

douze heures avant l'examen. Il faut aussi, cela s'entend, prendre en considération la marche de la maladie. S'agit-il, par exemple, de l'écoulement muqueux, éphémère, qui marque le début de l'affection? Le passage rapide de la sécrétion muqueuse à la purulence éclaire aussitôt le diagnostic, car alors la recherche du gonocoque n'offre plus de difficulté. Si l'on est en présence du stade terminal, le malade renseigne un écoulement purulent antérieur et alors la maladie, ou bien s'éteint d'elle-même ce qui rend inutile la recherche de sa nature, ou bien marche à une récurrence s'accompagnant de sécrétion purulente dans laquelle le gonocoque se retrouve presque toujours aisément.

*Mais, dans tous les cas où nous posons le diagnostic de blennorrhagie, nous ne devons plus avoir aucun doute sur la nature des micro-organismes découverts.*

Pour pouvoir les considérer comme *gonocoques*, ils doivent réunir une série de caractères, de propriétés. L'absence de l'une ou l'autre de ces dernières ébranle le diagnostic. Ces propriétés se rapportent : 1° à *la forme*. Nous avons déjà décrit le gonocoque; nous nous répéterons en disant que leur forme rappelle celle d'un haricot ou d'une fève de café et nous ferons ressortir encore qu'en tant que diplocoques on les trouve toujours réunis deux à deux, leurs faces planes ou légèrement concaves situées en regard l'une de l'autre; 2° *au groupement*. La manière dont ils se divisent fait que les gonocoques, ne se répartissent jamais en chaîne, si courte soit-elle, mais bien en amas, en petits tas. A l'intérieur de ces amas on trouve souvent çà et là deux paires microbiennes qui se réunissent sous forme de sarcine. Le nombre des cocci isolés (non celui des paires de cocci) est toujours divisible par deux et souvent aussi par quatre; 3° *aux propriétés de coloration*. Prenant facilement les couleurs d'aniline, les gonocoques, à l'inverse de la plupart des autres microcoques, perdent facilement aussi cette coloration. Traités par l'alcool, au sortir du bain de GRAMM, ils se décolorent tandis que les autres coques, restent le plus souvent colorés. Pour se convaincre de ceci, on colore une préparation avec du violet de gentiane dissout dans l'eau d'aniline, on la fait ensuite passer durant une minute dans le bain iodo-ioduré, on lave à l'eau, on décolore par l'alcool et l'on recolore enfin avec une solution aqueuse de fuchsine. Les gonocoques apparaissent alors en rouge et les autres microbes en bleu foncé; 4° à *la situation*. Les constellations de gonocoques, ainsi caractérisées, doivent se trouver dans le protoplasme des cellules de pus. On recon-

naît qu'il en est ainsi quand les contours de la cellule et ceux de l'amas microbien se confondent exactement ou quand les colonies de gonocoques ne dépassent jamais la limite du protoplasme. Le nombre des gonocoques qu'on trouve dans une cellule varie entre un ou deux couples microbiens jusqu'à la réplétion complète de tout le corps cellulaire, lequel paraît alors distendu. La présence de noyaux de corpuscules de pus privés de contours cellulaires au milieu d'un amas de gonocoques (amas dont les couples sont répartis d'une façon plus dense au centre qu'à la périphérie), est aussi caractéristique. Ces amas de gonocoques proviennent de la dissociation des cellules de pus; 5° *au nombre des gonocoques*. Quand le pus est réellement blennorrhagique, il contient toujours un grand nombre d'amas gonococciques, qui siègent presque tous dans les cellules. L'existence de diplocoques tout à fait clairsemés, siégeant même dans la cellule n'est pas probante; 6° enfin, dans les cas douteux, il faut recourir aux cultures, d'après les méthodes que nous avons déjà exposées.

Récemment, LUSTGARTEN et MANNABERG (1887) se basant sur la présence de diplocoques dans l'urèthre normal et sur le fait que ces diplocoques pouvaient se voir à l'intérieur des cellules, ont contesté la valeur diagnostique des gonocoques. Nous aurons l'occasion de revenir sur la signification des gonocoques quand nous parlerons du diagnostic de l'urétrite chronique; mais, nous devons dès à présent relever le dire de ces auteurs. Depuis neuf ans, nous avons eu l'occasion de rechercher dans les nombreux cas d'urétrites aiguës et chroniques que nous avons eues à traiter, les microorganismes du pus. *Il est hors de doute qu'il existe dans le pus blennorrhagique à côté des gonocoques d'autres microbes, mais jamais ces derniers ne font hésiter le moins du monde notre diagnostic.* Le nombre des microorganismes autres que les gonocoques est très faible, notamment celui des microcoques; bien que parfois on les trouve à l'intérieur des cellules, le plus souvent cependant ils sont extracellulaires et leur forme, leur groupement différent tant de ce que l'on observe pour les gonocoques qu'il n'est vraiment pas nécessaire, pour établir un diagnostic différentiel certain de recourir à l'épreuve de la décoloration. A cette épreuve n'ont pas été soumis du reste les microcoques de LUSTGARTEN et MANNABERG.

