

sécrétion condensée dans l'intervalle des mictions, sont, comme le dit Guyon, d'une étude plus facile et plus sûre. Les Allemands ont étudié avec soin ces « tripperfäden » et le travail de Fabry a contribué à préciser leur structure. Au laboratoire de Necker, leur étude histologique est pratiquée d'une façon systématique. Guyon distingue des filaments *purulents*, *mucopurulents*, *muqueux* : « Les filaments purulents sont courts, multiples, opaques, friables, se dissociant facilement dans l'urine qu'ils troublent, lourds et tombant rapidement au fond du liquide. Le filament mucopurulent, souvent unique, est long, pelotonné, renflé parfois à l'une de ses extrémités; il est d'un blanc grisâtre, formé de points ou de stries opaques réunis par une substance transparente; il est léger, flotte longtemps dans le liquide sans tomber au fond et vient d'une pièce en s'étirant quand on le presse pour l'examiner. Le filament muqueux a les mêmes caractères de forme et de consistance que le précédent; il s'en distingue par sa légèreté, sa transparence ». Noguès objecte que cette division, basée sur des caractères macroscopiques, néglige la présence d'un élément, aussi important que les leucocytes, l'épithélium; il propose l'adjonction de deux espèces : filaments épithélio-purulents et épithélio-purs.

Dans un filament on trouve : 1° des leucocytes; 2° des cellules épithéliales, qui sont surtout de deux sortes, d'un côté des cellules cubiques ou polygonales

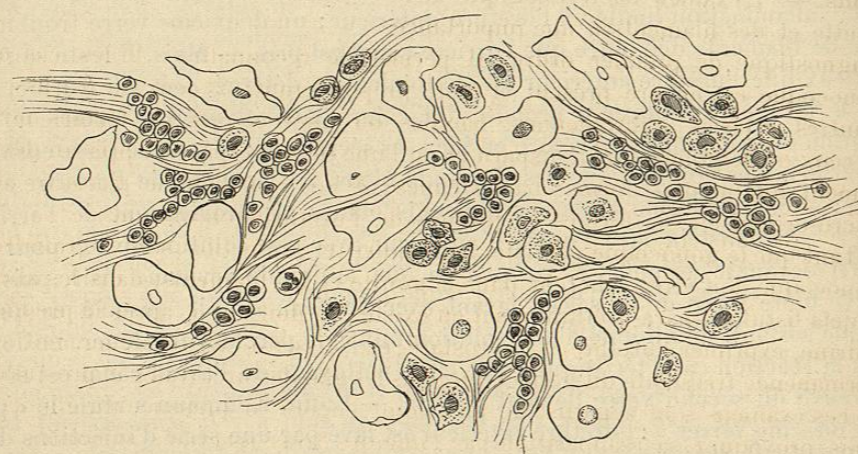


FIG. 194. — Uréthrite chronique. Filament épithélio-purulent : petites cellules épithéliales polygonales à gros noyaux; grandes cellules épithéliales plates; intermédiaires entre ces deux variétés. (Guyon.)

à noyau, se colorant nettement en rouge par le picro-carmin, d'autre part des cellules aplaties, isolées ou soudées en plaques, qui paraissent répondre à un stade plus avancé des lésions épithéliales. A côté des filaments de ces diverses formes, on en trouve, dans le verre n° 2, qui sont denses, courts, en forme de petits cylindres courbes : ce sont les fameuses « virgules de Fürbringer ». Elles représentent des moules des conduits glandulaires de la prostate, exprimés à la fin de la miction. Ces filaments spéciaux, nageant dans une urine claire, permettent de penser que la lésion dominante est la prostatite glandulaire. Ce sont ces malades que l'on entend surtout se plaindre d'impuissance, d'érections mal soutenues, de défaut de jouissance, de pertes séminales; si l'on touche leur prostate, par le rectum, on lui trouve un commencement d'hypertrophie avec de petits grains durs qui résultent du gonflement des glandes prostatiques et qu'il ne faut pas confondre avec la tuberculose.

§ 2. **Liquide prostatique et sperme.** — Dans l'effort de la miction et de la défécation se produisent des écoulements spéciaux que le microscope permet de distinguer. S'agit-il d'une *prostatorrhée* vraie, le liquide, qui ne contient pas de spermatozoïdes ou n'en contient qu'un petit nombre, présente d'abondantes cellules épithéliales, cylindriques ou polygonales, des cellules épithéliales cylindriques en deux couches provenant des conduits glandulaires, des corpuscules amyloïdes, et les cristaux spermatiques de Böttcher, en aiguilles ou en prismes, qu'on voit bien en ajoutant à la sécrétion une goutte de solution à 1 pour 100 de phosphate ammoniacomagnésien et en laissant se dessécher le mélange. Dans la *spermatorrhée* vraie, l'écoulement a le caractère du sperme normal.

