

## CHAPITRE II

### COMPLICATIONS DE LA BLENNORRHAGIE

#### Généralités.

Dans bon nombre de cas, la blennorrhagie suit une évolution normale. La maladie est plus ou moins aiguë, intéresse l'urèthre antérieur ou à la fois l'urèthre antérieur et l'urèthre postérieur, guérit en tant qu'affection aiguë ou passe à la chronicité en présentant alors une grande variété de formes, mais, en général, reste limitée à la muqueuse uréthrale.

Mais, les choses peuvent aussi se passer tout autrement. Tantôt l'inflammation se propage à la surface de la muqueuse, tantôt elle émigre dans d'autres tissus et dans d'autres organes.

Cette propagation de l'inflammation se fait alors de deux façons :

Ou bien le processus gagne simplement la profondeur, traverse la muqueuse, envahit le tissu sous-muqueux et même le corps caverneux (quand il s'agit d'une uréthrite antérieure).

Ou bien, c'est en surface que le mal s'étend. Mais, la muqueuse uréthrale communique avec un grand nombre de conduits excréteurs de glandes annexes, conduits qui ont, eux aussi, un revêtement muqueux. Le processus, en suivant ces conduits excréteurs, finit par gagner le corps glandulaire lui-même. C'est ainsi que se développent la folliculite, la cowpérite, la prostatite, la vésiculite, l'épididymite blennorrhagiques.

Par voie de propagation la vessie peut aussi s'entreprendre ainsi que, mais plus rarement, les uretères, les bassinets, les reins.

Enfin, il existe une troisième série de complications, communes aux deux sexes, et dont la pathogénie n'est pas bien connue ; ce sont les complications éloignées : le rhumatisme, l'iritis, l'endocardite blennorrhagiques.

Les deux premières catégories de complications (dues à la propa-

gation de l'inflammation par voie de continuité ou par voie de contiguïté) apparaissent d'ordinaire dans le cours d'une uréthrite aiguë ; quelques-unes d'entre elles peuvent cependant se rencontrer aussi dans la blennorrhée chronique et affecter d'emblée une marche torpide ; telles sont la prostatite, la vésiculite, la cystite chroniques.

Certaines complications dérivent de l'uréthrite antérieure (cavernite, cowpérite), d'autres (prostatite, vésiculite, épидидymite, cystite) ne peuvent naître que s'il existe une uréthrite postérieure.

A ces divers points de vue nous pouvons donc répartir les complications de la blennorrhagie en deux grandes catégories : les complications dues à la propagation directe de l'inflammation et les complications éloignées, métastatiques.

Parmi les premières, les unes se développent par voie de continuité, les autres par voie de contiguïté.

Nous distinguerons enfin les complications de l'uréthrite aiguë, et celles de l'uréthrite chronique ; les complications de l'uréthrite antérieure, et celles de l'uréthrite postérieure.

*Une question très importante se dresse maintenant devant nous : comment se développent toutes ces inflammations secondaires ? Reconnaissent-elles le même facteur étiologique que la blennorrhagie, à savoir le gonocoque ?*

Ce point a été élucidé dans ces derniers temps et il l'a été dans un sens absolument opposé aux opinions que nous avons émises jusqu'alors.

Jusqu'il y a peu de temps, les idées de BUMM (1885) étaient acceptées sans conteste ; on croyait que les gonocoques ne pénétraient que dans les muqueuses pourvues d'un épithélium cylindrique et qu'ils ne pouvaient végéter sur un épithélium plat.

A cause de leur situation superficielle (dans l'épithélium ou dans les couches superficielles du tissu conjonctif sous-épithélial), on pensait que les gonocoques ne pouvaient produire qu'un processus inflammatoire également superficiel.

Aussi longtemps que cette opinion ne fut pas démentie, il était naturel de ne rapporter que quelques complications aux gonocoques, celles qui intéressaient des muqueuses en continuité avec l'urèthre et qui étaient tapissées d'un épithélium cylindrique.

Et l'on pensait que toutes les complications profondes, les inflammations et la suppuration du tissu conjonctif, ne pouvaient relever du micrococ. gonorrhœæ ; on les attribuait à une infection mixte, à une immigration des microbes de la suppuration.

De nouvelles recherches ont infirmé complètement cette théorie.

TOUTON (1889), JADASSOHN (1890), FABRY (1891) et PICK ont, par leurs observations, bien établi que les gonocoques pouvaient végéter à la surface de l'épithélium plat, épidermoïde, qui tapisse les petits canaux para-uréthraux et préputiaux.

