

moindre effort suffirait alors pour déterminer la perforation du canal; parfois il existerait dans la région prostatique des cavités dans lesquelles la sonde irait s'engager. Chez les vieillards, la muqueuse, étant très lâche, se laisse facilement déprimer au niveau du cul-de-sac du bulbe et coiffe le bec de la sonde; comme le fait remarquer GUYON, il n'y a pas encore de fausse route, mais il existe une fausse direction, et si l'opérateur ne prend pas de précautions de manière à éviter de plonger dans la dépression du cul-de-sac du bulbe, fatalement la fausse route sera créée.

Parmi les lésions pathologiques du canal, celles qui prédisposent le plus aux fausses routes sont : les rétrécissements et l'hypertrophie de la prostate.

Siège des fausses routes. — Les fausses routes peuvent occuper n'importe quel point de l'urètre, toutefois elles se rencontrent de préférence au niveau des parties profondes du canal. La perforation occupe habituellement la paroi inférieure, circonstance toute naturelle si l'on se rappelle que les obstacles au cathétérisme s'accumulent le long de cette paroi.

Variétés. — Les fausses routes sont dites *incomplètes* lorsque l'instrument s'est enfoncé dans les tissus en y creusant un trajet en cul-de-sac; on les désigne sous le qualificatif de *complètes* lorsque le cathéter, après avoir pénétré dans les tissus, arrive jusque dans la vessie.

Les premières guérissent sans déterminer de complications sérieuses; les secondes, au contraire, permettant à l'urine de s'infiltrer dans les tissus, favorisent la formation d'abcès urinaires. Dans l'hypertrophie de la prostate, cependant, la fausse route ne donne lieu à aucun accident, aussi a-t-elle été érigée en méthode de traitement.

Diagnostic. — Le chirurgien reconnaît assez facilement qu'il fait une fausse route aux signes suivants : « Après avoir constaté la présence d'un obstacle, il sent tout à coup la résistance vaincue et perçoit la sensation d'une déchirure dont le malade l'avertit souvent lui-même.

« S'il retire un peu la sonde il ne la trouve pas serrée comme elle le serait par un rétrécissement; s'il continue à l'enfoncer il s'aperçoit qu'elle avance par saccades. En mettant l'index dans le rectum il constate que la courbure de la sonde n'est séparée de son doigt que par une couche de tissus très peu épaisse ou qu'elle est plus ou moins déviée vers un de ses côtés. Enfin il peut avoir mis la sonde tout entière dans l'urètre sans avoir donné issue aux urines et, quand il la retire, il retrouve ses yeux obstrués par des caillots de sang; au même moment il se fait par le méat une hémorragie dont l'abondance est assez variable » (VOILLEMIER).

Pour connaître une fausse route ancienne, la difficulté est bien plus grande. Le cathéter explorateur pénètre dans le trajet, puis s'arrête brusquement, mais un rétrécissement qui laisse encore passer l'urine, arrête très bien le cathéter. Avant de se prononcer il faut avec un doigt introduit par le rectum, rechercher le bec de l'instrument, voir s'il se laisse déplacer ou si au contraire il est pincé et immobilisé.

Les commémoratifs seront aussi d'un grand secours. « En général vous devez craindre qu'il n'y ait fausse route lorsque le cathétérisme a provoqué une abondante hématurie ou une abondante urétrorragie chez un individu

qui ne perd pas habituellement de sang par les voies urinaires » (GUYON).
Traitement. — La seule médication consiste à introduire une sonde à demeure de façon à prévenir l'infiltration ou les abcès urinaires. Mais le cathétérisme en pareille occurrence est souvent fort difficile; après avoir exploré le canal et reconnu la fausse route, le chirurgien essaiera de conduire la sonde de manière à l'éviter. Si quelques tentatives restaient infructueuses, GUYON propose d'abandonner la partie, de recourir à la ponction capillaire qui permettra de gagner du temps; à quelques jours de là on renouvellera le cathétérisme qui, dans maintes circonstances, aura chance de réussir.

