

tua au bout d'un laps de temps plus ou moins long. Chez de nombreux malades, l'auteur a noté une tendance prononcée à la formation rapide d'ankyloses. Chez quelques-uns mêmes, il a été impossible d'empêcher cette complication de se produire.

Le traitement a consisté dans la ponction et l'injection d'une solution d'acide phénique. En cas de phlegmon, l'application de teinture d'iode a rendu de bons services ; trois fois on a été obligé de pratiquer l'arthrotomie. Après la disparition des symptômes aigus, la jointure était provisoirement immobilisée à l'aide d'un appareil plâtré, quitte à la mobiliser plus tard sous le chloroforme. En dernier lieu, on donnait des bains et on faisait des massage.

Dans aucun cas, on n'a trouvé de gonocoques, tandis qu'on a constaté à plusieurs reprises la présence de staphylocoques, streptocoques ou diplocoques.

Quant aux résultats obtenus, les pieds et les mains ont conservé leur mobilité ; le coude n'a jamais recouvré la sienne ; pour le genou, les effets du traitement ont été bons dans la moitié des cas ; la hanche présentait toujours une forte tendance à la contracture et à la destruction des surfaces articulaires, de sorte qu'ici l'on a été obligé de recourir à l'extension permanente.

## II. — DE LA BLENNORRHAGIE CHRONIQUE

### § I. — Considérations générales.

M. Finger commence ainsi le chapitre relatif au traitement de la blennorrhagie. « Il n'est peut-être pas en médecine de chapitre mieux fourni que celui que nous abordons : il n'est guère, en effet, d'affection qui ait suscité autant que la blennorrhagie des interventions aussi multiples que contradictoires, à laquelle on ait opposé simultanément ou successivement un aussi grand nombre de remèdes et de moyens curatifs.

« Malgré tout, peut-être aussi à cause de la multiplicité de toutes ces soi-disant ressources, le traitement de la chaude-pisse est un des plus ingrats que peut offrir la pratique médicale. »

Il faut encore pousser au noir ces lamentations médicales en ce qui concerne le traitement de la blennorrhagie chronique, ce n'est cependant pas une raison pour désespérer. Si l'on n'est pas encore maître du terrain, loin de là, on connaît mieux les causes des insuccès. Les études doivent moins se porter dorénavant vers le gonocoque que sur les transformations anatomopathologiques de la muqueuse urétrale produites par ce microbe.

Mais il ya un point sur lequel la science a fait un pas de géant, c'est sur la prophylaxie de cette blennor-

rhagie chronique, sur la contagiosité de cet écoulement chronique. Grâce aux travaux modernes, il ne doit plus être permis au médecin d'ignorer les tristes conséquences du coït avec blennorrhée concomitante. Si le praticien ne peut pas toujours se rendre maître de l'affection, il a au moins, actuellement, la consolation de pouvoir indiquer le péril qui menace les trompes et les ovaires de la femme acceptant des rapports avec une personne atteinte de la *goutte militaire*.

C'est M. Næggerath qui le premier, en 1872, jeta le cri d'alarme. « Peu après le mariage, disait-il, les femmes souffrent de règles douloureuses, de pertes blanches, de mictions fréquentes et pénibles, de pesanteurs lombaires, finalement d'inflammations péri-utérines et d'ovarites. C'est la gonorrhée latente du mari qui s'est transmise à la jeune femme sous forme soit aiguë, soit chronique... 90 p. 100 des femmes stériles ont pour mari des hommes qui, à une époque de leur vie, ont eu la blennorrhagie. »

Comme tous ceux qui devancent leur temps, il ne fut pas écouté. Les opérations gynécologiques allant chercher le gonocoque dans les organes abdominaux purent seules ouvrir les yeux, et, actuellement, les praticiens reconnaissent combien est fréquente la blennorrhagie acquise par la femme pendant les premiers jours du mariage.

Quelques médecins ont été plus loin : ils ont admis que cette blennorrhagie chronique, lors même qu'elle ne contient pas de gonocoques, peut, par l'apport de

microbes pyogènes, ouvrir une voie à l'infection de l'appareil utéro-ovarien, et par conséquent à l'infection puerpérale.

D'ailleurs, ce que je dis ici a été déjà décrit en termes bien plus éloquents par MM. Verchère, Bazy, Ozenne, Janet, Guiard, etc.; M. Jullien n'écrivait-il pas dernièrement : « Il faut que cette situation navrante prenne fin. Il faut que nous tous, médecins, nous fassions une croisade contre l'ennemi latent, cent fois plus terrible que la syphilis, ainsi que l'a clamé Næggerath ! »

Aussi le rôle du médecin est-il double dans le traitement de la blennorrhagie chronique : thérapeute et moraliste. Essayer par tous les procédés de détruire l'affection jusque dans sa dernière manifestation, le filament; dépeindre au malade les accidents graves qui peuvent résulter pour sa compagne ou sa future, s'il pratique le coït ou s'il se marie avant d'avoir reçu son *exeat* médical.

La blennorrhagie chronique se distingue surtout par l'absence de douleur et la présence d'un écoulement plus ou moins abondant; elle se révèle sous divers aspects : elle peut être la suite d'une blennorrhagie aiguë de date assez récente, ou bien une blennorrhagie invétérée ou négligée. Le microscope peut y déceler la présence ou l'absence du gonocoque; le canal peut être atteint de déformation congénitale (méat) ou de transformations anatomo-pathologiques de la muqueuse ou des glandes (rétrécissement,

prostatite chronique); enfin elle peut occuper les deux urèthres ou seulement l'urèthre antérieur.

