

## VIII. — DE LA PYÉLO-NÉPHRITE

Cette complication rare de l'urétrite aiguë est aussi la moins connue. On pose cependant très souvent le diagnostic de pyélite blennorrhagique, mais c'est ordinairement à tort. Quand un malade atteint de blennorrhagie aiguë présente, outre les violents besoins d'uriner et les phénomènes de l'uréthro-cystite aiguë, des douleurs dans les lombes, de la fièvre, quelques frissons; dès que l'on trouve dans l'urine une quantité d'albumine plus forte que ne le comporte la purulence des urines, on pense immédiatement à la pyélite et c'est généralement une erreur. *La forte proportion d'albumine est en effet en rapport avec le ténesme*, et il suffit de combattre celui-ci pour voir bientôt diminuer l'albuminurie.

La proportion d'albumine devient alors parallèle à la purulence des urines, pour augmenter de nouveau si la strangurie se renouvelle.

On doit donc réserver le diagnostic de pyélo-néphrite pour les cas où, sans qu'il y ait ténesme, la quantité d'albumine est plus considérable que ne le comporte la purulence des urines, pour les cas où l'on découvre dans le sédiment des cylindres rénaux, des cellules épithéliales provenant des tubuli.

VIDAL (1842), ROSENSTEIN (1870), ZEISSL (1871) et moi-même (1880), avons publié des cas de ce genre; MURCHINSON (1873) dit avoir autopsié un cas de pyélo-néphrite suppurée. FURBRINGER (1890) a vu plusieurs fois se développer après la cystite des frissons, de la fièvre, de la polyurie, des douleurs et de la sensibilité à la pression dans l'une des régions lombaires, des vomissements, de la céphalalgie; comme le sédiment renfermait des cylindres, le diagnostic se trouvait confirmé. Tous ces cas avaient évolué d'une façon rapide, aiguë; en quelques jours, ils avaient abouti à la guérison. On a même vu celle-ci s'établir après une néphrite compliquant une cystite et une urétrite.

Cependant ces cas sont si rares et leur pathogénie encore si obscure que je crois pouvoir me borner à ces quelques remarques.

## DEUXIÈME SECTION

### LA BLENNORRHAGIE. SES COMPLICATIONS CHEZ LA FEMME

#### CHAPITRE III

##### LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME

###### Généralités.

L'histoire de la blennorrhagie, que nous avons tracée au commencement de ce livre, nous a appris que cette affection était connue chez la femme comme chez l'homme depuis les temps anciens. Est-ce à dire que la nature, le siège, la gravité du mal aient été de bonne heure dévoilés? Non, sans doute. Au moment où la blennorrhagie de l'homme et ses complications étaient l'objet d'études minutieuses — je parle de l'époque de Ricord — la maladie chez la femme, malgré les moyens d'investigations que l'on possédait alors, était encore peu dé mêlée.

Il y avait à cela deux causes: d'abord, on ignorait quels étaient, chez la femme, les symptômes et le siège des blennorrhagies subaiguë et chronique, affections qui d'ailleurs laissent souvent persister l'apparence d'une santé parfaite; ensuite, on ne pouvait différencier alors la blennorrhagie utérine de certaines inflammations catarrhales d'autre nature, telles que produisent notamment les fibrômes et les polypes de l'utérus. Ces circonstances conduisirent Ricord à formuler sa théorie aviruliste et à croire que le coït, pratiqué avec une femme saine (du moins non blennorrhagique), pouvait devenir pour l'homme la source d'une chaudepisse. Comme, d'un autre côté, certaines confrontations avaient fait naître la conviction que la maladie pouvait aussi se prendre par contagion, quand la partenaire était affectée de blennorrhagie, Ricord a pu dire: « Une femme peut donner un écoulement qu'elle n'a pas reçu et celui qu'elle a reçu; une femme donne, par conséquent, plus qu'elle ne reçoit. »

Certaines considérations et certaines expériences que nous avons déjà mentionnées, le fait surtout que l'exécution rigoureuse de la recette de RICORD n'entraînait pas à sa suite la chaudepisse chez les gens mariés (quand un mari prenait le mal vénérien « il était à craindre qu'il ne fût du nombre de ceux dont Molière s'est moqué avec tant d'esprit (Guérin) », conduisirent aux idées virulistes et à cette conviction que la femme qui donnait la chaudepisse devait toujours, elle-même, être blennorrhagique.

Mais le cercle des connaissances acquises sur les affections blennorrhagiques de la femme ne fut pas élargi pour la cause. Je me rappelle très bien le temps où je ne pouvais, pas plus que mes confrères spécialistes, découvrir, chez une femme incriminée d'avoir donné sûrement la chaudepisse, la moindre trace de cette maladie.