§ 2. — Corps étrangers de l'urètre

1° CORPS ÉTRANGERS VENUS DE LA VESSIE CALCULS DÉVELOPPÉS DANS LE CANAL DE L'URÈTRE

Bibliographie. — MORAND, *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. II. — BOINET, *Gaz. méd.*, 1841. — GOSSELIN, *Gaz. des Hôp.*, 1847. — VELPEAU, *Bull. de thérap.*, 1849. — DENUGÉ, *Corps étrangers, etc.*, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 2^e semestre, 1856. — FOUCHER, LAUNAY, *Bull. de thérap.*, 1850, t. LIX. — SÉGALAS, *Gaz. heb.*, 1860. — CAVASSE, *Gaz. heb.*, 1864. — BOURDILLAT, *Th. de Paris*, 1869. — GRANJUX, *Th. de Strasbourg*, 1870. — BOURDON, *Th. de Paris*, 1871. — POULET, *Traité des corps étrangers*, Paris, 1879.

Les calculs qui s'arrêtent dans l'urètre proviennent des reins ou sont les débris de calculs vésicaux. Lorsqu'ils sont peu volumineux les calculs s'engagent dans le canal et arrivent sans encombre jusqu'à la fosse naviculaire, ils peuvent alors être simplement expulsés, ou bien arrêtés par l'étroitesse du méat ils restent en ce point; on voit aussi les calculs séjourner au niveau du bulbe. La présence de ces corps entraîne toute une série de troubles; chez les enfants dont l'urètre est dilatable, en arrière de l'obstacle se développe une poche dont le volume peut atteindre ou dépasser celui du poing; chez les adultes la dilatation est beaucoup moins considérable.

Les dimensions du calcul ainsi arrêté s'accroissent par suite de dépôts concentriques; cependant jamais il n'existe de rétention d'urine complète, car il se forme sur la face supérieure ou inférieure du calcul une sorte de rigole qui permet l'écoulement de l'urine.

Certains calculs, après s'être arrêtés dans la partie postérieure de l'urètre, subissent par suite des dépôts successifs un accroissement rétrograde. Ainsi se produisent des calculs dits uréthro-vésicaux constitués par deux masses, l'une urétrale primitive, l'autre vésicale de formation nouvelle; ces deux fragments sont reliés l'un à l'autre par une portion intermédiaire effilée, en sorte que la masse totale prend l'aspect d'un bouton de chemise; fréquemment cette portion intermédiaire se rompt.

Symptômes. Diagnostic. — L'arrêt du calcul dans l'urètre donne lieu à un ensemble de symptômes caractéristiques. D'ordinaire le patient éprouve au

cours de la miction une douleur excessivement vive, puis le jet d'urine diminue brusquement et le liquide s'échappe goutte à goutte. Lorsque l'obstruction est produite par un débris de calcul vésical, les aspérités de celui-ci déchirent la muqueuse, il est commun en pareille occurrence de voir sortir après l'accident quelques gouttes d'urine sanguinolente. Ces divers signes qui doivent attirer l'attention du chirurgien ne sauraient donner une certitude absolue. Aussi est-il toujours indiqué de recourir à la palpation et à l'exploration de l'urètre.

La palpation laisse reconnaître en un point du canal la présence d'un corps dur, mal circonscrit, qu'il est bien difficile de confondre avec un abcès urinaire en voie de formation; du reste, en semblable circonstance, le cathétérisme lèvera tous les doutes. La sonde, en effet, sera arrêtée par le corps du délit sur lequel la percussion produira un bruit particulier, de plus en faisant monter et descendre l'instrument on éprouvera une sensation de frôlement spécial.

Les petits calculs sont parfois expulsés au bout de peu de jours, ou bien ils retombent dans la vessie. Ceux dont le volume est considérable ulcèrent le canal et se creusent une loge dans laquelle ils restent enkystés pendant un temps plus ou moins long sans déterminer d'accident, puis, sous l'influence d'une poussée inflammatoire, un abcès se développe et le calcul s'échappe à l'extérieur.