Ce n'est qu'en tenant compte de toutes ces données que le praticien établira un traitement rationnel et que les chances de guérison seront assez grandes.

Le pronostic est naturellement en rapport avec le nombre des complications indiquées plus haut, mais le médecin qui voudra augmenter ses succès ne devra plus se contenter, comme il y a un quart de siècle, d'indiquer pour toute thérapeutique l'emploi d'une des injections qui pullulent dans les formulaires.

Après avoir reconnu la présence ou l'absence du gonocoque, c'est surtout vers l'anatomie pathologique du canal qu'il devra tourner son attention. Connaissant cette anatomie pathologique, il sera bien plus à même de diriger le traitement.

M. Finger donne les conclusions suivantes sur l'anatomie de la blennorrhagie chronique :

1° La blennorrhagie chronique est une inflammation chronique du tissu conjonctif sous-épithélial présentant deux stades : celui d'infiltration, et celui de néo-formation conjonctive suivie de rétraction.

2° Les complications de ce processus sont : la prolifération, la desquamation et la dégénérescence de l'épithélium de l'urèthre, les lésions des glandes de Littre et des corps caverneux.

3° Les résultats du processus sont la transformation de l'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux, l'occlusion ou la destruction des diverti-

cules de la muqueuse, la destruction des glandes de Littre.

Dans un excellent travail intitulé : *Urétrite et rétrécissement*, paru dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, MM. Hallé et Wassermann ont étudié avec beaucoup de soin les altérations épithéliales de l'urèthre consécutives à la blennorrhagie. « Si nous voulons tenter, écrivent-ils, de résumer ces diverses hypothèses pathogéniques dans un essai de classification, nous dirons : Les causes de l'altération épithéliale sont, les unes, dynamiques (inflammation spontanée ou provoquée), les autres, mécaniques (contact, pression anormale). (Il s'agissait de l'étude de vieux rétrécissements déjà traités par la dilatation.) Les altérations épithéliales ainsi produites sont tantôt de nature productive (prolifération, hypertrophie), tantôt de nature régressive (dégénérescences diverses : hyaline, iodophile, cornée et atrophique).

Dans un autre travail publié en 1896 (*même périodique*), M. Hallé écrit : « Dans l'urèthre chroniquement enflammé et rétréci, l'épithélium normal est remplacé par un épithélium pavimenteux plus ou moins semblable à l'épiderme. Cette transformation est d'abord partielle et limitée : au niveau des foyers circonscrits d'urétrite chronique se forment des plaques blanches, lisses, indurées, bien connues des endoscopistes : c'est l'épidermisation du revêtement épithélial qui leur donne cet aspect spécial. Souvent

la lésion s'étend pour envahir une grande étendue de la muqueuse ou tout l'urèthre même; elle ne manque, jamais au niveau des points rétrécis. »

Enfin le Dr Verhoogen a donné un excellent résumé de la marche de la blennorrhagie chronique et des altérations auxquelles elle conduit (*même périodique*, 1896).

« L'épithélium cylindrique de la muqueuse uréthrale disparaît pour faire place à un épithélium pavimenteux, épaissi et stratifié. Les lésions du derme muqueux dérivent de l'infiltration des cellules embryonnaires qui s'y produit à la période aiguë. Cette infiltration s'est faite d'une manière inégale: elle a naturellement été plus forte aux points où les gonocoques ont rencontré plus de facilité à pénétrer dans la profondeur, c'est-à-dire au niveau des glandes. Plus tard, elle a partiellement passé à résolution, mais il en est resté des bandes irrégulières, des nappes plus ou moins étendues dont la présence au sein du derme à provoqué, tout au moins en partie, des altérations nutritives de l'épithélium et les lésions que l'on y a constatées. Ces foyers persistant, l'infiltration s'y est organisée peu à peu et transformée en tissu fibreux, lequel, de son côté, va comprimer et étouffer les glandes. Celles-ci sont remplies de liquide d'épithélium accumulé, formant parfois de petites nodosités saillantes.

« D'autres fois, l'épithélium se desquame, laissant, par places, à nu le derme muqueux qui se recouvre de

bourgeons (granulations). Enfin toutes ces lésions peuvent se combiner à divers stades de leur évolution et donner ainsi des tableaux cliniques différents qu'Oberländer a décrits et classés avec soin.

« La nature même des lésions que nous venons d'énumérer brièvement fait comprendre leur résistance aux traitements vulgairement employés. Les altérations superficielles, épithéliales, les infiltrations embryonnaires, les granulations produites par la desquamation épithéliale à la surface du derme muqueux dénudé, guérissent sous l'action des astringents et des caustiques, mais que peuvent ces moyens, quelque énergiques qu'ils soient, contre les infiltrations dures siégeant dans l'épaisseur de la muqueuse, contre les lésions chroniques cantonnées dans les lacunes de Morgagni, les glandes de Littre, etc.? »

Ces études anatomo-pathologiques montrent combien un traitement unique contre une affection aussi multiple dans ses causes que simple dans son symptôme, qui est l'écoulement, a peu de chances de réussite et surtout la nécessité absolue d'avoir bien étudié l'état du canal avant d'entreprendre une thérapeutique quelconque.

#### § II. — Diagnostic de la cause ou des causes de la blennorrhagie chronique.

Comment un médecin doit-il examiner un malade atteint de blennorrhagie chronique?

a) COMMÉMORATIFS. — Les commémoratifs rendent