Il n'y avait pas, du reste, que le diagnostic et la fréquence de ces affections, chez la femme, qui fussent méconnus; on n'avait aucune notion de leur gravité. On ne connaissait guère que la vaginite, la vulvite, la bartholinite, l'uréthrite que l'on donnait pour une affection rare (3 p. 100 seulement des femmes blennorrhagiques en étaient sensées atteintes (ZEISSL, 1882). A peine quelques syphiliographes audacieux se hasardèrent-ils à parler « d'endomérite blennorrhagique cervicale ».

Il est vrai que, dès 1858, WEST avait dit que la blennorrhagie pouvait entraîner la métrite et l'endomérite aiguës, qu'elle montrait même la tendance à se propager au péritoine par l'intermédiaire des trompes. DOBSON, NELSON (1871) et GILES (1871) avaient bien, eux aussi, parlé de péritonite résultant de l'extension par les trompes du processus blennorrhagique; MULRÉANY (1871) avait déjà dit que la métrite survenait souvent, chez les femmes blennorrhagiques, après un avortement ou la menstruation. Ce fut cependant NOEGGERATH (1872) qui, dans un travail dont nous saisissons seulement maintenant toute la portée, attira le premier l'attention sur le danger de l'infection gonorrhéique de l'utérus et de ses annexes. Il arriva même à cette conclusion pessimiste que toute gonorrhée, en dépit d'une guérison apparente, évolue vers un stade de latence qui peut persister pendant toute la vie, stade pendant lequel l'infection pouvait encore se transmettre.

Cette blennorrhée latente de l'homme provoquerait chez la femme, d'après NOEGGERATH, une blennorrhée également latente qui se manifesterait plus tard sous forme de périmérite ou d'ovarite. Au dire de NOEGGERATH, 90 p. 100 des femmes mariées à des sujets ayant été

atteints de blennorrhagie, étaient contaminées de cette façon et un grand nombre d'entre elles restaient stériles (49 sur 81). Se basant sur une statistique de 50 cas représentant les différentes formes de la gonorrhée latente chez la femme : 1° la périmérite aiguë; 2° la périmérite récidivante; 3° la périmérite chronique; 4° l'ovarite, NOEGGERATH arrivait aux conclusions suivantes :

1. La blennorrhagie, chez l'homme aussi bien que chez la femme, persiste, en dépit des guérisons apparentes, pendant toute la vie.
2. Il existe donc dans les deux sexes une blennorrhagie latente.
3. La blennorrhagie latente de l'homme ou de la femme se transmet comme telle ou bien sous forme de blennorrhagie aiguë.
4. Chez la femme, la blennorrhagie latente se manifeste par de la périmérite (aiguë, chronique, récidivante), de l'ovarite ou du catarrhe d'un segment de la muqueuse génitale.
5. Les femmes dont les époux ont eu, à un moment donné de leur existence, maille à partir avec la chaudepisse, sont généralement stériles ou n'ont qu'un enfant et très rarement trois ou quatre enfants.

Les idées de NOEGGERATH ne rencontrèrent au début que de l'opposition. Et si même MACDONALD (1875) s'y rallia, si WILLIAMS décrit des cas d'ovarite et d'endomérite blennorrhagiques, les partisans de la théorie nouvelle furent du moins extrêmement rares. FRITSCH (1876) considérait la vulvo-vaginite blennorrhagique comme une affection restant toujours locale et facilement curable.

Si CHRÖDER (1879) admettait que les affections inflammatoires chroniques des organes génitaux de la femme (vaginite, endomérite, métrite et périmérite) étaient souvent dues à l'infection blennorrhagique, il n'en considérait pas moins les idées de NOEGGERATH comme extravagantes.

La découverte du gonocoque jeta un nouveau jour sur cette importante question et vint donner raison aux dires de NOEGGERATH dans ce qu'ils avaient d'essentiel. (NOEGGERATH revint lui-même (1879) sur certaines exagérations, notamment sur l'incurabilité de la blennorrhagie.)

