

cas à éclosion ralentie sont d'une interprétation intéressante pour expliquer des faits où semble manquer un coït contagieux prochain.

§ 2. Période de début. — Trois à cinq jours en moyenne après l'acte infectant, le malade « éprouve en urinant, nous décrit Diday, une sorte de chaleur très faible et absolument sans douleur; peu d'heures après ce premier avertissement, un picotement est senti dans la fosse naviculaire, picotement instantané comme celui que produit une mouche qui se pose ». Et le blennorragien commence à monter la gamme des douleurs uréthrales: c'est d'abord prurit léger, puis cuisson vive, qui se localise à cette période au niveau de la fosse naviculaire. La sécrétion est encore pauvre, composée surtout de déchets épithéliaux: pour la rendre apparente, espacez les mictions, et laissez, en cinq ou six heures, se former une goutte muqueuse et filante, « blanche ou teintée de blanc » que vous amènerez au méat, par pression du canal. C'est la période prodromique, la période fugitive, qu'il faut saisir, sans retard, si l'on veut « couper » l'inflammation uréthrale.

§ 3. Période d'état. — Écoulement. — La phase d'état s'établit deux à quatre jours après, mais n'atteint guère son acmé que vers la fin du second septénaire. Le gland, « luisant parfois, disait Hunter, comme une cerise mûre », rougit et s'échauffe: les lèvres du méat révélatrices de l'état de la muqueuse uréthrale « comme la langue l'est de celui du tube digestif », suivant la comparaison de Diday, turgescences, peuvent présenter de petites croûtelles recouvrant de menues érosions. La verge a des tendances à s'ériger douloureusement; le périnée se tend et s'alourdit.

Grâce à l'affluence des leucocytes, farcis de gonocoques, la sécrétion filante des premières heures devient franchement purulente; et, du mucus inodore au pus verdâtre de l'état confirmé, le liquide passe par les teintes de transition, opalines, jaunes, jaunâtres, vertes. Sa concentration et sa quantité augmentent rapidement: limitée au début à la muqueuse de l'urèthre balanique, la suppuration s'étend peu à peu à toute la portion pendante « pars pendula »: il se produit alors une véritable « incontinence de pus » qui souille les vêtements. L'abondance de la sécrétion se proportionne à l'acuité de l'affection; mais sa coloration est plus trompeuse. La tache blennorragique sèche se compose de deux parties: l'une, centrale, correspond au dépôt chromatique et exagère la nuance de l'écoulement; l'autre, périphérique, à tons pâlis, représente la portion aqueuse. Il y a toujours à rabattre de moitié, formule Diday, sur le témoignage de la tache: la goutte incolore déposée sur du linge y produit une tache comme empesée; la goutte opaline une tache grisâtre; la goutte blanche une tache jaune; la goutte jaune une tache verte. La goutte épaisse, compacte, de l'urétrite aiguë, se montre formée par des leucocytes polynucléés, dont les noyaux se colorent fortement, sous l'aspect de masses irrégulièrement bourgeonnantes; dans les corps cellulaires faiblement teints, les gonocoques forment des groupes intracellulaires; d'autres, devenus libres, après destruction du leucocyte, se montrent encore groupés autour du noyau.

Douleurs. — Le blennorragien souffre quand il pisse, s'érige ou éjacule. Les douleurs de la miction sont parfois très vives; et le vocabulaire populaire a trouvé pour leur traduction des comparaisons réalistes: les lames de rasoir et le fer rouge sont des termes exagérés. L'irritation réflexe du col vésical s'en mêlant, les crises deviennent fréquentes et impérieuses; le malade s'efforce de

vider lentement sa vessie, car l'expérience lui apprend que la distension uréthrale par un jet précipité est particulièrement douloureuse. Parfois, la turgescence du canal s'oppose à la miction; l'urine ne s'écoule que goutte à goutte, et le supplice s'allonge. L'érection vient y joindre ses peines, surtout nocturnes; la congestion pelvienne, la continence forcée du blennorragique, la distension vésicale et la tiédeur du lit contribuent à gonfler les corps caverneux. Or, l'étui spongieux de l'urèthre, infiltré par l'exsudat inflammatoire, et dessinant à la face inférieure du pénis un cordon induré, a perdu sa souplesse; il a de la peine à suivre l'ampliation érectile des corps caverneux et se tend douloureusement: de là des insomnies, des éjaculations pénibles, parfois, de menues hémorragies « truitant » de rouge l'écoulement, et donnant lieu à ce pus sanguinolent et panaché de la « chaudepisse russe ». Si l'induration inflammatoire de la paroi uréthrale s'accroît, la chaudepisse se « corde »: le canal spongieux, roide et peu extensible, sous-tend les corps caverneux incurvés par l'érection; car, fixés en arrière au squelette, en avant à l'extrémité de l'urèthre, ils se courbent, ne pouvant s'allonger. La souffrance en est assez vive pour déterminer quelquefois le blennorragien à se « casser la corde » et à se préparer ainsi un rétrécissement urétral grave.