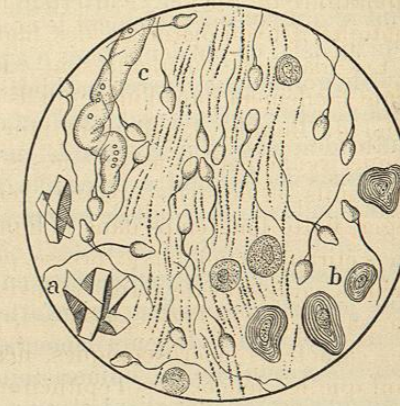


FIG. 195. — Liquide de spermatorrhée.

a, cristaux de Böttcher. — b, grains prostatiques. — c, cylindres testiculaires de la prostate. (Jakob.)

### 5° Examen bactériologique des sécrétions.

— L'examen bactériologique de la goutte et des filaments a une importance diagnostique de premier ordre. Il permet de reconnaître : 1° les cas où le gonocoque est encore présent et reste prépondérant; 2° ceux où il s'associe à d'autres espèces microbiennes, bacilles ou microcoques — formes mixtes; 3° ceux où le gonocoque a disparu et où l'une de ces espèces a pris un développement dominant — formes bactériennes; 4° ceux où l'on ne retrouve aucun micro-organisme — formes aseptiques de l'uréthrite chronique.

Tant que le gonocoque persiste, la récurrence et l'infection sont à craindre. Le gonocoque doit être recherché dans la goutte et les filaments, dans les abcès et trajets fistuleux para-uréthraux s'il en existe; on doit aussi, après le premier jet d'urine, exprimer l'urètre et la prostate, et Neisser a insisté récemment sur la permanence fréquente du gonocoque dans les glandes uréthrales et prostatiques. Si ces examens sont négatifs, ne niez point encore la présence du gonocoque, mais provoquez sa réapparition par l'une des trois réactions suivantes : 1° la réaction par une alimentation épicée, surtout par l'absorption de quelques verres de bière — réaction de la bière; 2° la réaction de Neisser par un lavage au sublimé à 1 pour 10 000 de l'urètre antérieur; 3° la réaction de Janet, que nous préférons pour notre part, par une injection de nitrate d'argent à 1 pour 2000 ou par l'instillation de quelques gouttes d'une solution à 1 pour 100.

A cette détermination se rattache la question si importante en pratique de la contagiosité de la blennorrhagie chronique : le sujet peut-il reprendre le coït, ou bien — forme fréquente de la consultation — peut-il se marier? Dans les formes aseptiques, il serait exagéré de prohiber le mariage jusqu'à ce que le méat soit sec et qu'aucun filament ne trouble la limpidité du verre n° 1; ces formes traduisent souvent un état très tenace, mais sans gravité, et se rattachent à des altérations épithéliales du canal difficiles à modifier; il est même quelques sujets dont jamais on n'assèche l'urètre et qui, au moindre écart de régime, se remettent à suinter. Mais, il faut admettre qu'il en est de la muqueuse uréthrale comme d'autres muqueuses et de la peau et qu'il est à cet égard des susceptibilités indi-

viduelles liées à un état général — arthritisme ou herpétisme — qu'il n'est pas en notre pouvoir de supprimer. — Pour les formes bactériennes, nous demeurons dans l'incertitude sur leur valeur contagieuse exacte : dans le doute, il est prudent de prononcer l'interdit, tant qu'un traitement antiseptique n'a point réduit considérablement le nombre des bactéries et celui des leucocytes, et qu'un délai de plusieurs mois n'a pas prouvé l'absence de toute poussée aiguë. Pour le gonocoque, l'arrêt prohibitif est absolu : il doit être absent, et ne se point montrer après la réaction diagnostique au sublimé ou au nitrate d'argent ; la goutte doit être peu abondante, muqueuse, à peine opalescente, empesant le linge mais le teintant à peine ; les filaments et la goutte ne doivent montrer qu'un nombre très réduit de leucocytes.

**Pronostic.** — « Si je dois aller en enfer, messieurs, disait Ricord à ses auditeurs, je sais le supplice qui m'attend : c'est de me voir entouré de blennorrhéens m'obsédant de leurs lamentations, de leurs instances pour obtenir guérison. » La boutade est humoristique, mais exprime bien les ennuis que cette goutte tenace vaut au client et au médecin. Il est des malades qui, sans cesse préoccupés de leur suintement et de leurs « aptitudes congressives », tournent à l'hypochondrie sexuelle ! L'affection d'ailleurs ne s'éternise point sans retentir dans la sphère génitale ; nous avons eu mainte occasion d'observer ces troubles que les classiques négligent, mais dont le travail de Finger fait une bonne analyse.

Certains perdent la sensation voluptueuse de l'acte ; d'autres plus nombreux éprouvent une souffrance, au moment de l'éjaculation, vers l'arrière-urèthre ou le rectum. Très souvent, on peut observer cette forme d'incapacité sexuelle qui porte le nom de « faiblesse irritable » (*reizbare Schwäche*) ; l'éjaculation est accélérée, et l'émission de sperme se fait *ante portas* ou dès l'entrée ; une période longue de frigidité succède à cette copulation si rapidement menée. L'impuissance, d'ailleurs, tend à se dessiner : l'irritation constante qui part de l'urèthre profond finit par lasser le centre médullaire ; les érections manquent de raideur, l'éjaculation s'attarde. Fürbringer estime que cette « incapacité congressive » existe chez la moitié des anciens blennorrhéens. Les pseudo-éjaculations de la prostatorrhée alarment souvent le malade qui y voit des pertes séminales. Quelquefois, d'ailleurs, une vraie spermatorrhée existe, que provoquent surtout les efforts de défécation : chose curieuse, il peut arriver que les spermatozoïdes de ces pertes soient dépourvus de mouvement ; cela tient, d'après Finger, à ce que le sperme ainsi éjaculé par pression des vésicules séminales ne s'est pas mélangé au liquide prostatique : Fürbringer a démontré que les zoospermes sont immobiles dans les vésicules séminales, et que la sécrétion prostatique a la propriété de les mettre en mouvement.

Chez un sujet prédisposé, ce n'est point impunément que le canal suppure chroniquement ; et la tuberculose est, trop souvent, appelée sur les testicules, la prostate, les vésicules séminales. — Enfin, des foyers où l'inflammation gonococcique se cantonne peuvent, à l'occasion de causes irritantes, partir d'interminables réinfections de l'urèthre : le malade les considère comme des blennorragies neuves ; c'est la vieille sécrétion qui se réchauffe. Aussi, le blennorrhéen demeure-t-il pour lui et pour autrui une source prolongée de contagions.

## IV

## TRAITEMENT DES URÉTHRITES

La thérapeutique des uréthrites a regu, des données étiologiques modernes, une direction méthodique. A l'heure actuelle, le traitement d'une blennorragie, échappant aux formules empiriques, doit se fonder scientifiquement sur l'examen bactériologique de la sécrétion, sur la détermination des microbes isolés ou associés qui la provoquent, sur l'appréciation aussi exacte que possible de l'étendue, en surface et en profondeur, de l'infection uréthrale et des lésions anatomiques réalisées. — Pratiquement, toutefois, il faut reconnaître que nous sommes loin de l'application stricte, et d'ailleurs parfois irréalisable, de ces règles. D'abord, la majorité des blennorragies échappent à cette direction rationnelle : elles aboutissent au pharmacien, aux spécialistes et aux spécialités des annonces ; les préjugés, les erreurs populaires, la négligence exercent ici leur habituelle influence. De plus, même pour celles qui reçoivent des soins réguliers, il faut compter avec les conditions de la pratique courante, où la possession et l'emploi compétent d'un microscope sont encore loin de s'être généralisés, avec les difficultés matérielles du traitement, ce qui est facile et réglé dans un service clinique ou pour un malade aisé cessant de l'être en clientèle ouvrière.

**A. Traitement abortif.** — Est-il possible de faire avorter la blennorragie (1) ? Deux méthodes se le proposent.

**1° Méthode des caustiques à dose forte.** — L'une, déjà ancienne, puisque Carmicaël en 1825 et Debeney en 1845 en furent les premiers promoteurs, emploie le nitrate d'argent à dose forte. Diday l'a ainsi réglée : poussez avec une seringue uréthrale, 6 à 7 centimètres cubes d'une solution de nitrate à 5 pour 100, retenez le liquide en appliquant au méat la pulpe de l'index gauche ; puis, à deux ou trois reprises, refoulez-le d'avant en arrière avec les doigts de la main droite pour faire pénétrer l'injection dans les *plis*, les lacunes, les canaux excréteurs des glandes. Il paraît plus commode d'instiller la solution à la façon de Guyon : arrêtez l'olive en avant du cul-de-sac bulbaire, et à ce niveau injectez quelques gouttes ; retirez-vous doucement, vidant à mesure la seringue et baignant ainsi tout l'avant-urèthre. La durée de séjour du liquide, nous conseille Diday, se subordonne à la douleur : « le nitrate interroge et la douleur répond » ; si l'opéré tolère l'injection, laissez-la dans l'urèthre jusqu'à deux minutes. Dans les heures qui suivent, le méat se gonfle ; au bout d'une heure et demie à deux heures, apparaît un écoulement jaune plus abondant, avec miction douloureuse ; au deuxième ou troisième jour, il cesse, laissant le canal à sec ou ne sécrétant qu'un peu de mucus. En cas d'échec, et l'échec est fréquent, ne renouvelez pas la tentative. — Le sublimé, à dose intensive, a été employé dans le même but : Desnos introduit à un centimètre au delà de

(1) Consulter : DIDAY, *Traitement local antiparasitaire de la blennorragie*. *Lyon médical*, 1884, et *Bulletin médical*, 13 mai 1891. — JANET, *Annales de dermatologie*, 5<sup>e</sup> série, t. IV, p. 1014 à 1036. — Séance du 24 octobre de l'Association française d'urologie. Paris, 1896.