

rhéiques, auxquelles ils ne sont pas encore acclimatés. Il se fait continuellement un grand nombre de ces mariages, et pourtant il est très rare, au moins chez les gens du monde, de voir des maris attraper la blennorrhagie, bien que l'influence d'excès vénériens assez ordinaires au début de la vie conjugale s'ajoute aux causes d'inflammation présentées par la femme. Dans la pratique hospitalière, le fait est moins exceptionnel, et il peut devenir la source de discordes domestiques. J'ai vu plusieurs de ces cas l'année dernière. Il faut admettre ici que les femmes ne sont pas au-dessus de tout soupçon; et bien qu'il soit du devoir du médecin dans ces circonstances de faire bénéficier la femme du doute qui plane sur le caractère précis et la cause de son mal, on ne peut nier que ce doute n'existe fréquemment. La seule explication de ces faits qui semble s'accorder avec les différents arguments puissants en faveur de la non-spécificité de la blennorrhagie, est celle qui attribue la production de la maladie aux influences combinées du défaut de propreté et de précautions hygiéniques de la part de l'homme et de la femme et de l'intempérance sexuelle et peut-être alcoolique.

Alfred Fournier (1) a montré que sur 387 femmes ayant été la source de blennorrhagies, 56 seulement étaient des prostituées, les 331 autres étaient des femmes mariées, des femmes entretenues, des filles de boutique, des domestiques, en d'autres termes des femmes avec lesquelles le commerce sexuel est souvent clandestin, précipité et accompli dans des circonstances qui ne permettent pas des ablutions suffisantes. Ces femmes sont naturellement plus aptes à présenter du catarrhe utérin ou vaginal, dont les sécrétions, que n'enlèvent pas des soins de toilette, sont plus aisément purulentes et contagieuses que chez les femmes à vie régulière et soigneuses.

Quand on prend tous ces facteurs en considération, l'immunité des gens mariés, l'infection des amants, la sécurité comparative offerte par les prostituées (qui regardent la propreté comme une partie de leur métier), et la grande fréquence avec laquelle la maladie est constatée par certaines classes de femmes, tout devient compréhensible; en résumé, les écoulements de la femme purement muqueux ou faiblement purulents ne sont contagieux que dans une mesure très restreinte (2); la régularité des fon-

(1) Alfred Fournier, article BLENNORRHAGIE du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1866, t. V, p. 129.

(2) La règle établie par M. Milton, que nous avons

tions sexuelles, l'absence d'excès de toute espèce, la propreté — toutes ces conditions, ordinairement réalisées dans le mariage, tendent à prévenir la purulence de ces écoulements; ces conditions manquent ordinairement au contraire dans les rapports sexuels illicites et surtout dans les rapports avec des femmes qui n'en font pas métier. Nous ne sommes donc pas obligés d'admettre l'acclimatation comme la seule explication de l'immunité des gens mariés, et en même temps nous pouvons maintenir notre proposition originelle, à savoir que la blennorrhagie peut avoir son origine dans toutes les formes d'écoulements vaginaux et utérins.

L'importance de vues claires et bien définies à ce sujet est évidente. En croyant pouvoir reconnaître à certains symptômes la spécificité d'une blennorrhagie, en affirmant qu'elle n'a pu être contractée que par des rapports avec une femme présentant la même affection, nous sommes contraints de tergiverser ou de donner le change aux malades, à moins de détruire dans beaucoup de cas la paix d'un ménage et de causer beaucoup de souffrances et de misères. Si un individu présentant tous les symptômes de la blennorrhagie typique nous interroge sur la cause de son mal, et si, acceptant la théorie de la virulence, et ignorant ou ne tenant pas compte de ses relations sexuelles ou matrimoniales, nous répondons qu'il provient presque certainement d'un écoulement semblable produit à son tour par une cause semblable, nous pouvons — et cela est même probable, s'il s'agit de gens du monde — faire une grande injustice à quelque innocente femme, et, comme dans un cas que je connais personnellement, causer même indirectement sa ruine et sa mort. Il n'est jamais sûr et il n'est jamais convenable de dire qu'une uréthrite, une vaginite ou une vulvite provient de rapports sexuels impurs, bien que nous puissions admettre que c'est là la cause la plus fréquente de ces affections.