Les recherches que suscita la découverte du gonocoque vinrent alors éclaircir une série de points obscurs. C'est ainsi que l'on fut renseigné :

1. Sur la fréquence de la blennorrhagie chez la femme. — A l'inverse de NOEGGERATH, qui admettait que 80 p. 100 des femmes

souffraient de blennorrhagie latente, d'après OPPENHEIMER (1884), sur 108 femmes gravides, examinées à la clinique de KEHRER à Heidelberg, il n'y en aurait eu que 30 (c'est-à-dire 27,7 p. 100) porteuses de gonocoques. Sur 32 femmes en couches, LOMER (1885) ne trouva le gonocoque que chez 9 d'entre elles (28 p. 100). SCHWARTZ (1886) examina 617 femmes dont 112 soupçonnées d'être infectées; la recherche du gonocoque ne fut positive que dans 77 cas (soit 12,4 p. 100). Enfin, SÄNGER (1889), qui sur 1,930 femmes en trouva 230 infectées (12 p. 100), estime que le huitième des femmes qui ont recours aux gynécologistes souffrent de blennorrhagie; d'après DORN (1890), cette proportion, basée sur une statistique de 1,000 cas, serait de 10,5 p. 100.

La recherche du gonocoque a contribué à faire mieux connaître :

## 2. Le siège, la localisation de la blennorrhagie chez la femme.

— HARDY avait déjà, en 1846, observé la blennorrhagie de l'utérus.

Une jeune fille, après un coït pratiqué avec un blennorrhagien, avait présenté d'abord un écoulement purulent de l'utérus, puis la vaginite n'avait pas tardé à se montrer. DECOURTIEUX (1880) avait insisté sur la fréquence de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme; DUCOS (1880) avait parlé de métrite, de salpingite et de péritonite blennorrhagiques; BOUTIN (1883) avait décrit les signes cliniques de la blennorrhagie chronique localisée chez la femme et avait su reconnaître que chez elle la maladie occupe de préférence certains points dans lesquels elle se cantonne en tant qu'affection chronique ou aiguë : les follicules de la vulve, les glandes périurétrales, les glandes de Bartholin et leurs conduits excréteurs, l'urèthre et le col de l'utérus. Mais l'opinion prédominante à cette époque voulait que la vulvite et la vaginite (compliquées parfois de bartholinite) et plus rarement l'uréthrite, fussent les manifestations les plus ordinaires de l'infection gonorrhéique.

BUMM (1884) donna le premier, comme siège le plus habituel de la blennorrhagie, non pas le vagin, mais le canal cervical; il n'attribua à la vaginite qu'une importance secondaire. Nous reviendrons sur ce point plus tard.

STEINSCHNEIDER (1887) a fait remarquer que dans tous les cas récents on pouvait constater l'uréthrite. De plus, il a trouvé des gonocoques dans le canal cervical et dans l'utérus, respectivement dans 47 et 50 p. 100 des cas. On les rencontrerait dans cet organe alors qu'ils n'existent plus dans l'urèthre. Dans la vulve et le vagin les gono-

coques n'élisent pas facilement domicile, ils sont vite délogés par d'autres micrococci.

FABRY (1888), chez trente-huit femmes atteintes de blennorrhagie, trouva le gonocoque seize fois dans l'urèthre et dans le col utérin, vingt fois dans l'urèthre et deux fois seulement dans le col. C'est aussi dans l'urèthre que WELANDER (1888) a pu le plus souvent découvrir le gonocoque (89 fois sur 100 cas); pour le canal cervical, la proportion des examens positifs était de 43,7 p. 100. DI BELLA et INGRIA (1888), AUBERT (1888), ERAUD (1888), HORAND (1888), PESCIONE (1889) sont arrivés à des conclusions analogues. Pour BRÜNSCHKE (1891) la blennorrhagie se rencontrerait avec une fréquence de 90 p. 100 dans l'urèthre, de 37,5 p. 100 dans le col, de 12,5 p. 100 dans les glandes de Bartholin. LUCZNY (1891) rassembla quarante-sept cas de la clinique d'Olshausen et enregistra quarante fois l'uréthrite, douze fois la vulvite, dix-sept fois la bartholinite, dix-neuf fois la vaginite.

Enfin, j'avais publié deux cas (1892) où j'ai vu la blennorrhagie chronique se localiser dans l'urèthre, le reste des organes génitaux étant resté absolument intact.

Les recherches et les expériences nouvelles ont fourni sur un point important des données qui confirment les dires de NOEGGERATH. Je veux parler de :

## 3. La gravité de la blennorrhagie chez la femme et des dangers qui en résultent du point de vue de la génération.

Si, à une époque encore peu éloignée de la nôtre, on croyait que la blennorrhagie n'intéressait généralement que la vulve, le vagin, l'urèthre, aujourd'hui on est au contraire fort porté à admettre qu'elle se propage souvent à l'utérus, aux trompes, aux ovaires, au péritoine, amenant ainsi des complications graves.

