

§ IV. — Terminaison de la maladie.

A quel moment doit-on considérer le malade comme guéri ? La réponse à cette question est de la plus haute importance, car, d'un côté, le pronostic devient grave pour les organes sexuels de la femme si ces derniers viennent à être contaminés ; de l'autre, il est impossible de laisser un malade s'éterniser dans l'abstention du coït. Malheureusement il est bien difficile de résoudre ce problème qui a été étudié avec beaucoup de soins par différents auteurs (Janet, Guiard), etc., mais sans grands résultats pratiques.

M. Assmuth a publié un travail sur la gonorrhée chronique et latente basé sur 1 146 cas de blennorrhagie chronique ayant été traitée au moins pendant un mois et dont le début remontait à plus de six mois, travail qui démontre bien les difficultés de la solution.

Dans 104 cas seulement, le processus aigu a passé directement à l'état chronique. Chez les 1 042 malades autres le stade aigu paraissait entièrement terminé, de sorte que le malade et le médecin considéraient l'affection comme complètement guérie : seulement la récurrence, sous forme de blennorrhagie chronique, est survenue dans ces cas, soit après des infractions au régime alimentaire, soit après des fatigues corporelles (marches prolongées, équita-

tion, etc.) : toujours est-il que dans la plupart des cas une nouvelle infection n'eut pas lieu, et l'auteur part de ce fait pour engager les médecins à ne pas se hâter de déclarer la blennorrhagie aiguë guérie avant un certain temps.

On a bien essayé quelques procédés de réinflammation de l'urèthre, entre autres, par exemple, la réaction indiquée sous le nom de « réaction de Neisser », qui consiste à injecter quelques gouttes d'une solution argentique et à étudier les produits au microscope. Pour moi, cette réaction, je l'ai déjà dit, n'a aucune valeur. Je ne puis qu'exprimer ici cette affirmation, sans la discuter, puisque je n'écris pas un traité didactique sur la blennorrhagie. D'ailleurs cette provocation de gonocoques n'est pas toujours sans danger. En voici un exemple à ce sujet :

En 1885, au Congrès des naturalistes de Strasbourg, Neisser affirme que dans les cas qui, malgré des examens multiples, n'ont pas donné de gonocoques, il faudrait, pour assurer le diagnostic, augmenter la sécrétion par des irritations artificielles. Ce n'est que lorsqu'on trouvera cette sécrétion artificielle exempte de gonocoques qu'on pourra conclure au caractère bénin de la maladie.

Supposant que les gonocoques échappent à l'attention parce qu'ils sont dissimulés et qu'ils ne se mélangent pas à la sécrétion de l'orifice uréthral, l'auteur s'est efforcé de découvrir les autres cachettes des gonocoques et à les en faire sortir.

Comme procédés de provocation, on pourrait employer : l'usage de la bière, les injections avec du nitrate d'argent, l'introduction de sondes à boules, etc. On crée ainsi une récurrence artificielle qui, ordinairement progresse assez vite. M. Touton cita un cas qu'il a traité tout récemment, montrant que, malheureusement, la chose prend parfois aussi une autre tournure et que des complications peuvent se produire.

Le malade avait eu sa dernière infection un an avant de se présenter à l'auteur; six mois avant le traitement, il eut une orchite et un catarrhe vésical. Neuf jours avant de se présenter, il a accompli son dernier coït sans que la goutte blanche, épaisse et glaireuse se soit modifiée. Le lendemain de la consultation, cette goutte ne contenait aucun gonocoque, mais des épithéliums abondants avec quelques leucocytes. La première urine était très trouble, contenait des flocons; la deuxième était moins trouble. L'auteur a introduit une sonde à boule, et, à une profondeur de 5 centimètres, il a découvert un rétrécissement contre lequel il employa la dilatation par le système Kollmann. Le lendemain de la première dilatation, il se produisit une forte sécrétion, semblable à celle d'une blennorrhagie fraîchement acquise. La sécrétion contenait des gonocoques en masse et était presque entièrement purulente. Avec les injections de nitrate d'argent, les gonocoques disparurent de la sécrétion. Mais la seconde urine était plus

trouble et il y avait strangurie. On supprima les injections et on donna du santal. Quatre jours plus tard, plus de sécrétion. L'auteur a fait ensuite une seconde dilatation Kollmann qui eut aussi pour conséquence une sécrétion contenant des gonocoques.

Trois jours après la dilatation, il fit un lavage par le système Diday, et bientôt il se produisit une épидidymite violente du testicule resté jusque-là intact, ainsi qu'une uréthro-cystite avec fièvre. Ces complications guérèrent au bout de quinze jours; huit jours plus tard, la sécrétion était devenue aqueuse et dépourvue de gonocoques.

Une nouvelle infection par le coït était absolument à exclure, le malade étant trop inquiet par son état. La question est de savoir si, en présence de la possibilité d'une pareille complication, la provocation artificielle est admissible. L'auteur est d'avis d'en laisser la décision au malade après avoir indiqué à celui-ci tous les risques qu'il court.

En thèse générale, voici comment je me comporte en pareille circonstance : aucun coït n'est permis tant qu'il reste des filaments dans l'urine en assez grande quantité, que ces filaments sont longs et descendent rapidement au fond du vase, lors même qu'après plusieurs examens je n'ai pas découvert de gonocoques dans ces filaments ni de microbes pyogènes et très peu de cellules de pus.

Quand les filaments sont courts, en petit nombre, légers, surnageant, j'engage le malade à venir un

matin, dès la première heure, sans avoir uriné depuis la veille et ayant beaucoup fatigué dans la journée précédente; le doigt introduit dans le rectum, je presse sur la prostate dans tous les sens, puis l'index est ramené le long du canal, extérieurement, en appuyant fortement: on peut même, si l'on veut, pour plus de sécurité, introduire d'avance une sonde, ce qui permet d'avoir un plan résistant pour la pression. Je recueille au méat le liquide ainsi obtenu, et l'examen microscopique en est de suite fait; enfin le canal est raclé à une profondeur de 5 à 6 centimètres, d'arrière en avant, puis le produit du raclage est examiné au microscope.

Si ces deux examens sont négatifs, j'engage le malade à boire pendant la semaine qui suit de la bière, du champagne, à faire du vélo, des marches forcées; puis nouveau examen matinal. S'il est négatif, j'autorise le malade à cesser quinze jours après.

Avec ce procédé, s'il n'y a pas de certitude complète, il y a au moins de grandes chances d'éviter toute contamination.

CHAPITRE II

DE L'URÉTHRITE CHEZ L'HOMME

§ I. — Considérations générales.

Il est parfaitement admis actuellement qu'il existe des inflammations de l'urèthre ne contenant pas le gonocoque de Neisser. Je les ai désignées sous le nom d'uréthrites. Mais il ne faut pas confondre ces uréthrites avec les blennorrhagies produites par les infections secondaires. Nous avons vu que le gonocoque cause dans l'urèthre des modifications qui y créent une réceptivité toute spéciale pour des microbes qui sont ordinairement sans action sur lui. Ce sont ces uréthrites que l'on doit désigner toujours sous le nom de blennorrhagie chronique, quoique n'ayant plus de gonocoques, mais ce sont des blennorrhagies post-gonococciques.

L'urèthre à l'état normal, contient un très grand nombre de microbes:

Lutsgarten en signale 10, Legrain 16; Petit et Wassermann, 5 microcoques, 6 bacilles, 2 sarcines et 2 levures.

M. Marcel Sée, dans son étude sur le gonocoque, a donné les conclusions suivantes: