) ou *locales* (avant tout uréthrite, prostatite chroniques).

La prostatite chronique a très souvent un grand retentissement sur l'état général des malades; ceux-ci, se figurant d'ordinaire qu'ils ont des pertes séminales, (croyance qui ne leur est que trop confirmée par la lecture des livres populaires de méde-

cine), finissent par tomber dans une mélancolie profonde; cette dépression psychique et l'excitation qu'amènent les efforts de coït font qu'il leur est impossible d'accomplir celui-ci et on voit alors s'établir cet état morbide si bien nommé *impuissance psychique*, qui achève de plonger les malades dans un complet désespoir. On comprend aisément combien la santé de ces malheureux se ressent de cette triste situation.

Pronostic. — Le pronostic doit être réservé, cette maladie pouvant aboutir à *l'hypertrophie de la prostate*, avec ses graves conséquences. D'autre part, le **traitement** n'a malheureusement que peu de prise sur elle, en raison de la situation profonde de l'organe malade, laquelle ne permet pas toujours d'exercer sur lui une action soutenue. Il ne faut attendre aucun résultat des injections; pour que les médicaments puissent agir d'une manière plus active, il faut les introduire sous forme de bâtonnets médicamenteux ou d'injections d'onguents (comme dans l'urétrite chronique) ou bien encore les instiller au moyen d'un cathéter jusque sur les parties malades; ici encore c'est surtout au *nitrate d'argent* qu'il faut avoir recours. Il est toujours avantageux de prescrire des *bains de siège frais* ou des *frictions froides*. Enfin, il faut surveiller attentivement l'état général, reconforter le malade et calmer ses appréhensions; le moyen le plus sûr est de lui démontrer au microscope l'absence de spermatozoïdes dans l'écoulement urétral. Il faut enfin régulariser les fonctions digestives et prescrire l'exercice au grand air. A ce point de vue, les voyages, les bains de mer exercent souvent une action très favorable, qu'on obtiendra aussi en faisant reprendre au malade ses occupations habituelles, que souvent il a négligées.

CHAPITRE IX

LE RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE

Le **rétrécissement de l'urètre** est la complication ou plutôt la conséquence — la plus dangereuse de l'urétrite blennorrhagique. On divise ordinairement les rétrécissements en

rétrécissements *spasmodiques*, dus à une simple contracture de la musculature urétrale, rétrécissements *inflammatoires* dus à la tuméfaction phlegmasique des tissus entourant l'urètre et en rétrécissements *organiques*, déterminés par une altération permanente des parois du canal.

La diminution de calibre provoquée par le spasme de la musculature — *la crampe urétrale* — reconnaît pour cause soit une excitation intense portée sur l'urètre ou sur les tissus voisins, soit un réflexe dû à des influences psychiques ou à une affection du système nerveux. Cette constriction a pour conséquence une rétention partielle ou totale des urines. La sonde rencontre une certaine résistance et l'introduction peut parfois en être tout à fait impossible; dans la narcose chloroformique, cette résistance disparaît complètement. — Le traitement consiste en applications chaudes, bains chauds et dans l'emploi des narcotiques; comme première indication, il faut chercher à supprimer la cause de la contracture. — Les rétrécissements par tuméfactions inflammatoires ont été étudiés au cours des chapitres précédents: il ne nous reste plus qu'à parler des rétrécissements vrais, des **rétrécissements organiques**.

Lorsqu'un rétrécissement de l'urètre commence seulement à se former, il ne donne lieu à aucun symptôme subjectif appréciable; c'est par hasard qu'on le découvre au cours d'une exploration du canal. Lorsqu'il s'accroît, commencent à se manifester des troubles dans l'*émission de l'urine et du sperme*. Le malade ressent d'abord de légères envies d'uriner pendant la nuit, souvent aussi une sensation douloureuse au moment de l'éjaculation. Plus tard, l'émission des urines rencontre un sérieux obstacle; le jet devient plus mince, la courbe qu'il décrit à l'état normal diminue d'amplitude; parfois, l'urine s'écoule sans même décrire de courbe et tombe droit sur le sol, sans que cependant le jet soit aminci; parfois aussi, quand on abandonne le méat à lui-même, le jet d'urine se divise en deux jets secondaires. Il est clair que dans chaque cas particulier, ces phénomènes varient avec la situation, la forme et le degré du rétrécissement.

Lorsque l'obstacle augmente encore, la vessie n'a plus la force d'expulser l'urine malgré l'*hypertrophie* dont la *musculature vésicale* devient habituellement le siège; les malades sont forcés de s'aider de plus en plus des contractions abdominales, ils doivent