

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

de grands services pour la direction du traitement. Si la blennorrhagie chronique est la suite d'une première blennorrhagie aiguë datant de quelques mois et de moins d'une année, il y a des chances pour que le canal n'ait pas encore subi de transformation épithéliale de la muqueuse. Il est très rare qu'une blennorrhagie qui a débuté une année auparavant occasionne un rétrécissement.

Si l'écoulement est produit par une blennorrhagie invétérée qui date de quelques années avec des alternatives d'augment et de sédation, le pronostic est moins favorable.

Il est encore très important de connaître les traitements qui ont été employés.

Lorsque le malade a été atteint d'orchite ou de cystite, il est évident que la blennorrhagie a gagné l'urèthre postérieur et qu'il peut exister une prostatite chronique. Je dis prostatite et non blennorrhagie postérieure, car il y a déjà bien longtemps que j'ai exprimé l'opinion que l'on ce que appelle urétrite postérieure est en réalité une prostatite.

Il est aussi très important de bien examiner l'état général du malade et de connaître les maladies qui l'ont frappé antérieurement, car on ne doit pas oublier les urétrites diathésiques qui, quelquefois, se comportent comme de véritables blennorrhagies.

b) EXAMEN LOCAL. — Le médecin passera ensuite à l'examen local. Son attention se portera d'abord sur le méat : il examinera avec le plus grand soin s'il

n'existe pas de déformation congénitale de l'ouverture de l'urèthre : s'il ne se trouve pas entre le méat et la fosse naviculaire des diverticulums, des nids de pigeon, hypospadias, etc.

MM. Jamin et Janet ont insisté avec juste raison sur les graves inconvénients qui résultent de la présence de ces anomalies, qui deviennent de véritables retraites pour les microbes et éternisent ainsi la maladie en réinfectant le canal à chaque instant. Tant que ces diverticulums, etc. ne seront pas détruits, il n'y a pas lieu de compter sur une guérison. J'ai observé trois cas qui donnent pleine raison à cette manière de voir.

M. Felcki fait remarquer que chez les sujets du sexe masculin qui présentent des anomalies de développement du pénis, le gland est souvent creusé de canaux qui cheminent parallèlement à l'urèthre, qui s'ouvrent à l'extérieur, au voisinage du méat, qui mesurent jusqu'à 1 centimètre en profondeur, et qui débouchent dans le canal de l'urèthre par leur extrémité profonde. Quand un sujet qui réalise ce genre d'anomalie contracte une blennorrhagie, celle-ci peut envahir les canaux en question, en donnant lieu à ce qu'on appelle une urétrite externe. Et quand cette urétrite externe ne fait pas l'objet d'un traitement approprié, elle peut être une cause de réinfection qui se perpétue.

M. Felcki a eu en très peu de temps l'occasion

d'observer trois exemples de ce genre d'urétrite et où la guérison définitive de la blennorrhagie n'a été obtenue qu'après qu'on eut tari l'écoulement des canaux externes.

M. Alder a cité un cas très intéressant. En examinant un malade affligé depuis trois ans et demi d'une blennorrhagie qui avait résisté à tous les traitements, il constata l'existence d'un canal supplémentaire, qui débouchait au dehors, 2 millimètres en arrière du méat. Par le premier on faisait sourdre du pus hors de l'orifice externe de ce conduit, qui mesurait 2 centimètres de profondeur et qui s'ouvrait dans l'urètre. Avec l'instrument tranchant, on fendit la cloison qui séparait le canal supplémentaire de l'urètre, et bientôt le malade se trouva débarrassé à la fois de sa fistule et de sa blennorrhagie.

Je pourrais citer plusieurs observations du même genre qui me sont personnelles.

Les testicules seront examinés avec grand soin, ainsi que l'épididyme et le canal déférent de chaque côté. Le toucher rectal rendra compte de l'état de la prostate. Enfin le doigt promené le long du canal, sur la face inférieure de la verge, fera reconnaître les nodosités, les duretés du canal.

Reste l'examen du canal au moyen de la sonde. On se servira d'une bougie exploratrice n° 18. Introduite dans le canal, elle permettra au médecin de reconnaître soit les rétrécissements, soit les nodosités, soit la souplesse perdue des parois. Mais dans

cet examen, il faut avoir bien soin de ne pas confondre un rétrécissement situé au bulbe avec le spasme de la portion musculeuse. Quelquefois l'olive de l'instrument est arrêtée au cul-de-sac, et l'on s'imagine être en présence d'un rétrécissement bulbaire.

Le rétrécissement inflammatoire sera diagnostiqué de la spongite et de l'induration au moyen de la bougie exploratrice :

1° Par le frottement, qui, uniforme dans la spongite, est saccadé dans les rétrécissements ; ce frottement qui n'occupe qu'une longueur de 1 à 3 millimètres dans le rétrécissement, est senti pendant une grande longueur si l'on a affaire à une spongite (quelquefois 5 à 6 centimètres).

2° Par la douleur : le malade éprouve une douleur assez vive pendant tout le temps que le cône parcourt la partie atteinte dans la spongite, peu dans le rétrécissement.

Le diagnostic entre le rétrécissement et le spasme ou la contracture du col est assez facile pour une main un peu exercée. Le rétrécissement ayant généralement la forme d'un sablier, l'olive n'est arrêtée que progressivement : il y a une légère sensation de refoulement, puis un temps d'arrêt, et enfin un frottement prononcé dans une longueur de 1 à 3 millimètres ; l'olive se dégage ensuite progressivement. Dans le cas de spasme, on observe : arrêt brusque et non progressif, pas de sensation de

refoulement, frottement lisse et non rugueux, long de 1 à 3 centimètres.