Il y a une différence marquée entre les sexes en ce qui concerne la facilité d'être contagionné; il faut nous en souvenir pour notre propre instruction, tout en observant la même réserve dans l'expression de notre opinion. Un homme peut contracter une blennorrhagie avec une femme ne présentant aucune affection vénérienne proprement dite. Dans la ma-

ciété plus haut, ne fait qu'affirmer ce même fait, peut-être avec un peu d'exagération.

jeurité des cas où j'ai eu à examiner des femmes soupçonnées d'avoir communiqué la maladie, j'ai constaté l'absence de toute espèce de blennorrhagie chez elles. Mais au contraire, quand, en dehors de toute irritation traumatique ou mécanique, une femme contracte une blennorrhagie — une vulvite, une vaginite ou une uréthrite — il y a de fortes présomptions qu'elle a été contagionnée par une sécrétion morbide identique provenant de l'urètre de l'homme. Les causes qui peuvent produire la blennorrhagie chez la femme sont certainement beaucoup moins nombreuses que chez l'homme; l'appareil génital et urinaire de l'homme n'est ni si étendu en surface ni aussi divisé au point de vue fonctionnel que celui de la femme, et les chances qu'a la femme de se contagionner au contact de sécrétions autres que celle d'une uréthrite purulente sont par conséquent plus limitées (1).

#### Variétés de la blennorrhagie.

On peut donc définir la blennorrhagie, une inflammation de l'urètre chez l'homme, du vagin, de la vulve ou de l'urètre chez la femme, due à une irritation locale, dont la plus commune est le contact pendant les rapports sexuels avec les sécrétions purulentes ou morbides du

conduit génito-urinaire. Dans la pratique on observe trois variétés distinctes de la maladie d'une importance clinique définie, et pouvant être décrites sous les noms de :

- 1° *Blennorrhagie typique* ou *aiguë*;
- 2° *Blennorrhagie subaiguë* ou *catarrhale*;
- 3° *Blennorrhagie irritative* ou *abortive* (1).

Des distinctions, basées sur les variétés de forme ou de siège, ont été faites, principalement par les observateurs qui ont fait usage d'un très mauvais instrument, l'endoscope urétral. Ils ont décrit une uréthrite *membraneuse* avec inflammation des lymphatiques dorsales du pénis; une uréthrite *granuleuse* avec nombreuses élevures punctiformes de la muqueuse; une uréthrite *suppurative* avec formation d'abcès dans le tissu conjonctif sous-muqueux; et une uréthrite *ulcéralive* observée chez les individus prédisposés à l'herpès. Je n'ai jamais pu distinguer ces différentes formes, sauf quand elles donnent lieu à des symptômes bien marqués, tels que des abcès folliculaires ou péri-urétraux dans la forme *suppurative*, des hémorragies survenant après la miction dans la forme *ulcéralive*, etc. (2).

Au point de vue pratique elles peuvent être passées sous silence, et on peut s'en tenir à la classification proposée plus haut.

## BLENNORRHAGIE CHEZ L'HOMME

### BLENNORRHAGIE INFLAMMATOIRE AIGUE DE L'URÈTHRE CHEZ L'HOMME.

Commençons par la description de la variété inflammatoire aiguë, qui est la plus fréquente, particulièrement chez les individus atteints pour la première fois.

(1) A des intervalles de quelques années la doctrine qui fait dépendre la blennorrhagie de la présence et du développement dans l'urètre d'organismes végétaux — bactéries et micrococcus — renaît et donne lieu à de nouvelles discussions. Neisser, Salisbury, Bokai et dernièrement M. Cheyne, assistant de King's College Hospital, ont voulu baser leur diagnostic et leur traitement sur l'existence de ces organismes. Comme leurs observations n'ont jamais été confirmées, sauf en ce qui concerne la présence de micrococcus semblables à ceux qu'on trouve toujours dans le pus quelle que soit son origine, comme de plus le traitement antiseptique ne réussit généralement pas, il est inutile de faire plus ample allusion à ces théories.

Encycl. de chirurgie.

L'intervalle qui s'écoule entre le moment où le malade s'est exposé à l'irritation et l'appari-

(1) Lebert classe ces deux dernières formes sous le nom de *gonorrhéo-catarrhe séro-purulent et muqueux*, léger et superficiel.

(2) J. Grünfeld (*Obl. f. Chir.*, 1878, n° 21, extrait du *Wiener med. Jahrb.*), en se fondant sur ses recherches endoscopiques, décrit les formes suivantes de l'uréthrite, qui ressemblent beaucoup aux nôtres : 1° *uréthrite blennorrhagique*, inflammation aiguë de l'urètre sans complication. Le champ de vision de l'endoscope est rempli d'un pus verdâtre, la muqueuse est très rouge, fortement gonflée, et présente çà et là des érosions. Les lacunes du canal ont disparu, ou sont presque effacées. 2° *Uréthrite membraneuse* caractérisée par des couches de membranes grisâtres striées, qui donnent lieu à un écoulement de sang, quand on les enlève. Cette forme est ordinairement compliquée de l'inflammation des lymphatiques dorsaux du pénis. 3° *Uréthrite simple*, variété affaiblie de la première



