

tuméfaction se développe et s'étend, le gonflement s'étend jusqu'à l'urètre, et il devient difficile au bout d'un certain temps de reconnaître le point de départ primitif. La suppuration est une des terminaisons les plus habituelles; d'autres fois, l'inflammation se termine par induration.

Quelques complications, la rétention d'urine, par exemple, ont été relevées; la suppuration s'ouvre d'ordinaire à la peau: dans quelques cas, cependant, l'ouverture s'est faite dans l'urètre. On peut se demander s'il ne s'agissait pas alors d'abcès urinaires pris pour des cowpérites.

L'ouverture, une ouverture large et hâtive, constitue le meilleur traitement de la cowpérite: parfois l'ouverture laisse à sa suite une fistule, surtout dans les cas où l'inflammation a évolué d'une façon subaiguë ou chronique. Ces fistules sont entretenues par les débris de la glande, que la suppuration n'a pas détruits: il faut les supprimer complètement pour obtenir l'oblitération de ces fistules.

Parmi les autres complications locales se trouvent la *cystite*, et les infections ascendantes de l'urètre, du bassin et du rein (*urétérite*, *pyélite* et *pyélonéphrite*), la *prostatite phlegmoneuse aiguë*, la *spermatocystite*, la *déférentite*, l'*orchite* et la *péritonite*. Chez la femme, ces complications locales sont constituées par la *vulvite*, la *bartholinite*, la *vaginite*, la *métrite* et surtout par les infections annexielles, la *salpingite* ou l'*ovario-salpingite*, dont la blennorragie est la cause la plus fréquente avec l'infection puerpérale.

Dans toutes ces complications, l'infection se réalise par propagation: d'autres complications se produisent à distance, qui ne relèvent pas de l'infection générale, mais reconnaissent pour cause le transport du gonocoque de l'urètre où il pullule jusqu'à une région où il va cultiver à nouveau. Ainsi se produisent les *conjunctivites*, l'infection des muqueuses buccale et anale, etc.

Les *complications générales* se produisent d'une autre façon: elles résultent d'une infection sanguine, c'est-à-dire d'un transport du gonocoque par le sang, ou plutôt d'une intoxication provenant des toxines gonococciques passées dans la circulation. Sur ce point, la discussion est ouverte et il suffira de se reporter aux chapitres qui traitent de chacune de ces affections pour y trouver des descriptions détaillées et très complètes.

Dans l'ordre chirurgical, la blennorragie détermine le *rhumatisme*, les *synovites*, les *périostites* blennorragiques.

Dans l'ordre médical, les complications relevant du gonocoque sont la *pleurésie* (Eichhorst, Finger), l'*endocardite*, la *péricardite*, la *myocardite*. Du côté du système nerveux, on a signalé des *névrites*, *névrite sciatique* ou *crurale*, la *myélite* ou la *méningo-myélite*, voire même la *névrite optique*.

Enfin, dans le système cutané, Finger, Raynaud ont décrit des dermatoses du genre de l'érythème polymorphe, qui sont à mettre sur le compte de la blennorragie, et Jeanselme a également rattaché à la blennorragie certains troubles trophiques qu'il a observés au niveau du membre inférieur.

Pronostic. — Par elle-même, l'urétrite blennorragique ne comporte pas un pronostic grave. Convenablement soignée, elle guérit rapidement.

Il n'en va plus de même si on l'apprécie au point de vue de ses complications et de ses suites éloignées. Par ses complications immédiates, elle expose à une série d'accidents d'une certaine gravité, et dont le retentissement peut s'effectuer à distance: la blennorragie constitue donc un danger social. La stérilité chez l'homme peut être la conséquence d'une orchite double: la salpingite chez la femme peut aussi exposer à de graves inconvénients et conduire directement ou indirectement à la stérilité.

Enfin, le rétrécissement est la conséquence éloignée, mais régulière en quelque sorte, de l'urétrite blennorragique: et tous les accidents graves auxquels exposent les rétrécissements de l'urètre ont leur source première dans la blennorragie initiale.