Les calculs formés dans le canal de l'urètre diffèrent notablement des précédents, tant par leur mode de développement que par leur constitution physique. Chez certains sujets, il reste après la miction quelques gouttes d'urine qui s'accumulent dans des poches formées en arrière d'un rétrécissement ou dans les foyers d'anciens abcès urinaires. Lorsque ce liquide se décompose, ses éléments se précipitent, ainsi se développent des calculs de phosphate de chaux.

Ces corps étrangers, en raison de leur siège dans une cavité latérale au canal,

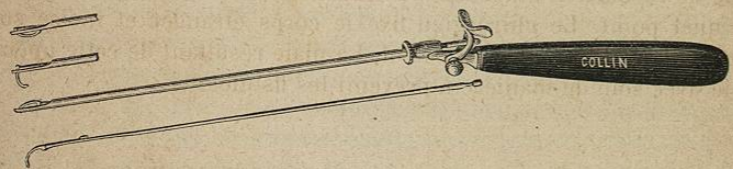


Fig. 89. — Curette urétrale à poucette de COLLIN.

gènent peu le cours des urines, mais ils ont une tendance manifeste à perforer les tissus.

Traitement des calculs de l'urètre. — Suivant la situation et le volume du corps étranger, le chirurgien cherchera à l'extraire par les voies naturelles, à le repousser dans la vessie ou à le retirer par une ouverture artificielle.

a. *Extraction par les voies naturelles.* — Si le calcul, petit, lisse, est resté dans la fosse naviculaire, un léger débridement du méat suffit pour qu'il soit chassé par l'urine; en maintes occasions aussi la manœuvre suivante rendra

des services : « Vous introduisez une sonde cannelée entre le calcul et la paroi inférieure de l'urètre, un léger mouvement de bascule fait alors chavirer le fragment le long de la paroi supérieure et l'amène au dehors » (GUYON).

Si ces tentatives restaient infructueuses, on aurait recours à la curette arti-

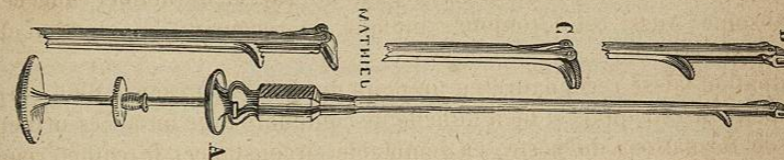


Fig. 90. — Brise-pierre urétrale de NÉLATON.

culée de LEROY D'ÉTIOLLES ou de COLLIN (fig. 89), aux pinces urétrales (fig. 95 et 96) ou au brise-pierre de NÉLATON (fig. 90).

b. *Propulsion dans la vessie.* — Cette manœuvre convient uniquement aux corps étrangers arrêtés non loin du réservoir urinaire; elle se pratique à l'aide



Fig. 91. — Sonde à robinet et résonateur disposée pour refouler les graviers engagés dans la prostate.

d'une grosse sonde qui sert à refouler le corps du délit. GUYON a fait construire pour ce cas particulier une sonde à bec court (fig. 91).

c. *Extraction par une boutonnière artificielle.* — Lorsque ces moyens ont échoué et que le calcul se trouve retenu par les aspérités qui le hérissent, il est indiqué de recourir à l'incision du calcul. Cette opération peut se faire en n'importe quel point. Le chirurgien fixe le corps étranger et incise sur lui jusqu'à ce qu'il soit arrivé sur le calcul. La plaie résultant de cette opération sera réunie avec soin de manière à prévenir les fistules.

2° CORPS ÉTRANGERS INTRODUITS PAR LE MÉAT

Les corps étrangers que l'on rencontre dans le canal de l'urètre de l'homme sont aussi nombreux que variés, nous ne reviendrons pas sur leur énumération déjà faite à propos des corps étrangers de la vessie.

Une fois introduits dans le canal, ces corps, grâce à leurs aspérités, peuvent s'engager dans un point de la muqueuse et s'y fixer, plus souvent ils cheminent du côté de la vessie.

Les auteurs ont beaucoup discuté sur le mécanisme qui détermine la progression de ces corps jusque dans les parties profondes; nous croyons qu'il faut surtout invoquer le retrait de l'organe et ses mouvements péristaltiques après l'éjaculation.