Puis est venu le travail important de WERTHEIM (1892). Les gonocoques pénétraient aussi dans le tissu conjonctif et s'y multipliaient à une grande profondeur en y semant l'inflammation et la suppuration.

Il paraît certain, d'après ce que nous savons aujourd'hui, que la nature de l'épithélium joue un certain rôle dans l'invasion des gonocoques. C'est ainsi que : 1) *L'épithélium (épidermoïde) plat des canaux para-uréthraux* semble opposer aux gonocoques la plus grande résistance. D'après TOUTON (1889), JADASSOHN (1890), FABRY (1891), PICK (1891) et nous-même, ces microbes ne se développent qu'entre les couches épithéliales les plus superficielles (2 ou 3).

2) *L'épithélium plat stratifié qui revêt la muqueuse buccale* oppose déjà aux gonocoques une résistance plus faible que l'épithélium précédent. ROSINSKI (1891) a étudié les aphtes blennorrhagiques des nouveau-nés; il a trouvé des gonocoques dans les espaces intercellulaires jusqu'à la membrane propre; c'est grâce à celle-ci sans doute qu'ils n'avaient pas pénétré dans le tissu conjonctif.

Dans ces deux ordres de cas, l'épithélium paraît donc empêcher l'immigration microbienne dans le tissu conjonctif.

3) Dans l'épithélium cylindrique stratifié *des muqueuses conjonctivale et rectale*, les gonocoques pénètrent rapidement. Du moins, d'après BUMM (1885) ils atteindraient très rapidement, dans la conjonctive, les couches supérieures du tissu conjonctif sous-épithélial. D'après les données de FRISCH (1891), il en serait de même pour le rectum. Là, on les trouverait jusque près de la muscularis mucosæ.

4) Nous savons par les études de WERTHEIM (1892) que les gonocoques traversent rapidement l'épaisseur de l'épithélium cylindrique, unicellulaire, cilié de la *muqueuse tubaire* et qu'on les retrouve même dans l'enveloppe péritonéale externe des trompes de Fallope.

5) Les expériences de WERTHEIM (1892) sur les animaux nous apprennent aussi que l'épithélium plat, unicellulaire qui recouvre le *péritoine* a, déjà au bout de vingt-quatre heures, livré passage à une abondante invasion microbienne.

Nous passons sous silence les recherches de DINKLER et de TROUSSEAU sur la cornée à cause de la structure toute particulière de ce tissu.

Les gonocoques peuvent aussi, en se propageant par voie de continuité, envahir le tissu conjonctif où ils se multiplient abondamment et où ils provoquent une inflammation intense.

PELLIZZARI (1890) et CHRISTIANI (1891) n'ont trouvé comme microorganismes dans le pus d'abcès péri-uréthraux que des gonocoques.

Ils étaient donc bien les facteurs étiologiques de ces suppurations.

CRIPPA (1893) a vu, à notre polyclinique, dans deux cas d'œdème inflammatoire du prépuce survenu au cours d'une uréthrite aiguë, des gonocoques dans le liquide de l'œdème. WERTHEIM attribue aux gonocoques la production des abcès ovariques.

*Aussi, est-il aujourd'hui hors de conteste que toutes les complications qui surviennent chez les deux sexes au cours de la blennorrhagie, par voie de continuité, PEUVENT être dues exclusivement aux gonocoques.*

Ce n'est pas à dire que toutes ces complications doivent toujours être imputées au gonocoque. L'urèthre et le cul-de-sac préputial contiennent déjà, à l'état normal, les microcoques de la suppuration (LUSTGARTEN et MANNABERG (1887), TOMMASOLI (1888)). Ces microbes peuvent immigrer dans la muqueuse uréthrale déjà envahie par le gonocoque et donner lieu de la sorte à une infection mixte. Il est établi par les travaux de BOCKHART (1887) et de GALETTO (1891) qu'on peut trouver dans le pus blennorrhagique, et par conséquent aussi sur la muqueuse malade, du staphyloc. pyogenes aureus. Dans maintes complications de la blennorrhagie aiguë, on peut de même constater la présence des cocci du pus. BOCKHART a vu dans le pus d'abcès péri-uréthraux le staphyloc. pyogenes aureus.