tion de symptômes urétraux appréciables est variable, s'étendant de quelques heures à 12 ou 15 jours. Dans la grande majorité des cas pourtant, la maladie apparaît dans la première semaine, et les malades intelligents ou observateurs en découvrent les premières traces au bout de deux à trois jours. Quelques personnes prétendent que leur pensée a été involontairement attirée du côté du pénis comme par une obsession, bien qu'elles ne sentissent aucune douleur et qu'il ne se fit aucun écoulement. Mais, au bout de peu de temps, quelque symptôme apparaît seul ou avec d'autres. Le malade remarque l'apparition d'une goutte ayant l'aspect du lait étendu d'eau au méat urinaire, lequel est légèrement rouge, gonflé ou renversé; il est souvent le siège d'une sensation de chatouillement et la miction détermine une sensation de chaleur ou de brûlure à l'extrémité du canal. Puis les symptômes augmentent rapidement en nombre et en importance, si bien qu'au bout de vingt-huit heures ou même plus tôt, la maladie a atteint la première période, période d'accroissement, dont les phénomènes caractéristiques, ainsi que leurs causes, sont les suivants :

**Symptômes de la première période, période ascensionnelle de la blennorrhagie.**

ASPECT DU MÉAT.

Les bords du méat sont rouges, renversés et souvent érodés; quelquefois, mais rarement, le gonflement est assez considérable pour faire

forme; la membrane muqueuse est un peu rouge et gonflée, les vaisseaux injectés; les lacunes se voient très bien. 4° *Urétrite granuleuse*. La muqueuse est également colorée; on n'aperçoit pas de vaisseaux isolés; les rides de la muqueuse sont pour la plupart effacées, mais on peut apercevoir de nombreuses élevures ponctiformes. 5° *Urétrite avec formation d'abcès* qui proviennent quelquefois de vésicules d'herpès, quelquefois sont des chancres, et d'autres fois sont dus à des rétrécissements mal soignés.

Quelques auteurs parlent d'une blennorrhagie dite sèche, sans écoulement. Je n'ai jamais rien vu de pareil, et je suis disposé à accepter l'opinion de Van Buren et de Keyes, qui attribuent les symptômes — douleur, ardeur dans la miction, etc. — à une névralgie uréthrale n'ayant rien à faire avec la blennorrhagie. Jullien pense pourtant qu'il n'est pas illogique d'admettre que dans ces cas la muqueuse puisse être atteinte d'une inflammation analogue à l'érysipèle, dont les produits peuvent être assez peu importants pour ne pouvoir être découverts que par un examen attentif de l'urine (*Mal. vén.*, p. 35).

obstacle au passage de l'urine, laquelle s'échappe goutte à goutte.

MICTION DOULOUREUSE.

C'est à la sensation de brûlure pendant la miction qu'est dû le nom populaire de *chaude-pisse*. Cette sensation est due en partie à la distension des replis muqueux de l'urètre enflammés et tuméfiés pendant le passage de l'urine, mais surtout au contact de la surface enflammée avec les sels de l'urine. La preuve que c'est là la cause principale de la douleur, c'est l'influence favorable, que les diurétiques alcalins qui diluent l'urine, ont sur ce symptôme, bien que le courant de l'urine augmente de volume et exagère encore la distension.

ÉRECTIONS.

Dans tous les cas il y a des érections plus ou moins douloureuses. Elles peuvent se produire à un moment quelconque, mais la chaleur du lit les rend plus fréquentes. Le malade est réveillé ou tenu éveillé par un priapisme persistant, opiniâtre, accompagné de douleurs à la partie inférieure ou souvent sur les côtés du pénis. Dans les cas intenses l'organe est recourbé en arc, ordinairement en bas, plus rarement en haut ou latéralement. Le corps spongieux est plus directement intéressé dans le processus inflammatoire que les autres parties du pénis. L'urétrite n'est pas confinée à la couche muqueuse du canal, mais elle s'étend par contiguïté au tissu connectif sous-muqueux et de là aux trabécules du tissu érectile du corps spongieux. La lymphe exsudée bouche ou remplit les espaces ou les mailles intertrabéculaires contenant les plexus veineux si riches, qui par leur réplétion et leur distension fournissent l'élément mécanique essentiel de l'érection normale. Quand, sous l'influence d'un désir sexuel, de l'irritation locale de l'urétrite, du contact de l'urine avec le col de la vessie, ou du spasme des muscles qui règlent le retour du sang du pénis, la verge entre en érection, les corps caverneux se dilatent normalement et complètement, mais le sang ne peut se frayer une route à travers le tissu érectile en partie oblitéré du corps spongieux, qui reste rigide et inflexible. La douleur le long des parties latérales de la verge est due à la compression des nerfs, et celle qui se fait sentir à la face inférieure est due à la pression du sang essayant de distendre le corps spongieux enflammé. Une inflammation

chronique partielle des corps caverneux produit un effet analogue; les érections sont également pénibles, mais la courbure est alors dirigée en haut; et quand un seul corps caverneux est intéressé, la courbure est latérale, dirigée du côté malade.