Symptômes. — a. *Troubles de la sensibilité.* — Au bout d'un certain temps le contact du corps étranger avec la muqueuse devient fort pénible, les douleurs s'irradient au périnée et au bas-ventre du côté de l'abdomen.

b. *Troubles fonctionnels.* — Les troubles de la miction sont des plus variés; habituellement, pendant les premiers instants, l'urine s'échappe goutte à goutte, bientôt surviennent des phénomènes inflammatoires, caractérisés par l'écoulement d'un liquide d'abord séro-sanguin, plus tard franchement purulent. La verge se gonfle, double ou triple de volume et prend une coloration rougeâtre. Il faut craindre alors l'infiltration d'urine et la formation d'abcès.

Dans un certain nombre d'observations on a constaté une tolérance rela-



Fig. 92. — Calcul urétral formé autour d'une aiguille.
(Extrait du *Traité des corps étrangers* de POULET.)

tive du canal pour ces hôtes incommodes, mais, fait à noter, tous ces exemples se rapportent à des corps étrangers fixés dans la portion périméale; nous n'en connaissons pas pour la portion pénienne. Ces substances ainsi arrêtées ne tardent pas à se recouvrir de dépôts; les figures 92 et 93 nous montrent une aiguille (GUEURY) et un clou extraits de l'urètre et autour desquels s'était formé un véritable calcul.

Traitement. — On a conseillé à ceux qui avaient un corps étranger dans l'urètre de retenir leur urine, puis, lorsque le besoin devient violent, ils doivent pisser et pincer en même temps le méat. Aussitôt que la verge est fortement distendue, ils lâchent le pénis, et un flot d'urine s'échappe, entraî-



Fig. 93. — Pointe de fer introduite dans l'urètre extraite par la taille urétrale.
(Extrait du *Bulletin de thérapeutique*.)

nant parfois le corps du délit. Bien que ce moyen ait donné de bons résultats à AMUSSAT, le père, nous n'y avons pas grande confiance.

Nous préférons de beaucoup tenter l'extraction par les voies naturelles. Les procédés employés dans ce but rentrent tous dans les catégories suivantes : manœuvres externes — préhension au moyen d'instruments divers — extraction par manœuvres spéciales.

Les manœuvres externes ont pour but d'agir sur le corps étranger, à travers la peau et les tissus du périnée ou de la verge. Suivant les conditions, le chirurgien s'efforce de repousser le corps dans la vessie ou de le conduire au méat. Nombre d'instruments ont été inventés pour extraire les corps étrangers de l'urètre; les plus usités sont : les pinces urétrales de HUNTER, de MATHIEU et de COLLIN (fig. 94, 95, 96 et 97).

En présence de cas dans lesquels les moyens ordinaires avaient échoué, les chirurgiens ont imaginé des procédés particuliers dictés par la nécessité.

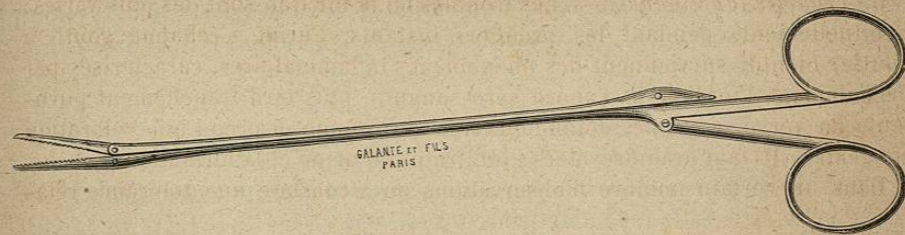


Fig. 94. — Pince agissant par glissement, pour extraire les corps étrangers de l'urètre.

Ainsi BOINET, ayant à retirer une épingle, employa une série de manœuvres préconisées par S. COOPER, et dont l'ensemble constitue une véritable version.