BUMM (1887), SÄNGER (1889), GERSHEIM (1889) ont rencontré dans le pus provenant d'abcès des glandes de Bartholin, le streptocoque en compagnie du gonocoque. WITTE (1892) a fait les mêmes constatations dans le pus de deux pyosalpynx. BUMM (1885), LOVEN (1886), PENROSE (1890), MENGE (1891) ont relaté en tout sept cas où, en dépit d'une blennorrhagie génitale manifeste (confirmée par la présence des gonocoques), ils n'avaient pu voir dans le pus de pyosalpynx que des microcoques du pus. Il est donc hors de doute que ces derniers micro-organismes peuvent, eux aussi, provoquer une complication de l'uréthrite.

Ces complications reconnaissent l'une de ces trois causes : 1) Ou bien elles relèvent uniquement du gonocoque, la complication est *purement blennorrhagique*.

2) Ou bien la blennorrhagie est l'occasion, la porte d'entrée

ouverte à d'autres agents infectieux que le gonocoque. Il s'agit en l'espèce d'une *infection mixte* et la complication est due aux cocci du pus.

3) Enfin, le gonocoque est le facteur, l'agent morbide de la complication, mais il ne tarde pas à disparaître.

Les microbes du pus qui n'ont envahi le terrain que plus tard, et qui ont cohabité quelque temps avec les gonocoques finissent par rester seuls. C'est là ce qui constitue une *infection secondaire*.

Tout cela se rapporte aux complications dues à la propagation du processus par voie de continuité.

Mais une série d'autres complications : les affections des ganglions, du cœur, les abcès sous-cutanés (LANG, 1893), le rhumatisme, se produisent à distance. On les appelle *métastatiques*.

Le développement de ces complications métastatiques peut aussi s'expliquer de plusieurs manières :

a) Ou bien elles sont dues aux gonocoques et sont purement *blennorrhagiques*. Le transport des microbes se fait alors ou par les voies lymphatiques (affection des ganglions lymphatiques) ou par les vaisseaux sanguins (articulations, cœur, peau). HAMONIC, LEROY, TEDENAT, JULLIEN ont dit avoir vu des gonocoques dans le sang, ce que TRAPESNIKOW a contredit.

b) La complication est le fait d'une infection mixte ou secondaire et l'on retrouve les microbes du pus comme facteurs morbides de l'accident secondaire.

c) Dans les foyers malades on ne trouve aucun micro-organisme, ni microbe du pus, ni gonocoque et l'on rapporte la métastase, sans que cela soit démontré, à une *intoxication par des ptomaines*.

Nous reviendrons sur tous ces points quand nous parlerons du rhumatisme blennorrhagique et des complications cardiaques.

## I — DE LA BALANO-POSTHITE

### Étiologie.

*Sous le nom de balano-posthite, nous entendons l'inflammation catarrhale de la surface du gland et du feuillet interne du prépuce.*

La balanite n'est pas, à proprement parler, une complication de la blennorrhagie, car, si elle apparaît souvent en même temps que cette dernière, elle n'en dépend pas toujours, au point de vue étiologique. Il n'est pas rare qu'elle survienne avant l'urétrite elle-même; elle peut être, en effet, le résultat d'irritations externes variées. Les impuretés de toutes sortes qui arrivent dans le cul-de-sac préputial peuvent, si elles ne sont pas enlevées assez tôt, la provoquer. On observe assez souvent le développement d'une balanite, déjà vingt-quatre heures après le coït, tandis que la blennorrhagie n'éclate que le quatrième ou le cinquième jour après ce même coït. Dans ces cas, il est clair que la balanite n'est pas due à l'urétrite blennorrhagique, mais que les deux affections ont la même source : le coït impur pratiqué avec une femme blennorrhagique. Seulement, tandis que l'urétrite blennorrhagique reconnaît comme cause de son développement un virus spécifique, la balanite, elle, est due à l'action irritante du pus blennorrhagique ou d'une sécrétion vaginale impure.

D'autres fois, la balanite se présente au cours même de l'urétrite blennorrhagique. La sécrétion que produit celle-ci vient souiller la surface du gland et joue le rôle de l'irritant; si on la laisse s'accumuler dans le cul-de-sac préputial, il se produit une inflammation.

Toutefois, ici le rôle du pus blennorrhagique n'est pas spécifique, la présence de gonocoques importe peu. D'autres causes amènent encore la balanite, par exemple : l'irritation produite par l'urine sucrée et prompte à se décomposer des diabétiques, par l'urine qu'engendrent les affections vénériennes et syphilitiques les plus diverses. Dans la sécrétion de la balanite, on trouve différentes espèces de bactéries et de coccus, on y découvre aussi des gonocoques.