On a attribué le phénomène de la chaude-pisse cordée au spasme de la couche des fibres musculaires longitudinales qui entourent partiellement l'urètre (1). Mais ces fibres sont très peu nombreuses, quelquefois manquent presque complètement, et ne possèdent normalement aucune activité fonctionnelle. On conçoit difficilement que ces fibres, même sous l'influence d'une irritation persistante, puissent développer assez d'énergie pour produire souvent pendant longtemps le phénomène de la corde. Les érections sont souvent douloureuses sans que l'organe subisse la moindre courbure.

Selon Hilton (2), quand l'érection se produit très rapidement, la cause en est dans le spasme des muscles qui règlent l'afflux du sang au pénis, spasme dû à l'irritation des branches du nerf honteux, qui se distribue à la muqueuse uréthrale enflammée. Les érections soudaines et très fortes qui se produisent pendant le sommeil sont attribuées par le même auteur à l'action excito-motrice qui surgit dans la moelle quand elle est privée du contrôle du cerveau. M. Hilton pense également que, lorsqu'un côté du pénis est plus distendu, cela peut dépendre d'un plus haut degré d'irritation du côté de l'urètre correspondant. La corde due à l'épanchement de produits inflammatoires dans le corps spongieux est considérée par lui comme tout à fait distincte des formes précédentes (3). Cette explication me semble aussi éloignée de la vérité que celle de M. Milton, mentionnée plus haut. Du moins n'ai-je jamais vu de cas qui puissent être distingués comme étant dus à l'action musculaire. Il est hors de doute que l'érection est prolongée par l'état spasmodique des muscles érecteurs et compresseurs; mais que ce spasme soit la cause de la douleur ou de la déviation du pénis, c'est ce qu'on ne peut, je crois, admettre.

MICTION FRÉQUENTE; TÉNESME VÉSICAL.

Le ténesme se produit à ce moment dans beaucoup de cas. Il indique généralement une extension de l'inflammation à la partie profonde de l'urètre, mais il peut être dû exceptionnellement à une influence réflexe ayant son point de départ au méat ou près du méat. En tous cas, l'irritabilité du col de la vessie se ma-

nifeste par l'impuissance de cet organe à retenir plus qu'une très petite quantité d'urine, par le besoin pressant de l'évacuer, la difficulté de la projeter sous forme de jet, la nécessité de se courber dans les efforts d'expulsion qui accompagnent ou suivent le rejet des dernières gouttes qui s'écoulent en bavant.

L'écoulement pendant cette période a augmenté de plus en plus. Au début, terne et d'un blanc bleuâtre très pâle — semblable à du lait très étendu — il devient blanc, puis jaune, puis verdâtre ou teinté de stries de sang. S'il y a des ulcérations, il peut être mélangé avec beaucoup de sang, dont quelques gouttes suivent chaque miction; cette hémorrhagie est due à la rupture de capillaires pendant la contraction des fibres musculaires circulaires qui se produit à la fin de la miction.

Tels sont les symptômes, douleur en urinant, écoulement purulent abondant, corde et ténesme, qui caractérisent la période d'augmentation de la blennorrhagie inflammatoire; tous sont si constants qu'ils doivent être regardés comme des symptômes propres à ce stade, et non classés, comme on le fait quelquefois pour les deux derniers, au nombre des complications. Sous ce titre on peut décrire à cette période quelques phénomènes pénibles résultant du processus inflammatoire.

Complications de la première période.

BALANITE.

Quand l'inflammation, au lieu de rester confinée à l'urètre et aux lèvres du méat, s'étend à la surface du pénis, il se produit ce qu'on appelle une *balanite*. La balanite est ordinairement due à un défaut de propreté, l'écoulement étant laissé en contact avec le gland ou s'accumulant sur le prépuce, mais elle peut se produire par simple extension de l'inflammation par continuité en dépit des plus grands soins. Comme pour la blennorrhagie même, certains malades semblent particulièrement sujets à cette forme d'inflammation, et on a remarqué que les individus sujets à de l'intertrigo présentent souvent cette complication. Dans les dispensaires et les hôpitaux on l'observe dans le quart des cas, dans la pratique privée beaucoup moins souvent. La susceptibilité de la muqueuse du gland est, cela se conçoit, beaucoup moins grande que celle de l'urètre. Du pus qui déterminerait immédiatement une urétrite aiguë peut baigner cette région impunément; les as-

(1) Milton, *op. cit.*, p. 184.