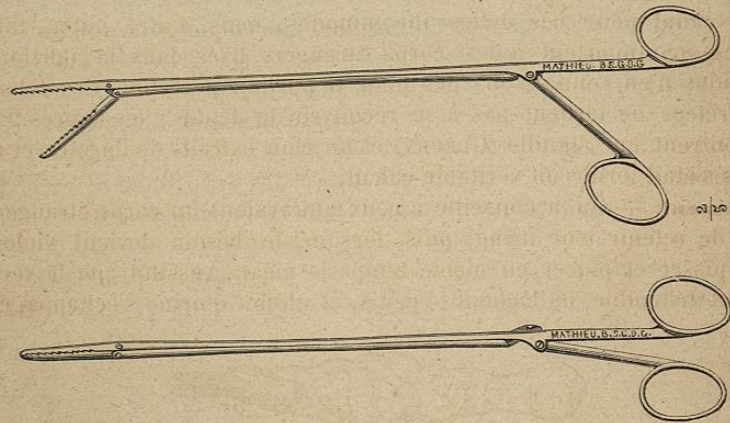


Fig. 95 et 96.
Pince urétrale de MATHIEU.

Avec le pouce de la main gauche, l'opérateur fixa la tête de l'épingle qui avait été introduite la première, puis coudant brusquement la verge au niveau de la

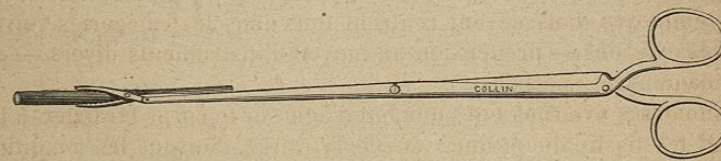


Fig. 97. — Pince urétrale à anneaux de COLLIN.

pointe, il fit sortir l'épingle à travers les parois de l'urètre; par un mouvement de bascule de haut en bas, il abaissa la pointe de l'instrument vers la racine

de la verge, pour ensuite la faire rentrer dans le canal en poussant de bas en haut, de telle sorte que la tête se trouvait du côté du méat.

VOILLEMIER a retiré un morceau de sonde de trousse, en insinuant dans la cavité de celle-ci une petite bougie de cordes à boyaux qu'il laissa pendant deux heures, jusqu'à ce qu'elle ait eu le temps de se gonfler; il ramena ensuite le bout de la sonde.

§ 3. — Des urétrites

D'une façon générale, on désigne sous le nom d'urétrite l'inflammation du canal de l'urètre. Cette inflammation se traduit par l'issue au méat d'un liquide contenant une proportion variable de globules de pus (écoulement).

Parmi les circonstances susceptibles de déterminer cette inflammation, il faut citer en premier lieu l'inoculation du pus blennorragique; différents autres facteurs peuvent produire le même résultat.

Ici, c'est un corps étranger introduit dans le canal qui agit par action de présence; là, il faut accuser les modifications subies par l'urine après l'absorption de certains médicaments (cantharides, diurétiques, etc.). Ailleurs, l'urétrite est la manifestation d'un état-diathésique; les urétrites tuberculeuses sont bien connues actuellement, grâce aux travaux de GUYON et de son élève TAPRET; la discussion soulevée par PETER à la Société médicale des hôpitaux (1867), les observations des différents auteurs qui ont écrit sur la goutte et le rhumatisme permettent d'affirmer l'existence d'urétrites arthritique et goutteuse.

Il ne nous appartient pas ici d'étudier les caractères distinctifs de ces divers états, mais il faut que le praticien soit prévenu de leur existence, pour qu'en présence d'un écoulement il ne se hâte pas de conclure toujours et quand même à l'existence d'une blennorragie.