Rétention d'urine. — La dysurie peut aller jusqu'à la rétention d'urine. Cette dernière présente divers types. Parfois, il s'agit de blennorragiens récidivistes, rétrécis, chez qui la turgescence de la muqueuse vient brusquement accroître la sténose du canal. Ailleurs, au cours d'une inflammation aiguë de la prostate ou de la vessie, c'est un spasme qui vient causer la rétention. Dans certains cas, rares, la rétention se produit, indépendamment de toute lésion matérielle du canal, et prend une physionomie clinique qu'Augagneur⁽¹⁾ a bien décrite. Ces rétentions sont complètes, indolores; le cathétérisme est facile et donne issue, non point à un jet, mais à un écoulement lent et sans force de l'urine. Il y a, dans ces cas, une diminution évidente de la contractilité vésicale; Augagneur en conclut que cette rétention doit être attribuée à des phénomènes nerveux ou hystériques. La thèse est contestable, l'hyposystolie vésicale pouvant tenir à la distension forcée de l'organe.

Symptômes généraux. — Les symptômes généraux se subordonnent à la gravité des douleurs, des insomnies, des complications, à l'état moral du patient: nous voyons nos soldats blennorragiens « couler » philosophiquement leurs quinze ou trente jours, tandis que nous pouvons noter, chez maints sujets nerveux, instruits, lecteurs de publications extra-médicales, l'impatience et l'observation alarmée. En dehors de toute complication, il est possible d'observer de la courbature, un état gastrique léger, de la fièvre, de l'albuminurie: Souplet a insisté sur ces signes généraux qui répondent probablement à une action des toxines.

§ 4. Période de déclin. — De la fosse naviculaire, la maladie a donc progressé en arrière jusqu'au bulbe et pris possession de tout l'urèthre antérieur. Après une phase d'état qui dure en moyenne douze à quatorze jours, les symptômes s'amendent et rétrocedent. Les lèvres du méat pâlisent et s'affaissent. La paroi uréthrale s'assouplit, et l'infiltration inflammatoire se résorbe. La miction et l'érection cessent progressivement d'être douloureuses. L'écoulement jaune ou verdâtre, copieux, tachant le linge en vert, riche en leucocytes, fait place à une

(1) AUGAGNEUR, *La Province médicale*, 12 février 1898.

forte goutte, intermittente, jaune, et formant sur le linge une tache jaune, qui, en se mélangeant à l'urine la trouble de flocons blancs tombant rapidement au fond du verre. La goutte qui, à la phase aiguë, se composait de leucocytes et de gonocoques montre maintenant, mélangées aux leucocytes, des cellules épithéliales de l'urètre, petites cellules polyédriques à gros noyaux. En même temps — et surtout quand un traitement antiseptique n'a point été suivi — on voit apparaître, dans le pus, d'autres microbes accessoires, qui peuvent être assez abondants pour dépasser le nombre des gonocoques ou devenir l'espèce exclusive : l'importance pathogène de ces bactéries demeure encore en débat ; ce sont les saprophytes de l'urètre qui, dans les nouvelles conditions de milieu créées par le gonocoque, pullulent et probablement contribuent à la persistance de l'écoulement et à l'aggravation des lésions. — A mesure que l'urétrite avance vers la guérison, la goutte blanchit, mais se trouble à nouveau au moindre excès : « L'urine à laquelle elle se mélange, nous dit Janet, reste claire et ne présente que de petits filaments pelliculaires, accompagnés de filaments plus longs, transparents, qui nagent dans ce liquide ; la goutte et ces filaments contiennent du mucus et des cellules épithéliales ; les leucocytes sont rares ou complètement absents, suivant que l'urétrite est plus ou moins près de sa terminaison ; c'est dans cette période que se produit cette sécrétion muqueuse, limpide, filante, qui préoccupe tant les malades. »