(2) Hilton, *Lectures on rest and pain*, 2<sup>e</sup> éd., p. 255.

(3) Hill and Cooper, *Veneral diseases*, p. 497.



tringents, comme le nitrate d'argent, qui, injectés dans l'urètre, sont très douloureux, ont peu ou pas d'effets sur l'épithélium plus épais de cette partie, laquelle chez les circoncis ou chez les individus à prépuce court et rétracté, ressemble tout à fait à de l'épiderme par sa densité et son insensibilité. S'il n'en était pas ainsi, la propreté la plus minutieuse n'empêcherait pas la grande majorité des malades atteints de cette forme de blennorrhagie d'avoir de la balanite.

*Symptômes et diagnostic de la balanite.* — Ce sont les symptômes d'une inflammation superficielle, chaleur, rougeur, sentiment de brûlure ou de démangeaison; finalement exfoliation de l'épithélium, laissant une surface érodée ou quelquefois ulcérée superficiellement. Assez souvent apparaissent des vésicules d'herpès qui peuvent rester discrètes jusqu'à leur dessiccation, ou se transformer en pustules, se réunir, et laisser une ulcération qu'on prend quelquefois pour un chancre ou un chancre croûte.

Entre l'ulcération de la balanite et le chancre croûte, les différences me semblent surtout des différences de degré, un pus plus irritant, plus corrosif donnant lieu à une ulcération plus profonde et plus difficile à guérir (1). J'ai vu plus d'une fois des ulcérations balanitiques soustraites au traitement par un phimosis montrer plus tard, quand une opération les avait remises à découvert, les caractères spécifiques du chancre croûte, bords taillés à pic ou décollés, tendance à l'extension, écoulement abondant, etc. Le diagnostic ici n'a pas une grande importance, le traitement reposant en tout cas sur les mêmes principes. Un traitement local suffit dans les deux cas à guérir la majorité des ulcérations; pour ceux qui continuent à s'étendre ou qui restent intraitables, la cautérisation à l'acide nitrique est indiquée théoriquement et empiriquement.

La forme de la lésion initiale de la syphilis connue sous le nom d'*érosion chancreuse* peut être prise pour une balanite superficielle. La période d'incubation, l'absence d'écoulement, les contours abrupts de l'érosion, la présence à la base d'une induration *parcheminée*, le gonflement des ganglions de l'aîne, l'absence de tout élément inflammatoire, sont des symptômes qui feront facilement distinguer le chancre syphilitique.

(1) L'auteur de cet article semble oublier que le chancre simple est indéfiniment inoculable, tandis que les ulcérations dont il s'agit ici ne le sont pas. (Note du traducteur.)

tique d'une solution de continuité due à la balanite.

## BALANO-POSTHITE.

L'extension de l'inflammation de la surface du gland à la couche profonde ou muqueuse du prépuce donne naissance à ce qu'on appelle une balano-posthite, laquelle n'a pas de signification clinique spéciale, sauf qu'elle est presque invariablement suivie ou accompagnée d'une difficulté de rétracter le prépuce et de découvrir le gland.

Cela est dû à l'extension de l'inflammation au tissu cellulaire lâche qui unit les deux surfaces du prépuce, lequel devient rapidement œdémateux, et est le siège dans quelques cas d'une effusion de lymphes plastique.

## PHIMOSIS.

Le phimosis ainsi produit est une complication très fâcheuse; il gêne le traitement, nécessite les soins de propreté les plus vigilants et les plus attentifs, et rend le diagnostic et le pronostic plus difficiles. Si on n'a pas observé la maladie dès le début, si les renseignements fournis par la malade sont vagues, l'œdème et le gonflement du prépuce de l'orifice duquel sort du pus sanguinolent ou non rendent quelquefois difficile à déterminer l'état exact des parties profondes. Un chancre induré peut généralement être découvert sans difficulté grâce à sa dureté, et de plus est rarement accompagné de balano-posthite. Mais un chancre mou ou une ulcération balanique ne peuvent être reconnus si aisément. Les caractères différentiels principaux peuvent être mis en tableau de la façon suivante :

<i>Phimosis blennorrhagique</i>	<i>Phimosis avec chancroïde sous-préputial.</i>
Pas d'observation antérieure d'ulcération sur le gland ou le prépuce.	Observation antérieure d'une ulcération.
Gonflement du prépuce d'abord presque entièrement œdémateux.	Gonflement dû souvent à la présence de lymphes plastique autour de l'ulcère.
Écoulement ordinairement purulent.	Écoulement souvent sanguinolent.
Pas d'espace défini plus mou ou plus dur que le reste.	Un point distinct ordinairement découvrable à la palpation.
Souvent déviation du pénis dans les érections (corde).	Jamais de corde véritable.