1° URÉTRITE BLENNORRAGIQUE AIGÜË

Bibliographie. — CARMICHAËL, *Essay on the Venereal Disease*, London, 1825. — RICORD, *Leçons cliniques*, in *Gaz. des Hôp.*, 1835-1853, et *Traité pratique des maladies vénériennes*, 1858. — DEBENEY, *Mém. sur le trait. abortif par le nitrate d'argent*, in *Journ. de Malgaigne*, 1843. — LANGLEBERT, *Mém. sur les injections caustiques récurrentes*, etc., Paris, 1856. — DAUVÉ, *Trait. par les balsamiques et l'injection sous-nitrate de bismuth*, in *Bull. de thérap.*, 1860. — MOURLON, *Rec. de mém. de méd. et de chir. milit.*, 1861. — HICQUET, *De la méthode substit. ou de la cautéris. employée au trait. de l'urét. aiguë ou chronique*, 1862. — CULLERIER, *Des affections blenn.*, et *Leçons professées à l'Hôpital du Midi*, 1861. — MONTANIER, *Gaz. méd.*, 1863. — BELHOMME et MARTIN, *Traité de pathologie syphil. et vénér.*, 1864. — PANAS, *Emploi du santal jaune*, etc., in *Bull. de la Soc. de chir.*, 1865. — FOURNIER, art. BLENNORRAGIE du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1866. — ROLLET, art. BLENNORRAGIE du *Dict. des sciences méd.*, 1868. — BONNIÈRE, *Précis hist. de la blenn.*, 1873. — STERN, *Trait. de la blenn. par le glycérolé de tannin*, in *Ann. de dermat.*, 1874. — DIDAY et DOYON, *Mal. vénér. et cutanées*, 1876. — JULLIEN, *Traité des maladies vénér.*, 1879. — NEISSER, *Centralbl. f. die med. Wissenschaft*, 1879. — BOURGEOIS, *Traitement par le permanganate*, in *Bull. de thérap.*, 1880.

t. XCVIII. — PASQUA, *Trait. par l'hydrate de chloral*, in *Ann. de dermat.*, 1880. — EKLUND, *Les microbes de la blenn.*, in *Ann. de dermat.*, 1882. — ROSOLIMOS, HORTELOUP, JULLIEN, BOCKHART, PÉTRONE, *Nature de la blenn.*, in *Ann. de dermat.*, 1883. — NEISSER, BOCKHART, BOUCHARD, *Disc. au congrès de Copenhague*, 1884. — C. PAUL, *Soc. de thérap.*, 1884.

Thèses de Paris. — 1834, VIRGILE, VAUTHIER. — 1836, WAL MOREAU. — 1838, LATOUR. — 1839, PILLAUT. — 1840, BERTRAND, SAVALLE, SÉCAL. — 1841, DEBLED, MATTHEYS, LE MOUNYER. — 1842, POUMET. — 1843, BRUNELLE. — 1844, SAINTOYANT. — 1846, NOUFFERT. — 1851, LEBEL, PLUMEAU. — 1853, DANDREAU. — 1854, VEYNE. — 1858, CABY, GUYOMAR. — 1863, ALLORGE. — 1864, BAZIN. — 1868, ROBERT. — 1869, GALTIE. — 1870, ROUCHÉDY. — 1874, DURAND. — 1875, PATHAULT.
Thèse de Nancy. — 1880, WEISS (*Microbe de la blenn.*).

La blennorragie urétrale est sans contredit la plus commune de toutes les maladies vénériennes. Pendant de longues années elle a été désignée sous le nom de gonorrhée, ou écoulement de semence, SWEDIAUR proposa de remplacer ce terme par celui de blennorragie.

Anatomie pathologique. — Les altérations anatomiques de la blennorragie aiguë ont pu être étudiées à l'aide de l'endoscope et contrôlées par plusieurs autopsies. Les lésions consistent au début en une injection de la muqueuse qui se montre rouge et dépolie, plus tard l'inflammation se communique aux tissus sous-jacents. Parti du méat, le processus envahit la fosse naviculaire, puis le cul-de-sac du bulbe, dans lequel il se localise. L'urètre postérieur échappe fréquemment à la contagion, car il faut une véritable intervention mécanique pour que la partie profonde du canal soit envahie.

Sous l'influence de cette inflammation, l'épithélium s'exfolie, toutefois il ne se produit pas d'ulcérations (FOURNIER); les lacunes, dont la muqueuse urétrale est criblée, disparaissent; aussi à l'autopsie des sujets qui ont eu plusieurs blennorragies, c'est à peine si l'on en trouve des traces.

Nature de la maladie. — La blennorragie est une affection essentiellement contagieuse; sur ce point les auteurs sont d'un avis unanime; mais peut-on affirmer que toutes les blennorragies résultent d'un contact impur; faut-il qu'un sujet soit en possession d'un écoulement contagieux pour infecter un autre? En d'autres termes, y a-t-il deux variétés de blennorragie, l'une contagieuse, l'autre simple, bénigne, non inoculable?

Nombre d'opinions ont été émises sur ce sujet et deux écoles opposées se trouvent encore en présence.

Les uns, avec GOSSELIN, ALPH. GUÉRIN, CULLERIER, DIDAY, ROLLET, MARTIN et BELHOMME, croient à l'existence dans le pus de la blennorragie, d'un principe, source exclusive de la contagion, et admettent, comme le dit GOSSELIN, « que l'on ne gagne jamais la chaudepisse, quoi qu'on fasse avec une femme qui n'a pas la chaudepisse ». D'autres, parmi lesquels RICORD, LANGLEBERT, FOURNIER, PROFETA, BERKELEY, HILL, JULLIEN, « pensent qu'une cause irritative quelconque, apte à provoquer l'inflammation d'une muqueuse, peut donner naissance à un écoulement, aussi aigu, aussi persistant, aussi contagieux, aussi blennorragique, en un mot, que s'il devait son origine à la contagion la plus avérée » (JULLIEN). « Fréquemment les femmes donnent la blennorragie sans

l'avoir » (RICORD). « C'est à mon sens, *plus fréquemment* qu'il aurait fallu dire; pour une blennorrhagie qui résulte de la contagion, il en est trois au moins où la contagion, dans le sens précis de mot, ne joue aucun rôle » (FOURNIER).

Entre ces deux opinions, quelle est la véritable?

Jusque dans ces dernières années, il était bien difficile de se prononcer, car les deux théories, défendues habilement par leurs partisans, semblaient reposer sur des faits bien observés; les recherches récentes ont porté la question sur un terrain nouveau.

Dès 1844, DONNÉ avait signalé dans le pus de la blennorrhagie la présence de parasites animaux et végétaux, tels que le *Vibrio Lineola*, le *trichomonas*; en 1852, JOUSSEAUME décrivait le *Genitalia*, HALLIER et SALISBURY étudièrent aussi diverses variétés de spores provenant du pus de la blennorrhagie. Ces auteurs prétendaient que la maladie était le résultat de l'introduction et du développement de ces microphytes dans l'urètre; leurs assertions toutefois ne reposaient sur aucun fait précis. En mai 1878, NEISSER, dont les expériences avaient été contrôlées par COHN (de Breslau), annonçait avoir découvert entre les cellules de pus et à leur surface un nombre considérable de micrococcus à forme caractéristique auxquels il donne le nom de gonococcus; ces microbes existaient dans le pus de toutes les blennorrhagies, tandis qu'on ne les avait pas rencontrés dans treize (13) cas de leucorrhée vaginale pris au hasard. WELANDER, complétant ces expériences, a trouvé les gonococcus de NEISSER dans cent vingt-neuf (129) blennorrhagies aiguës et dans quinze (15) blennorrhagies chroniques chez les hommes, ainsi que dans la sécrétion urétrale purulente de soixante-dix-neuf (79) femmes.

Dans vingt-cinq (25) cas il a pu découvrir les personnes qui avaient communiqué la blennorrhagie et constaté chez elles la présence du gonococcus.

Les essais d'inoculation avec des sécrétions ne contenant pas de gonococcus (sécrétion vaginale d'une vierge, écoulement purulent vaginal contenant des microbes bacilliformes mais pas de gonococcus, sécrétion de balanite fétide, etc.) ont donné des résultats négatifs.

Chez les hommes on a rencontré des gonococcus non seulement dans les sécrétions urétrales, mais encore dans les abcès péri-urétraux, dans une lymphangite transformée en abcès.