Au point de vue du mariage, le diagnostic de la guérison de l'urétrite comporte donc une grande valeur. Pour que le mariage soit permis à un ancien blennorragique, il faut absolument que toute trace des gonocoques ait disparu, que les filaments soient disparus ou du moins soient constitués seulement par des cellules épithéliales. La disparition absolue des filaments épithéliaux est en effet le plus souvent impossible à obtenir. Enfin, il ne doit y avoir aucune complication génitale en cours. En outre, il est bon que le malade soit déjà guéri depuis un certain temps, afin de ne pas s'exposer à contracter une nouvelle infection avec les microbes vulgaires du vagin (1).

Diagnostic. — Le diagnostic de l'urétrite blennorragique doit donner la réponse aux questions suivantes:

1° *Y a-t-il urétrite?* 2° *quelle est sa variété microbienne?* 3° *quelle est son extension?* 4° *quelles sont ses complications?* C'est par l'examen complet du canal et de ses sécrétions que l'on peut trancher ces questions.

1° **Y A-T-IL URÉTRITE?** — C'est la question la plus simple à préciser: il suffit de voir la sécrétion purulente s'effectuer au niveau du méat pour que l'on soit autorisé à affirmer l'urétrite sans préjuger sa nature.

Certaines difficultés se présentent parfois: chez les individus porteurs d'un phimosis, la glande est recouverte, le méat reste inaccessible, et l'on ne sait s'il faut rapporter au gland ou au canal la sé-

(1) J. JANET, Réceptivité de l'urètre et de l'utérus. Blennorragie et mariage (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1893, p. 585).

crétion purulente qui paraît à l'orifice préputial. Dans ce cas, les phénomènes subjectifs éprouvés par le malade, la douleur de la miction permettront de penser que l'urètre est pris : d'ailleurs, que la balanite soit primitive ou qu'il y ait en même temps balanite et urétrite, le traitement du phimosis, la circoncision, est une opération préliminaire indispensable si l'on veut traiter méthodiquement le malade. Ce traitement est aussi nécessaire quand il s'agit d'une urétrite chronique.

Mais, après tout, c'est là une circonstance exceptionnelle, et le diagnostic de l'urétrite est établi quand on voit le pus sourdre à son méat, ou, à son défaut, quand on a les dirès du malade et les taches de la chemise pour corollaire.

Des abcès ouverts dans l'urètre, une folliculite en communication avec l'urètre, donnent une suppuration qui n'est pas blennorragique. En réalité, c'est tout de même une urétrite; il en est de même de la suppuration qui accompagne un corps étranger ou calcul.

Il s'agit seulement de rechercher si elle est ou si elle n'est pas blennorragique; on se basera sur les commémoratifs fournis par le malade, sur l'examen du canal ou sur l'examen du pus.

Ce sont encore les commémoratifs fournis par le malade, les sensations qu'il éprouve, l'aspect du méat, l'abondance de l'écoulement qui permettront de dire si l'urétrite est aiguë, subaiguë ou chronique.

2° QUELLE EST SA VARIÉTÉ MICROBIENNE? — Ce second point a tout autant d'importance que le premier; il domine le choix à faire dans la liste des agents thérapeutiques, l'examen de la sécrétion urétrale est absolument nécessaire et dans tous les cas.

Pratiquement, d'ailleurs, il serait trop compliqué d'avoir recours à des cultures : on peut arriver à faire extemporanément ce diagnostic de la variété microbienne d'une urétrite avec un objectif à immersion, une solution d'aniline quelconque et un peu d'eau.

Voici comment il convient de procéder : sur une lame on recueille une goutte de pus soit directement à la surface du gland nettoyé, soit avec une aiguille de platine introduite après flambage à quelques millimètres dans l'urètre. La goutte est étalée à la surface de la lamelle, et abandonnée jusqu'à dessiccation, ou légèrement flambée.

Alors on la recouvre de quelques gouttes d'une solution aqueuse saturée de bleu de méthylène et après quelques minutes on la lave à grande eau. L'excédent de colorant est entraîné; on sèche au papier buvard et à la lampe.

L'examen peut se faire en toute sécurité, et cet examen permettra de dire si l'urétrite est à gonocoque : d'ailleurs, s'il y a doute, on doit faire le Gram, ou même essayer des cultures (1).

(1) HOGGE, Gonocoques et pseudo-gonocoques (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1893, p. 281).

S'il n'y a pas de gonocoques, on recherchera les microbes des infections secondaires.