<i>Phimosis blennorrhagique</i>	<i>Phimosis avec chancroïde sous-préputial.</i>
Chaleur en urinant s'étendant tout le long du canal.	Chaleur en urinant seulement au moment où l'urine entre en contact avec le prépuce enflammé ou ulcéré.
Symptômes vésicaux assez fréquents.	Pas de symptômes vésicaux dans les cas simples.
Bubon très rare.	Bubon commun.

Il n'est pas rare du tout que des malades n'ayant aucune expérience des affections vénériennes prennent pour une blennorrhagie une balanite due à la malpropreté, et à la rétention, et à la décomposition du smegma. Dans les dispensaires on voit souvent de ces malades qui ont passé par les mains d'un pharmacien, qui, sans faire d'examen, comme c'est l'habitude dans ces cas, leur a administré du copahu, du sulfate de zinc, etc., au lieu de leur prescrire de l'eau et du savon. Naturellement un praticien attentif ne commettra pas une semblable erreur; mais il peut hésiter pendant quelque temps quand la balanite est compliquée d'un phimosis assez serré pour empêcher de voir le méat. Des injections sous-préputiales doivent être d'abord pratiquées en tout cas; elles diminuent bientôt le gonflement assez pour permettre une rétraction suffisante du prépuce.

## PARAPHIMOSIS.

Le prépuce, rétracté et retenu derrière la couronne du gland, ne peut plus être ramené en avant; cette complication, moins fréquente, est beaucoup plus pénible et dangereuse. Le bord de l'orifice préputial distendu et très peu élastique est la cause de cette constriction, qui devient de plus en plus serrée à mesure que le gonflement augmente. Les parties voisines, d'abord œdémateuses, s'infiltrèrent bientôt de lymphes inflammatoire, le retour du sang du gland est entravé, et dans les cas extrêmes, il se produit une ulcération ou mieux une escharification extensive de la tête du pénis; ce fait serait certainement plus fréquent sans la richesse vasculaire du gland et les anastomoses entre ses vaisseaux et ceux du corps caverneux. La constriction se produit à une petite distance derrière le gland, et immédiatement derrière cette ligne se voit un sillon dû à la dépression normale qui existe en ce point, exagérée par l'œdème environnant. Derrière ce sillon se trouve un pli gonflé de la membrane muqueuse, lequel est formé par la couche profonde du

prépuce normalement en contact avec la face postérieure et le rebord de la couronne du gland. Puis on trouve un second sillon très profond, qui est le siège du mal, et derrière ce sillon un autre collier proéminent formé par le tégument gonflé. La douleur est très grande, parfois d'une intensité extrême; elle ne disparaît que lorsque le prépuce a été remis en place, ou quand la constriction a été levée par une section ou par une ulcération. Il se produit souvent des difformités dues à des cicatrices dans les cas où l'intervention chirurgicale a été différée ou inefficace. Ces complications: balanite, balano-posthite, phimosis et paraphimosis, sont de beaucoup les plus fréquentes de celles qui apparaissent pendant cette première période; nous les avons décrites selon leur ordre clinique habituel. Le premier stade, celui dans lequel l'intensité des symptômes va croissant, a une durée variable, mais se termine ordinairement avec un traitement approprié en un espace de cinq à sept jours; ensuite l'état reste stationnaire pendant un temps assez court.

**Symptômes et complications de la seconde période ou période stationnaire.**

L'écoulement est toujours abondant, l'ardeur en urinant, la corde toujours bien marquées; dans quelques cas les douleurs sont insupportables. Les malades se plaignent amèrement d'être tourmentés pendant le jour par des envies impérieuses d'uriner, auxquelles ils résistent jusqu'au dernier moment, pour éviter la douleur que la miction occasionne; et que leur repos, la nuit, est troublé par de fréquentes érections, qui ne sont pas moins pénibles, et qui souvent ne cessent que sous l'influence des médicaments. Pendant cette période qui s'étend environ du septième ou huitième jour à la fin de la seconde semaine, l'inflammation gagne en profondeur graduellement et peut donner naissance à d'autres complications.