BOCKAI a inoculé avec succès chez trois femmes des gonococcus cultivés par lui, BOCKARD et FELHEISEN ont obtenu le même résultat en inoculant un paralytique général; LÆFFLER toutefois n'a pu réussir à cultiver le gonococcus en utilisant le procédé de FELHEISEN.

Ces faits militent en faveur de l'hypothèse suivant laquelle les gonococcus sont les microbes pathogènes de la blennorrhagie et nous dirons donc: La blennorrhagie est une affection contagieuse inoculable, caractérisée par la présence dans le pus, d'un microbe spécial, le gonococcus de NEISSER.

Dans ces conditions, les rivalités entre les unicistes et les dualistes seraient terminées, puisque tout écoulement dans lequel il n'existerait pas de gonococcus constituerait une urétrite simple non inoculable.

Étiologie. — D'après ce que nous venons d'exposer, la blennorrhagie résulterait toujours du contact du pus chargé de gonococcus avec la membrane mu-

queuse de l'urètre; de tous les moyens de contracter la maladie, le coït avec une personne infectée est assurément le plus sûr, surtout le plus commun; ce ne serait pas le seul: on conçoit en effet que le contact du pus blennorrhagique avec la muqueuse urétrale puisse s'établir de bien des façons différentes.

Symptômes. — a. *Prodromes.* — L'urétrite blennorrhagique ne se montre pas immédiatement après le coït, il s'écoule entre la copulation et l'apparition des phénomènes un laps de temps qui varie de quatre à sept jours. Le malade éprouve d'abord une sensation de chaleur le long du canal puis une sorte de chatouillement à l'extrémité de la verge et parfois sur toute la surface du gland. Bientôt le méat devient rouge, enflammé, il en sort un liquide blanchâtre qui ne tarde pas à devenir jaunâtre, ensuite verdâtre.

b. *Période d'état. Période aiguë.* — Trois phénomènes caractérisent la blennorrhagie parvenue à sa période d'état: l'inflammation des organes, l'écoulement et la douleur.

Inflammation. — Le gland est hyperémié, rouge, chaud, tendu, luisant; les bords du méat, boursoufflés, présentent de petites excoriations dues au contact incessant du pus; le canal épaissi fait à la face inférieure de l'organe un relief appréciable.

Écoulement. — Le liquide qui s'échappe de l'urètre est un muco-pus jaunâtre ou jaune verdâtre dans lequel, ainsi que nous l'avons vu, l'examen histologique permet de reconnaître une masse de gonococcus. L'écoulement se produit d'une manière continue, presque à l'insu du malade; le liquide tache fortement le linge.

Douleur. — Les douleurs, rarement spontanées, se manifestent surtout pendant la miction et l'érection. Au moment de l'émission de l'urine on voit les patients se cramponner aux objets qui les environnent et manifester la douleur la plus vive. Cette douleur âcre, cuisante, a valu à la maladie son nom vulgaire de chaudepisse.

Les érections nombreuses constituent un des grands tourments des patients; « elles réveillent le malade dix, vingt fois par nuit; de là des insomnies fatigantes, intolérables, laissant à leur suite un certain état de malaise, d'agacement nerveux, et même parfois de réaction fébrile » (FOURNIER). Ces douleurs pendant les érections sont faciles à expliquer; par suite de l'inflammation, le canal a perdu sa souplesse ordinaire, dès lors il ne peut plus suivre les corps caverneux dans leur développement; de là des tiraillements d'autant plus douloureux que le processus inflammatoire est plus violent.

En certaines circonstances, l'urètre inextensible arrête le mouvement de dilatation des corps caverneux qui s'incurvent en une sorte d'arc dont le canal forme la corde, *chaudepisse cordée*.

Les pollutions nocturnes se montrent assez communes durant la blennorrhagie, elles s'accompagnent d'une sensation pénible et de l'issue de quelques gouttes de sang. Notons encore des irradiations douloureuses dans la région scrotale, au périnée, à l'aîne, etc.

c. *Période de déclin.* — Les phénomènes ci-dessus énumérés commencent à s'amender vers le vingtième jour; l'écoulement diminue, les souffrances occa-