D'ailleurs, jamais ces microcoques ne paraissent être autre chose que des hôtes accidentels de l'urèthre et ils ne semblent pas pouvoir se multiplier dans le pus. Les conditions vitales qu'ils trouvent dans



l'urèthre normal différent en effet de celles qu'ils trouvent dans l'urèthre blennorrhagique; et l'on ne peut admettre sans preuve suffisante que les micro-organismes de l'urèthre normal puissent continuer à croître sur la muqueuse blennorrhagique.

Quant aux diplocoques en particulier, STEINSCHNEIDER et GALEWSKY (1889) ont trouvé dans l'urèthre normal et dans la sécrétion blennorrhagique quatre formes microbiennes qui se différencient considérablement des gonocoques, d'abord parce qu'ils restaient colorés par la méthode de GRAMM et qu'ensuite on pouvait les cultiver aisément.

PETIT et WASSERMANN (1891) ont pu trouver dans l'urèthre normal cinq espèces de coccus, six espèces de bacilles, deux sarcines et deux moisissures. Aucun de ces microorganismes ne s'est montré pathogène.

Ils ont cherché vainement les pseudo-gonocoques de LUSTGARTEN et MANNABERG.

La démonstration de la nature blennorrhagique d'un écoulement uréthral doit être faite parce que l'on connaît *un grand nombre d'états inflammatoires de l'urèthre qui proviennent d'autres causes et qui ont avec l'infection blennorrhagique des similitudes d'aspects.*

C'est ainsi que les irritations *mécaniques ou chimiques* qui s'exercent sur l'urèthre y développent de la suppuration qui rappelle le tableau symptomatique de la blennorrhée. Mais deux caractères permettent de distinguer ces inflammations de la vraie chaudepisse. Aux premières, manque en effet le stade d'incubation, la réaction inflammatoire succède immédiatement à la mise en jeu des moyens irritants, cette réaction atteint vite son summum pour décroître aussitôt, encore d'une façon rapide; ces uréthrites par irritation s'éteignent spontanément. Elles n'existent qu'à l'endroit de la muqueuse sur laquelle l'irritation a porté et n'ont, à l'inverse de la blennorrhagie, aucune tendance à remonter le tractus génito-urinaire, à montrer des exacerbations ou à devenir chroniques.

De ces faits se convainc aisément tout praticien qui à l'occasion d'injecter une solution astringente concentrée dans l'urèthre.

Si, en effet, pour une uréthrite chronique, on lance dans le canal une solution argentine de 2 à 10 p. 100, on voit s'établir immédiatement la réaction accompagnée de douleur cuisante. Trois ou quatre heures après l'injection, il s'écoule de l'urèthre un pus épais, crémeux, comparable à celui de l'uréthrite aiguë, l'urine est tout à fait

trouble; cependant, dans les vingt-quatre heures, ces manifestations réactionnelles qui s'amendent promptement se sont entièrement dissipées. On fera la même observation quand on injectera un caustique dans l'urèthre sain.

Les partisans de la théorie aviruliste contestent aussi la différence qu'établissent l'incubation et la marche de l'affection entre la blennorrhagie virulente et les catarrhes de cause traumatique ou chimique; et ils opposent toujours aux faits mille fois confirmés, la seule et unique expérience entreprise par SWEDIAUR. Cet auteur s'injecta dans l'urèthre une solution d'ammoniaque et eut à la suite de cette manœuvre une uréthrite. Celle-ci, sans aucune incubation, progressa en trois poussées d'avant en arrière pour atteindre finalement le col de la vessie et persista pendant sept semaines. Outre que dans cette expérience l'absence d'incubation affirme la différence qui existe entre les uréthrites virulente et avirulente, il serait bon de corroborer ces faits, se rapportant à un siècle d'ici et observés, Dieu sait dans quelles conditions, par de nouveaux essais, entrepris cette fois avec toutes les garanties voulues. Mieux vaudrait encore ne pas renouveler l'expérience et lui réserver le sort de celle de HUNTER que personne ne songe plus à considérer que comme une curiosité historique.

En dehors des agents chimiques ou traumatiques, d'autres irritants peuvent encore produire du catarrhe uréthral, mais celui-ci est le plus souvent de nature muqueuse.

Ainsi, à la suite de coïts pratiqués avec des femmes à la période des règles ou avec des femmes leucorrhéiques, on voit souvent naître un catarrhe insignifiant, muqueux ou muco-purulent qui guérit spontanément et rapidement.

D'ordinaire l'examen microscopique décèle alors dans la sécrétion de nombreux microbes, diplocoques et bacilles, parmi lesquels une sorte de bactérie (Planche IV, fig. 10) qui pourrait bien être la cause efficiente de l'affection, car sa présence paraît constante dans la plupart des examens entrepris dans ces circonstances; cette hypothèse se justifie aussi par l'existence de ces microbes dans les cellules de pus, et par la prédominance de cette espèce relativement aux autres micro-organismes.

Quoique la suppuration soit assez abondante dans ces cas, on n'y a jamais trouvé de gonocoques en dépit d'examens très soignés, répétés de nombreuses fois.