## ABCÈS FOLLICULAIRES ET PÉRIURÉTHRAUX.

En se propageant de la membrane uréthrale aux petits follicules muqueux qui s'ouvrent à sa surface, l'inflammation bouche leur orifice par le gonflement de leur membrane interne et les convertit en petits sacs ou poches de pus — *abcès folliculaires* — qui apparaissent sous forme de petites tumeurs arrondies et molles à la surface inférieure de l'urètre. Ces abcès s'ouvrent souvent à l'intérieur, mais de temps en temps



ils s'ouvrent à la surface cutanée. Ils ne donnent heureusement pas naissance à des fistules urinaires. Si le processus suppuratif s'étend au tissu connectif lâche qui entoure l'urètre, il se forme un abcès péri-urétral. Ces abcès sont surtout fréquents dans les points où la blennorrhagie se cantonne avec le plus de persistance, au niveau de la fosse naviculaire et de la partie antérieure de l'urètre membraneux. Ils s'accompagnent de gonflement, mais ne sont pas très douloureux, grâce à l'extensibilité du tissu dans lequel ils se développent. C'est une complication plus dangereuse que la folliculite, que nous venons de décrire, car dans des cas rares l'ouverture de l'abcès dans l'urètre a permis l'infiltration de l'urine avec tous ses dangers. Ces abcès sont donc beaucoup plus susceptibles de donner naissance à des fistules persistantes. J'observe dans ce moment un certain nombre de cas dans lesquels il existe entre l'urètre et la surface cutanée des fistules de la dimension d'une épingle, situées au voisinage du frein et près de l'angle scroto-pénien.

## LYMPHANGITE.

Dans un certain nombre de cas de blennorrhagie, il se fait de la *lymphangite* due à l'absorption du pus. Ce sont surtout les lymphatiques du dos de la verge qui se prennent; l'observation m'a montré que cette lymphangite tenait presque invariablement à un défaut de propreté et à la rétention du pus entre le prépuce et le gland. L'anatomie pouvait faire prévoir cette complication, les lymphatiques urétraux appartenant à la couche profonde et passant au-dessous de l'arcade pubienne pour rejoindre les lymphatiques profonds du bassin et pour aboutir aux glandes lombaires.

Les *symptômes* consistent en un cordon d'induration s'étendant du prépuce à la racine de la verge, douloureux au toucher, facile à isoler des tissus voisins, et souvent dessiné à la surface par une ligne d'une teinte rouge pâle. La *phlébite dorsale*, qui, dit-on, se produit quelquefois, donne lieu à un gonflement plus oedémateux, ne présente pas une ligne d'induration isolant des parties voisines, et est accompagnée d'un gonflement des ganglions de l'aîne, qui manque rarement quand les lymphatiques sont pris. Je n'ai jamais vu un de ces cas, et je crois que cette complication est excessivement rare. La lymphite de la syphilis n'est pas douloureuse, elle a pour point d'origine la lésion initiale, et

s'accompagne de l'induration indolente de plusieurs ganglions inguinaux.

## BUBON.

La blennorrhagie peut déterminer une adénite d'un des ganglions de l'aîne, précédée ou non de lymphangite; en d'autres termes, il existe un *bubon* blennorrhagique. La glande affectée est ordinairement une des glandes de la couche superficielle situées juste au-dessous du ligament de Poupert, au-dessous du fascia lata, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Une petite tumeur douloureuse apparaît à l'aîne; elle est d'abord mobile sous la peau, mais ensuite elle contracte avec elle et les parties voisines des adhérences, devient pâteuse au toucher, et prend une teinte rougeâtre ou pourprée. Dans la plupart des cas, elle diminue ensuite sous l'influence d'un traitement approprié et disparaît par résolution. Dans d'autres cas pourtant, et particulièrement chez les individus scrofuleux, ou chez ceux qui sont épuisés par des habitudes vicieuses ou qui sont surmenés par le travail, le ganglion suppure, le tissu connectif qui l'entoure subissant le premier la fonte purulente. Il arrive même très souvent que le ganglion lui-même échappe à la suppuration.

On peut mentionner la possibilité d'un autre groupe de complications apparaissant vers la fin de la troisième semaine; quelques-unes cependant peuvent se montrer beaucoup plus tard. Ces complications sont: la *cowpérite*, la *prostatite* et la *cystite*.