Quelle est la durée de cette période de déclin ? Il est difficile de formuler des chiffres. Finger, qui indique pour l'incubation trois à cinq jours, pour le stade prodromique deux jours à peine, pour la période d'état quatorze jours, accorde deux ou trois semaines au dernier stade. Mais ces fixations sont essentiellement mobiles : les urètres se comportent très inégalement devant l'inflammation et nous le discuterons à propos de la blennorrhée ; un traitement inopportun ou incohérent, une hygiène irrégulière, allongent notablement la suppuration du canal. Les classiques essayent la distinction de quelques formes : aiguës, subaiguës, séro-muqueuses, sèches ; elles sont insuffisantes à embrasser l'infinie variété des types cliniques et n'ont point une physionomie assez constante pour mériter une description isolée.

2° **Urétrite postérieure aiguë ; urétrite totale.** — L'invasion de l'arrière-canal est regardée par quelques-uns comme une phase naturelle et très fréquente du processus blennorragique. Tout récemment encore, Heissler⁽¹⁾ a soutenu cette thèse et cherché à établir la précocité de l'urétrite postérieure, qui serait constante dès la première semaine, dans 80 pour 100 des cas. Koch, dont la statistique repose sur 141 cas étudiés chez Jadassohn par la méthode des lavages de Lohnstein, compte 60 à 70 pour 100 ; Lanz, 80 pour 100 ; Philipson, 86 pour 100 ; Letzel, 92 pour 100, dans les urétrites de huit à dix semaines. Nous continuons à penser que, dans la majorité des urétrites aiguës, l'avant-urètre est seul atteint ; l'extension des phénomènes douloureux vers la racine des bourses ne peut permettre de conclure à l'envahissement de l'arrière-canal et s'explique suffisamment par la phlegmasie de la portion périnéo-bulbaire. L'urétrite profonde a sa symptomatologie personnelle : quand la blennorrhagie, forçant le sphincter membraneux, gagne l'arrière-urètre, qui n'est en somme que le col vésical prolongé, elle se dénonce par des mictions plus fréquentes et plus douloureuses vers la fin, c'est-à-dire par de vrais symptômes d'urthro-

(1) HEISSLER, *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, 1891, t. XXIII, fasc. V, p. 765.

cystite. La vessie, la prostate, le testicule, en continuité immédiate ou médiante avec l'urètre profond, sont dès lors menacés. Ce n'est point que la blennorrhagie postérieure ne puisse rester indemne de toute complication testiculaire, prostatique ou vésicale ; mais nous croyons, avec Jamin, qu'à cet état de simplicité elle est exceptionnelle et ne dépasse pas le 5^e des cas.

Comment se fait l'envahissement rétro-membraneux de l'urètre ? Il peut être spontané. Il semble que la localisation profonde du gonocoque soit sollicitée, chez certains sujets, par une prédisposition constitutionnelle indéniable. Jamin, tablant sur des blennorrhagies « vierges », c'est-à-dire apparaissant pour la première fois, de date récente, intraitées, a vu 6 fois sur 17 l'inflammation envahir spontanément l'urètre postérieur, appelée vers ce point du canal, vers la vessie et le testicule, par une constitution strumo-tuberculeuse ou rhumatisante. Les fatigues locales, l'excès de boisson ou de coït peuvent aussi rendre l'arrière-urètre plus vulnérable au gonocoque. Mais, en général, c'est l'absence d'antisepsie du canal qu'il faut incriminer : l'écoulement, laissé sans soins, finit par gagner le tronçon membrano-prostatique. Quelquefois c'est une sonde qui l'a inoculé ; plus fréquemment, c'est le procédé d'injection qui est le coupable. Par excès de zèle, et « pour aller au fond », un malade s'injecte « à canal fermé », en appliquant hermétiquement les lèvres du méat sur le bec de la seringue : au-dessus de 5 ou 6 grammes de liquide, ainsi que le démontrent les expériences d'Aubert et de Jamin, le sphincter membraneux risque d'être franchi ; l'injection balayant et délayant le pus de l'avant-canal arrive à l'urètre profond et l'infecte.

La suppuration peut s'étendre à l'urètre postérieur à une époque parfois fort éloignée du début, et alors que l'écoulement s'était réduit à quelques gouttes. Quelquefois, au contraire, la propagation vers l'arrière-canal s'est faite en pleine période aiguë ; mais d'ordinaire l'inflammation arrive à l'arrière-canal, au moment où l'urétrite antérieure est déjà en voie de décroissance. Dans le premier cas, la fréquence brusquement accrue des mictions, la douleur révèlent l'invasion de l'urètre profond. Mais il faut savoir qu'aux phases de déclin d'une blennorrhagie, alors que le gonocoque fait place aux infections secondaires, d'une virulence moins offensive, la symptomatologie n'offre plus cette netteté : l'urétrite postérieure s'établit souvent d'une façon latente et n'est décelée que par le trouble du second verre. Dans le second cas, cet épisode nouveau accentue moins nettement la symptomatologie vive préexistante et on l'attribue d'ordinaire à une cystite du col.

Les gouttes purulentes, formées en amont du sphincter membraneux, sont enfermées dans l'urètre profond : elles s'y accumulent pendant la nuit et ne peuvent s'écouler vers la portion spongieuse ; la première partie du jet urinaire va les entraîner. De là, le mode d'observation préconisé par Thompson et par Guyon : *procédé des deux verres*. L'urine d'une même miction est recueillie dans deux verres, la première partie du jet dans l'un, la dernière partie dans le second. La première urine lave l'urètre et entraîne ses sécrétions qui déterminent dans le premier verre un trouble floconneux, plus ou moins dense. Si l'urètre antérieur est seul pris, le deuxième verre doit être clair. Au contraire, dans le cas d'urétrite postérieure, les sécrétions de l'arrière-canal sont régurgitées dans la vessie, se mêlent à son contenu, y forment dépôt : aussi le verre numéro 2 est troublé par les filaments du bas-fond vésical que la vessie n'expulse qu'avec ses dernières contractions. — Un second procédé consiste à

laver largement l'urètre antérieur et à faire uriner ensuite le malade : si l'on a pu ainsi nettoyer l'avant-canal, il est clair que les filaments ou le trouble de l'urine ne peuvent provenir que de l'urètre postérieur. Ajoutons toutefois que cette épreuve des deux, ou même des trois verres, n'est décisive que pour les faibles écoulements : dans les blennorragies très sécrétantes, tous les verres peuvent être troublés, bien qu'à des degrés décroissants, par la suppuration du canal.

Diagnostic de la blennorragie aiguë. — Reconnaître un écoulement urétral, cela ne présente aucune difficulté. La chose ne devient embarrassante que si, derrière le prépuce irréductible, une balano-posthite suppure copieusement ; mais, si étroitement perforé que soit le prépuce, on peut toujours amener son ouverture en regard du méat et constater que ce dernier donne issue à des gouttes purulentes ; les symptômes d'ardeur dans l'urètre, la souffrance des mictions disent nettement, d'ailleurs, l'état inflammatoire du canal. — Un chancre simple ou infectant de l'avant-urètre peut donner lieu à un écoulement qui simule la blennorragie : témoin Hunter et sa malheureuse expérience. Mais, la sécrétion est pauvre ; la douleur de la miction et de l'érection se circonscrit à un point du canal ; l'adénite monoganglionnaire du chancre mou ou la « pléiade » du syphilitique mettent le clinicien en éveil, bien que la blennorragie puisse elle-même enflammer les ganglions et les faire suppurer. La seule constatation décisive est l'examen du chancre intra-urétral : sa situation habituelle à l'extrémité antérieure du canal permet de l'apercevoir après écartement des lèvres du méat ; s'il est plus profond, l'endoscope le découvrira. — Une question plus délicate est celle de la nature de l'urétrite : le gonocoque est-il ou non coupable ? Les malades ont une foi si fervente dans l'échauffement banal ! Discuter ce point, ce serait reprendre à nouveau toute l'étiologie. — Relativement au siège de la phlegmasie urétrale, un point surtout intéresse le praticien : occupe-t-elle l'avant ou l'arrière-canal ? Les symptômes (fréquence des mictions et douleurs plus vives aux dernières gouttes) et l'épreuve des deux verres révèlent la propagation rétro-membraneuse. — Au point de vue de ses éléments microbiens, il faut (la chose est importante en thérapeutique) distinguer : si l'infection gonococcique est pure ou dominante ; si des infections secondaires lui sont associées ; si l'écoulement est aseptique.

Pronostic. — Établir le pronostic de la chaudepisse, ce serait dresser le tableau de toutes ses complications : d'aucuns l'ont assombri outre mesure. Les blennorragiens abondent ; les blennorragies graves sont relativement rares. Il n'en est pas moins vrai qu'une affection est sévère quand elle peut, comme l'infection blennorragique, atteindre l'individu par le rétrécissement urétral aux suites menaçantes, par l'ophtalmie purulente capable d'un aveuglement complet, par l'arthrite ankylosante, par la péritonite consécutive à l'inflammation du testicule cryptorchide, par la phlébothrombose des corps caverneux parfois mortelle, et quand elle compromet la race par des noyaux épididymaires imperméables au sperme, par les métrites et les pyo-salpinx qui traduisent en maints ménages la contamination conjugale, par l'urétrite postérieure chronique, source de contagions insidieuses et d'impuissance génésique.

Complications para-urétrales. — Quand l'arrière-urètre suppure, le parenchyme glandulaire de la prostate et le testicule sont très exposés à s'en-

flammer, le premier par continuité tissulaire directe, le second par propagation déférentielle ; l'histoire de ces deux complications est ailleurs tracée. Nous nous en tiendrons ici aux lésions circonvoisines, à la folliculite et à la péri-folliculite, à la cowpérite, aux abcès péri-urétraux.

1° Folliculite et péri-folliculite. — L'appareil glandulaire du canal et du gland prend une part importante à la phlegmasie de la muqueuse. La palpation de la face inférieure de la verge montre, chez maints blennorragiens, des petites tumeurs, douloureuses à la pression, donnant la sensation d'un grain de plomb encastré dans la paroi ; leur volume varie depuis les dimensions d'une tête d'épingle jusqu'à celles d'un petit pois ; leur forme est assez régulièrement sphérique ou ovoïde ; leur surface est lisse ; elles font corps avec le canal ; la peau est mobile sur elles. C'est là le type le plus fréquent de ces folliculites subaiguës n'allant point au delà d'un engorgement du cul-de-sac glandulaire ; la lésion reste d'ailleurs médiocre et échappe souvent à l'examen. Aux dépens du follicule chroniquement enflammé et oblitéré, un kyste peut se former suivant le mécanisme habituel des tumeurs de rétention : quelquefois il reste froid et persiste à l'état de petite masse indolente para-urétrale. Mais souvent l'allure est plus vive, le follicule s'enflamme et suppure. Devergie, Ricord, Vidal de Cassis, Melchior Robert ont bien connu ces petits abcès folliculaires, qui peuvent enflammer le tissu cellulaire ambiant et s'ouvrir à la peau. L'hypersécrétion des glandes de Littre survit souvent à la chaudepisse : ces acini constituent au gonocoque des repaires où s'alimente la blennorrhée chronique et où se préparent les pullulations latentes qui font les récidives. Le siège de la blennorragie n'est point une nette surface, c'est un « crible dans les trous duquel, suivant la comparaison de Diday, la maladie s'étend, et dans les trous duquel il faut que les remèdes pénètrent ».

2° Diverticulites blennorragiques. — En examinant de très près l'orifice de l'urètre, disait Diday (1), « on rencontre quelquefois au voisinage une lésion assez intéressante à étudier. Un pertuis étroit s'aperçoit sur l'un des bords du méat, et si vous prenez le gland entre deux doigts, d'arrière en avant, vous voyez sortir par ce pertuis une gouttelette d'un liquide qui a tous les caractères physiques de l'écoulement urétral coexistant. Si vous cherchez à sonder ce pertuis avec une fine aiguille, celle-ci pénètre ordinairement à une profondeur de 5 à 5 ou 6 millimètres et dans une direction à peu près parallèle à celle de l'urètre. En interrogeant et examinant le malade vous apprenez : que cette lésion s'est manifestée à peu près en même temps que sa blennorragie urétrale ; que l'aspect des bords du pertuis représente exactement celui des bords du méat lui-même, tous les deux étant rouges, tuméfiés, douloureux, luisants ou bien pâles et indolents, selon que la blennorragie est actuellement à sa période aiguë ou à sa période chronique ; il ne sort pas d'urine par ce petit pertuis ; que si le malade a eu plusieurs blennorragies, le même accident s'est invariablement reproduit, dans toutes, au même siège et sous la même forme ». C'est un follicule muqueux qui est devenu blennorragique, par contagion primitive ou secondaire.

Cette lésion n'est qu'un cas particulier « ou, pour mieux dire, le cas apparent de ce qui, chez les blennorragiques, existe dans le reste de l'urètre ».

(1) DIDAY, Sur la blennorragie des follicules muqueux du méat. Gazette hebdom. de méd. et de chir., 1860, p. 725.