Naguère encore, on envisageait la vaginite, la vulvite, l'uréthrite comme des formes isolées de l'infection blennorrhagique; actuellement, on parle de blennorrhagie aiguë et de blennorrhagie chronique, affections qui tout naturellement se propagent sinon à tous les organes génitaux, du moins au plus grand nombre d'entre eux.

1. *La forme aiguë* se développe à la suite de l'importation dans les organes de la femme d'une sécrétion très virulente, et résulte de la contamination par un homme en puissance de blennorrhagie aiguë.

Elle débute le plus ordinairement par une vulvo-vaginite et une uréthrite aiguës, par un intertrigo amené par la suppuration, par du ténésme et de la cuisson pendant les mictions. Une bartholinite

aiguë suppurée peut venir compliquer cet ensemble de symptômes.

Les muqueuses vulvaire, vaginale, uréthrale, deviennent très rouges et sont recouvertes d'une sécrétion abondante, épaisse, purulente. Quand l'utérus participe à l'inflammation, quand il se produit une métrite aiguë, aux phénomènes précédents s'ajoutent la fièvre, de violentes douleurs dans le bassin et dans la région sacrée; l'utérus gonfle et devient très douloureux, un écoulement purulo-sanguinolent ou purulent s'échappe de l'orifice externe du col.

Les péri- et para-métrites, la périsalpingite circonscrite, produisent des exsudats étendus dans le petit bassin, autour des trompes et des ovaires; l'inflammation des trompes peut donner lieu à une péritonite mortelle ou conduire à la formation d'un pyo-salpinx.

Le tableau symptomatique est bien différent de celui que nous venons de tracer quand :

2. *La blennorrhagie affecte d'emblée une marche chronique.*

Les formes chroniques ne résultent pas, comme la forme précédente, de la transmission d'une blennorrhagie aiguë. Ce sont au contraire les hommes atteints d'urétrite chronique latente ou d'urétrite incomplètement guérie qui communiquent à la femme la blennorrhagie chronique. Ces formes insidieuses se présentent le plus souvent chez les jeunes mariées, quand l'époux est atteint de gonorrhée chronique. La plupart de ces maris se croient d'ailleurs indemnes; beaucoup de médecins ne les déclarent-ils pas propres au mariage, puisqu'il n'y a plus de sécrétion, plus de goutte et que les lèvres du méat ne sont même pas agglutinées! Il n'est pas inutile de répéter encore que l'absence d'une goutte matinale ne permet pas d'exclure la blennorrhagie.

Pour accorder aux candidats au mariage la permission qu'ils réclament, il faut, autant que possible, voir l'urine du matin et faire l'examen des filaments. Ceux-ci ont en effet la même signification que la goutte militaire.

La marche de ces blennorrhées chroniques est, dans un cas type, à peu près la suivante : la jeune femme qui avant son mariage jouissait d'une santé excellente, et qui n'avait jamais eu de troubles menstruels, ni ressenti de douleurs utérines, paye bientôt après son entrée dans la vie conjugale son tribut à la maladie. Elle commence par s'apercevoir que la sécrétion des parties génitales est exagérée surtout à l'approche des règles. Les organes sexuels externes s'excorient facilement et deviennent le siège de sensations de chaleur et de prurit. Après un certain temps, généralement à la suite d'une

menstruation, elle éprouve des douleurs vagues dans le petit bassin, du tiraillement du côté du sacrum. Ces sensations s'exagèrent avec les mouvements un peu violents et prennent, à l'approche des règles, la forme de coliques. La grossesse se termine souvent avant terme ou, si elle se poursuit, elle aboutit à la péri-métrite, à la péri-ovarite, à la péritonite circonscrite; les couches sont donc anormales et dangereuses. Et, après le part, les phénomènes s'aggravent encore. Les symptômes ressentis dans le petit bassin augmentent en intensité. Tous les exercices physiques, la course, la danse sont douloureux; il en est de même du coït. Avant chaque période menstruelle, il se produit des coliques utérines qui forcent la femme à s'aliter.

Le type de la menstruation est altéré : les règles sont irrégulières, arrivent trop tôt ou trop tard, sont ou profuses ou rares; elles reprennent après avoir complètement cessé. La nutrition est en souffrance, l'aspect de ces femmes se modifie; elles maigrissent, dépérissent, perdent le goût de l'existence et l'amour du travail. Peu à peu se déroule le cortège des phénomènes nerveux les plus variés, il se développe une hystérie typique.

A l'examen gynécologique, on constate chez ces femmes une exagération des sécrétions vulvo-vaginales; parfois la vulve est pâle et extrêmement sèche; au voisinage de l'embouchure du conduit excréteur des glandes de Bartholin, il existe souvent une rougeur inflammatoire en forme de queue de comète.