## COWPÉRITE.

L'inflammation de l'une ou des deux glandes de Cowper, ou *cowpérite*, est le résultat de l'extension par continuité de l'urétrite aux conduits de ces glandes, qui s'ouvrent dans la portion postérieure de l'urètre spongieux, dans cette partie incorrectement désignée sous le nom de portion bulbeuse. Le premier symptôme qui se montre d'habitude est une douleur périnéale, qui augmente à la pression et rend la marche ou la station assise extrêmement douloureuse. Le gonflement inflammatoire des glandes rencontre un obstacle dans les deux couches du ligament triangulaire entre lesquelles elles sont situées, et dans le fascia périnéal profond; cette résistance, jointe à l'effet de la pesanteur sur la circulation, ajoute à la douleur des battements très pénibles, qui la rendent particulièrement intense; ce phénomène s'observe

dans toutes les inflammations dans lesquelles les mêmes conditions sont réalisées. Les glandes peuvent souvent être senties sous forme de deux petites tumeurs dures, situées immédiatement derrière le scrotum, de chaque côté de la ligne médiane; elles peuvent être également reconnues au toucher rectal par le doigt dirigé en haut et en avant juste au-dessus du sphincter externe. La miction est difficile si le gonflement est considérable, elle est toujours pénible, surtout à la fin, les glandes de Cowper étant entourées des fibres transversales du muscle compresseur de l'urètre — lesquelles, en se contractant pour expulser les dernières gouttes d'urine, compriment ces organes. La suppuration se produit quelquefois dans le tissu péri-glandulaire; cette suppuration se reconnaît aux signes ordinaires.

## PROSTATITE.

Après que la blennorrhagie a gagné d'avant en arrière la partie prostatique de l'urètre, elle peut, en dépit du traitement le mieux dirigé,

envelopper la *prostate* dans le processus inflammatoire. Les follicules et l'élément glandulaire de la prostate sont affectés primitivement et principalement, le tissu musculaire qui forme la plus grande partie de la masse restant indemne dans les cas d'une intensité moyenne.

Harrison (1) divise cette affection en deux variétés, la *prostatite folliculaire* et la *prostatite générale* ou *parenchymateuse*, la première attaquant l'élément glandulaire, mais y restant limitée, et présentant les symptômes ci-dessus décrits; l'autre, plus rare, beaucoup plus sérieuse, dans laquelle la glande, dans son entier, est envahie par l'inflammation. Il se fait ordinairement de la suppuration, et à moins que le traitement ne soit prompt et décisif, au premier signe de fluctuation révélé par le toucher rectal, il en résulte les plus sérieux dangers, pour la vie même. Les individus chez lesquels, selon M. Harrison, on observe cette variété le plus fréquemment, sont des gens dont la santé est détériorée, ou dont les organes urinaires sont plus ou moins endommagés par des rétrécissements anciens.

Les rapports anatomiques et physiologiques de la glande (fig. 46) expliquent les symptômes

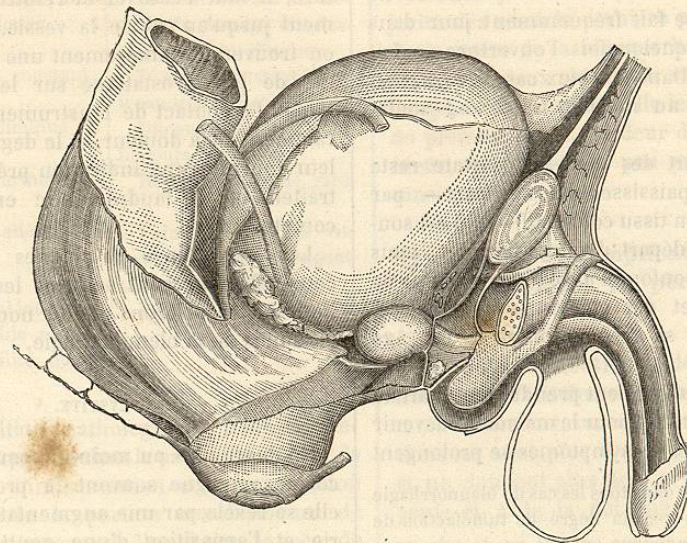


Fig. 46. — Rapports de la prostate avec le col de la vessie et le rectum.

de son inflammation, dont le premier est presque toujours une sensation de pesanteur et de distension au périnée et au rectum. Ce phénomène est bientôt suivi par des mictions fréquentes, dues à l'obstacle que la vessie rencontre pour se vider dans la glande engorgée. La fin de la miction est douloureuse, mais ne s'accompagne pas de ce degré de ténésme qu'on observe

quand la vessie elle-même est enflammée, non plus que d'écoulement de pus et de sang bien notable. La défécation est également douloureuse, surtout s'il y a de la constipation, et le doigt introduit dans le rectum sent la paroi an-

(1) *De la prostatite aiguë*, travail lu à la Société médicale de Londres, le 11 avril 1881.