Des inflammations purulentes de l'urèthre, évoluant d'une façon



bénigne, paraissent d'ailleurs pouvoir se développer sous l'influence de microorganismes pathogènes autres que les gonocoques. Ainsi, AUBERT (1884) a observé trois cas d'uréthrites dans la sécrétion desquelles il a retrouvé la même espèce de coccus. Un de ces cas était même compliqué d'épididymite et de cystite. BOCKHARDT a de même rapporté (1886) quinze cas — dont dix chez des gens mariés — d'infection uréthrale par les sécrétions vaginales, de catarrhe mucopurulent léger et où deux fois il s'était produit de l'uréthrite postérieure et de l'épididymite. Comme agents de ces infections, BOCKHARDT a trouvé de très petits cocci analogues aux gonocoques ; il a pu en obtenir des cultures pures et les a inoculés deux fois avec succès. Dans deux autres cas, il s'agissait clairement de streptocoques.

Des uréthrites légères, à sécrétion muco-purulente peu abondante, ne se traduisant que par l'agglutination des lèvres du méat ou par la présence de filaments légers dans l'urine, peuvent encore se montrer à titre de *manifestations locales de la syphilis* ; plusieurs fois nous avons eu l'occasion de l'observer. LÉE, VIDAL, HAMMOND ont parlé de cette affection, et TARNOWSKI (1872) en a fait une description détaillée. Elle consiste dans la formation sur la muqueuse uréthrale d'efflorescences érythémateuses ou papuleuses qui sont, ou bien des manifestations locales d'un ensemble symptomatique appartenant à une syphilis secondaire généralisée, ou bien apparaissent isolément à titre de récidives de la syphilis. Ces ulcérations érythémateuses ou papuleuses pourront difficilement être confondues avec la blennorrhagie à cause de la faible sécrétion catarrhale dont elles s'accompagnent ordinairement ; et même, lorsque, ce qui est rare, la sécrétion devient purulente, l'erreur est difficile. En effet, l'examen de cette sécrétion, la coexistence de symptômes syphilitiques ou de leurs reliquats, l'anamnèse, l'efficacité du traitement antisiphilitique affermiront le diagnostic d'uréthrite spécifique et non celui de l'uréthrite blennorrhagique.

Les ressemblances qui existent entre un chancre mou ou un chancre dur du méat et la blennorrhagie sont si éloignées et les différences si manifestes qu'il suffit amplement d'avoir signalé ces deux affections pour rendre toute confusion impossible.

Le diagnostic de la blennorrhagie une fois posé, *il importe d'en connaître l'étendue*. L'uréthrite est-elle antérieure ou à la fois antérieure et postérieure ? L'épreuve des deux verres nous renseigne à cet égard chaque fois qu'il s'agit d'un cas aigu. Si le premier verre contient une urine trouble et le second une urine claire, il existe

une uréthrite antérieure simple ; mais si le second est également trouble, l'uréthrite est à la fois antérieure et postérieure. Cependant il se peut que, lors de l'existence concomitante d'une uréthrite postérieure, la seconde portion d'urine paraisse claire ; il est bon dans ce cas de faire plusieurs fois l'épreuve. L'urine du matin fournit des résultats particulièrement décisifs parce qu'alors, au fait que le patient n'a plus uriné depuis longtemps coïncide l'exacerbation matinale. Je prie donc les malades de m'apporter les urines du matin répartie en deux portions et, en outre, je les engage à ne pas uriner pendant quelques heures avant la visite. Je ne puis trop recommander ce *modus faciendi*.

Lors de la visite je fais de nouveau uriner en deux fois. Quand on procède de la sorte depuis le début de la maladie on est toujours renseigné d'une façon précise sur l'étendue des parties atteintes.

Quand la seconde portion d'urine est claire, ainsi que cela se présente dans les cas subaigus, ou bien à la fin de l'uréthrite aiguë postérieure et parfois pendant toute la durée de celle-ci, il faut alors recourir à la méthode que SMITH (1880), AUBERT, ERAUD-DUCASTEL et plus récemment GOLDENBERG (1888) et JADASSHON (1889), ont préconisée. Le malade n'ayant plus uriné depuis plusieurs heures, on introduit jusqu'au bulbe une sonde molle à l'aide de laquelle on fait une injection rétrograde d'eau boriquée tiède dans l'urèthre, au moyen d'un irrigateur ou d'une seringue ordinaire. Si l'urine émise après ce lavage est bien claire, il n'existe qu'une uréthrite antérieure ; si au contraire, elle contient des flocons ou des filaments, si elle ne présente même qu'un trouble muqueux léger, on est en présence d'une uréthrite postérieure.

J'ai déjà signalé les erreurs qui pouvaient entacher ce moyen de diagnostic.

La grande ressemblance qui existe entre l'uréthrite postérieure et la cystite n'aura pas échappé au lecteur, pas plus qu'elle n'échappe d'ailleurs aux cliniciens.

Nous avons déjà parlé des signes qui permettent de distinguer ces deux affections, mais nous reviendrons encore sur ce diagnostic différentiel à propos de la cystite. (Voir aussi les tableaux synoptiques à la fin du livre.)