Et si on ne voit ni les uns ni les autres, ce qui n'arrive jamais dans les infections récentes, aiguës ou subaiguës, on peut conclure que l'urétrite est arrivée à la phase aseptique.

Il est certains cas cependant où l'on aurait tort de conclure, en l'absence des gonocoques dans la goutte, à la nature aseptique de l'écoulement. Les gonocoques restent quelquefois à l'état latent, peu nombreux, et cachés dans quelque diverticule. C'est alors qu'on doit chercher, suivant la pratique de Neisser, Kraft et Janet, à les mettre en évidence par une réaction : il suffit en général de faire dans l'urètre une instillation de nitrate d'argent à 2 p. 100 pour les voir réapparaître en abondance dans l'écoulement du lendemain. La bière, le coït ont la même influence sur la réapparition du gonocoque. La réaction de la bière ou du nitrate est particulièrement utile quand on veut s'assurer qu'un malade est définitivement sorti de la phase gonococcique.

3° DIAGNOSTIC DE L'EXTENSION EN SURFACE. — Il reste encore à trancher cette question délicate de l'intégrité ou non de l'urètre postérieur. Ce diagnostic est quelquefois épineux en dehors des cas où une orchite, par exemple, témoigne de la participation indéniable de l'urètre postérieur.

En dehors de cette circonstance, le diagnostic ne peut se faire qu'à l'aide de l'exploration du canal. Plusieurs moyens sont proposés et employés, ce qui prouve qu'il n'y en a aucun d'absolument sûr.

Un des plus simples, sinon des plus efficaces, est le procédé de la boule : enfoncez un explorateur à boule, de moyen volume, n° 18 par exemple, dans l'urètre, ramenez-le en avant après l'avoir enfoncé, il charge sur son talon les sécrétions dont l'urètre est rempli. Essuyez-le et introduisez-le dans l'urètre postérieur : en revenant, s'il est encore chargé d'un dépôt purulent, c'est que l'urètre postérieur est contaminé, puisque vous avez pris soin de ramoner auparavant l'urètre antérieur.

Ce procédé est défectueux. D'abord, tout explorateur introduit graissé dans un urètre y fait, par frottement, une sorte d'émulsion et revient chargé de quelque chose qui ressemble à du pus. Il faudrait donc toujours l'introduire trempé seulement dans la glycérine. De plus, comment s'assurer, comment affirmer que toutes les sécrétions de l'urètre antérieur ont été entraînées. C'est impossible; et le procédé est mauvais, ou tout au moins incertain.

Le procédé *des deux verres* est certes meilleur : on fait uriner le malade dans un verre, l'urine passe, entraîne les filaments de la sécrétion dont tout l'urètre antérieur ou postérieur est chargé. On l'arrête avant la fin, et on le fait uriner dans un deuxième verre. Si l'urine de ce second verre est trouble, c'est que l'urètre postérieur

est contaminé. En effet, l'urètre postérieur est en communication avec la vessie : l'urétrite postérieure propage ou rejette des sécrétions jusqu'à la vessie, et les urines qui séjournent dans cette dernière reçoivent de ce fait un trouble, un état floconneux qui se reflète dans le deuxième verre. Mais on peut toujours se demander si toutes les sécrétions de l'urètre antérieur ont été balayées par quelques grammes d'urine, et si les troubles du second verre ne viennent pas des restes du premier.

Aussi d'autres ont-ils proposé le procédé du *lavage* de l'urètre : c'est celui qui est pratiqué en Allemagne. On lave l'urètre antérieur avec une sonde introduite jusqu'au périnée et un courant d'eau ; on fait passer autant de seringues qu'il en faut pour faire disparaître tous les filaments du liquide que l'on recueille dans un verre après chaque injection et qu'on examine minutieusement à ce point de vue. Et quand on ne voit plus de filaments, on fait uriner le malade, et s'il y a des filaments dans ces urines, si elles sont troubles, alors c'est que l'urètre postérieur est pris.

Le procédé est certainement bon : mais il est long, et à cause de cela peu pratique.

Aussi donnons-nous la préférence au procédé de Kromayer, procédé de *l'injection colorée*. Dans l'urètre antérieur, on fait à canal ouvert une injection avec une solution de pyocétanine qui colore en bleu les filaments. On fait uriner ensuite le malade ; et si dans ces urines il y a des filaments blancs à côté des filaments colorés en bleu, c'est qu'ils viennent de la partie non touchée par le liquide colorant, c'est-à-dire de l'urètre postérieur. A l'injection, nous avons substitué l'instillation : l'instillateur est poussé jusqu'au bulbe, l'injection est lancée doucement, on injecte quelques centimètres cubes seulement jusqu'à ce qu'on voie paraître le bleu au méat, puis on ferme le méat. Nous avons remarqué qu'il fallait quatre minutes à une solution de bleu de méthylène à 1 p. 1000 pour colorer en bleu intense les filaments urétraux. Après quatre minutes, le liquide est exprimé sur un tampon, à plusieurs reprises, d'arrière en avant, et quand l'urètre est bien sec, on fait uriner le malade. L'urine est chargée de filaments bleus : cherchez les blancs ; s'il y en a, c'est qu'ils viennent de l'urètre postérieur.

L'*endoscopie urétrale* constitue encore, il est vrai, un excellent moyen de localiser les lésions dans l'urètre antérieur ou dans l'urètre postérieur. Mais ce moyen n'est pas sans inconvénient, puisque en cas d'indemnité de l'urètre postérieur, il serait susceptible d'y déterminer l'infection dont il est encore indemne. Il ne faut donc jamais introduire l'endoscope dans l'urètre postérieur que si l'on est sûr que l'urètre postérieur est également lésé.

4° DIAGNOSTIC DES COMPLICATIONS. — Parmi les complications locales de l'urétrite blennorragique, il en est un grand nombre qui

se caractérisent par des signes assez particuliers pour qu'il soit en général facile de les reconnaître.

D'autres, au contraire, sont en quelque sorte latentes elles méritent d'être cherchées, car elles influent notablement sur l'évolution de la maladie et doivent modifier la ligne de conduite à suivre.

De ce nombre sont, par exemple, les *trajets péri-urétraux*, la *prostatite* ou les *rétrécissements*.

Les *trajets péri-urétraux* ou *para-urétraux* s'ouvrent tantôt à l'extérieur sur les côtés du méat, tantôt sur le trajet de l'urètre. L'infection gonococcique y reste localisée, et il est absolument indispensable, pour guérir les malades, de commencer par tarir ces trajets. Quand le trajet s'est ouvert seulement dans l'urètre, le diagnostic en est très difficile, l'endoscope seul peut le faire découvrir. Il est alors une cause de persistance indéfinie de l'infection. Quand il s'ouvre à l'extérieur, on le reconnaît aisément, on l'ouvre et on le met en communication avec l'urètre.

La *prostatite chronique* se reconnaît à l'écoulement et au toucher. L'écoulement abondant, intermittent, se produit à de certains moments, par exemple quand le malade va à la selle. Ce liquide est filant. Par le toucher rectal, on le fait apparaître facilement ; la prostate, d'ailleurs, est molle, dépressible, spongieuse. Cette complication mérite d'être connue, car si elle n'est pas traitée spécialement, l'échec du traitement sera certain.

Les *rétrécissements de l'urètre* constituent une complication sérieuse des urétrites. Ils sont la raison de la persistance de bien des écoulements ; les rétrécissements du méat ont surtout à ce point de vue une influence néfaste.

Mais il n'y a pas à se préoccuper seulement des rétrécissements serrés, étroits : il faut aussi rechercher dans les urétrites chroniques surtout, les infiltrations de la paroi urétrale, c'est-à-dire les points où l'urètre, moins souple, est en train de subir les transformations scléreuses profondes qui conduisent au rétrécissement vrai.

Pour cela, un explorateur à boule de gros volume, un numéro 23 ou 25, par exemple, peut suffire : en le promenant dans l'urètre antérieur, on arrive parfaitement à sentir les parties indurées de l'urètre, ou à localiser le point maximum d'infiltration.

Toutefois le calibre de l'urètre étant différent, suivant les points, même à l'état normal, une boule ne donne pas des renseignements d'égale valeur pour l'entrée de l'urètre par exemple, ou pour le bulbe, où le calibre est plus large. Aussi peut-on se servir avec avantage pour cette exploration des urétromètres d'Otis ou de Weir.

Quelques complications sont plus spéciales à l'urétrite postérieure. De ce nombre sont la prostate chronique, la spermatorrhée et l'azoospermatorrhée.