Puis, en dernier lieu, le médecin fera uriner le malade, rien que pour examiner l'urine. M. Guyon a établi très judicieusement que ce liquide agissait sur la muqueuse uréthrale par sa composition.

Ce n'est pas dans cette première visite que la sécrétion du canal doit être examinée. Le médecin doit prendre pour règle absolue que le premier examen de l'écoulement uréthral n'est valable que quand l'échantillon du pus est pris le matin, au lever du lit, le malade n'ayant pas uriné depuis quelques heures. Il recommandera donc à son client d'uriner une dernière fois vers minuit et de venir se soumettre à l'examen dès la première heure, sans avoir uriné. A ce moment, on examinera tout d'abord si les deux lèvres du méat sont collées ; si le pus est venu, de son propre poids, à l'extrémité de la verge ; quelle en est la quantité ; puis le méat sera lavé à l'eau boricuée, pressé, et on récoltera le liquide avec la spatule ; ce liquide sera étendu sur la plaque de verre. S'il n'en vient pas, la spatule sera enfoncée dans le canal de quelques centimètres, et le produit du raclage étalé sur une lamelle, et on procédera à l'examen du pus comme il a été indiqué lors du diagnostic de la blennorrhagie aiguë.

C'est à ce moment que viendra l'épreuve si importante dite des verres. Faut-il faire uriner le malade dans trois verres seulement ou dans plusieurs ?

La méthode ordinaire consiste à faire uriner le malade successivement dans trois verres et à examiner chaque verre après la miction au point de vue des filaments. Si le premier verre contient des filaments et que les deux autres en soient indemnes, c'est que la blennorrhagie s'est cantonnée dans l'urèthre antérieur ; s'il y en a aussi dans le dernier, c'est que la maladie occupe les deux urèthres. Plus les filaments sont chargés de pus, plus ils sont lourds et plus vite ils gagnent le fond du vase : c'est donc un bon signe que de voir les mucosités surnager dans le liquide.

Comme le diagnostic exact entre la blennorrhagie occupant seulement l'urèthre antérieur ou, au contraire, les deux urèthres est très important, M. Kollmann, modifiant les méthodes de Goldenberg et de Jadassohn, a institué une méthode très délicate dite des cinq verres.

L'urèthre antérieur est lavé.

Le point auquel M. Kollmann fait la plus grande attention est celui de la pression : à aucun prix il ne faut pas que la pression du liquide soit assez forte pour qu'il y ait la moindre possibilité d'un passage forcé du liquide à travers le sphincter externe dans l'urèthre postérieur. Dans ce but, M. Kollmann n'emploie pas d'irrigateur pour ce lavage ; il se sert d'une seringue contenant 80 à 100 grammes de liquide et, en poussant le piston de cette seringue, la sensation digitale lui permet de contrôler la pres-

sion du liquide, ce qui n'est pas possible avec l'irrigateur. En outre, l'auteur emploie une sonde élastique dont le calibre doit toujours être en rapport direct avec la largeur du méat. La sonde doit toujours être d'un calibre beaucoup inférieur à celui du méat, afin que le liquide puisse sortir avec la plus grande facilité, et jamais la pression ne doit être assez forte pour qu'en détachant brusquement du cathéter le bout de la seringue le liquide jaillisse sous forme de jet. Toutes ces précautions étant minutieusement prises, on lave l'urèthre antérieur et on injecte du liquide jusqu'à ce qu'il revienne parfaitement clair. Il arrive quelquefois qu'il est nécessaire d'utiliser plusieurs seringues pour parvenir à nettoyer complètement l'urèthre antérieur, ce qui prouve combien ce lavage fait habituellement avec une ou deux seringues est souvent insuffisant. Le liquide venant après chaque injection est examiné chaque fois à l'œil, puis versé et accumulé dans un grand verre (1^{er} verre); puis la dernière quantité de liquide sortie *tout à fait claire* est conservée dans un autre verre (2^e verre). Ensuite on fait uriner le malade dans trois verres (3^e, 4^e, 5^e verres). S'il y a des filaments dans un de ces verres ou si l'urine est trouble, on peut affirmer l'existence de l'urétrite postérieure ou d'un catarrhe des glandes qui se déchargent dans cette partie, surtout de la prostate. En résumé, M. Kollmann, dans son procédé, lave l'urèthre antérieur avant de faire uriner le malade et les

trois verres derniers ne récoltent que les résultats de l'urèthre postérieur. Il recommande avec raison de presser sur la prostate avec le doigt dans le rectum pour obtenir la sécrétion de la prostate, quand l'on veut examiner à part cette sécrétion et dans un autre moment.

M. Kollmann fait souvent contrôler la stricte exactitude de sa méthode à cinq verres par la méthode de Lohnstein qui est d'une réaction très sensible et qui consiste à laver l'urèthre antérieur de la même manière que le fait Jadassohn : seulement, au lieu de se servir d'eau boriquée, on prend une solution de 0, 5 p. 100 de ferrocyanure de potassium; on lave avec cette solution jusqu'à ce que le liquide retourne tout à fait clair, ensuite on enlève toute trace du ferrocyanate de la seringue, du cathéter et de l'urèthre antérieur en lavant avec de l'eau simple assez longtemps pour que, en ajoutant au liquide sorti à la fin un peu d'une solution faible de perchlorure de fer, il ne donne plus la réaction bleue bien connue (*Berliner Blau*). On sait combien cette réaction est d'une sensibilité extrême, car s'il y a une trace infinitésimale de ferrocyanate de potasse en présence d'une solution de perchlorure de fer, il se forme toujours la réaction bleue. Une fois qu'on est sûr d'avoir enlevé tout le réactif, on fait uriner le malade en trois verres où l'on examine s'il y a des filaments ou non. On ajoute à chacun de ces verres d'urine un peu de la solution de perchlorure de fer ;