La pression exercée sur ces glandes fait sourdre du canal excréteur un liquide vitreux ou laiteux. La même rougeur se montre parfois aussi au niveau de l'un ou l'autre des follicules périurétraux (follicules de SKENE) ou bien entre les plis que forment les caroncules ou les petites lèvres. Aux bords de celles-ci, à la commissure postérieure ou autour de l'anus, on trouve aussi de temps à autre des condylômes.

Le vagin ne montre guère d'altérations, quelquefois un peu de rougeur et quelques érosions dans le cul-de-sac postérieur.

La portion vaginale du col est un peu tuméfiée, ramollie; la muqueuse qui la recouvre est rouge, les lèvres sont ectropionnées et érodées. De l'orifice externe s'échappe un liquide qui peut n'avoir aucune apparence pathologique, mais qui parfois devient purulent. Au toucher on constate que l'utérus est augmenté de volume, sensible à la pression. Quand il y a eu antérieurement de la péri ou de la paramétrite il arrive que la matrice est déviée et fixée dans une mauvaise position. Les ovaires sont tuméfiés, souvent déplacés; les ligaments

larges sont plus courts et plus durs que normalement. En somme, tous les organes sexuels de la femme participent à l'inflammation chronique.

4. Le diagnostic de la blennorrhagie chez la femme est assez simple dans les formes aiguës. Il se tirera du tableau clinique que nous avons exposé, de l'abondance des sécrétions vulvaire, uréthrale et vaginale et surtout de la présence des gonocoques au sein de ces sécrétions. Le diagnostic des formes chroniques présente plus de difficultés. Les gonocoques manquent en effet souvent dans ces cas. L'examen négatif au point de vue gonococcique ne nous permet pourtant pas d'exclure la gonorrhée. C'est pour cette raison que SÄNGER (1889) insiste tout particulièrement sur les signes cliniques et qu'il conseille de recourir aux points de repère suivants :

1. Présence d'une blennorrhagie aiguë ou chronique chez le mari ;
2. A défaut de blennorrhagie existante, il faut se renseigner sur l'époque des blennorrhagies antérieures chez le mari ;
3. Y a-t-il eu ophthalmie blennorrhagique chez un ou plusieurs enfants ?
4. Peut-on exclure chez la femme, les autres causes de catarrhe purulent, concomitant ou antérieur ?
5. N'y a-t-il pas de bartholinite, de rougeur de la muqueuse vulvaire au voisinage du conduit excréteur de cette glande ?
6. De condylômes pointus ?
7. De catarrhe purulent ou muco-purulent du col, avec ou sans érosions ?
8. D'affections des annexes ou du péritoine pelvien ?

Reste maintenant à savoir si toutes ces affections dites blennorrhagiques sont imputables aux gonocoques.

Jusque dans ces derniers temps, on rapportait une partie des accidents blennorrhagiques, notamment les accidents internes : salpingites, ovarites, paramétrites à une infection mixte. BUMM (1887) et SÄNGER (1889) étaient surtout les défenseurs de cette opinion. Par contre, WERTHEIM, dans son excellent travail (1892), met uniquement sur le compte du gonocoque toutes ces inflammations, fussent-elles chroniques.

La présence bien démontrée du gonocoque dans le pus et le tissu des trompes malades, dans le pus et le tissu des abcès ovariens, les expériences sur les animaux chez lesquels l'inoculation des cultures

pures de gonocoques a produit des péritonites circonscrites, le fait surtout que l'inoculation de ces cultures (faites avec le pus des trompes et des ovaires) dans l'urèthre humain, a provoqué une uréthrite typique, sont des arguments péremptoires en faveur du rôle pathogène, spécifique, joué par le micrococc. gonorrhœæ dans toutes ces affections. Et si même il existe des cas de pyosalpinx, de péritonite où, comme BUMM (1887), LOVEN (1886), WITTE (1892), MENGE (1890), PENROSE l'ont dit, on peut trouver à côté du gonocoque, des microcoques du pus ou ceux-ci seulement, il est probable qu'il s'agit dans ces cas d'infections secondaires à la blennorrhagie, les gonocoques ayant été vaincus. *Il ne paraît donc pas douteux que le gonocoque, déposé dans le vagin ou dans le col, puisse s'insinuer dans l'utérus, dans les trompes, et arriver même au péritoine, aux ovaires; que le gonocoque soit réellement l'auteur de ce lamentable tableau qui résulte de la « blennorrhagie ascendante » de la femme.*