

bourrelet, et dépend de l'extension de la maladie primitivement localisée. Comme l'urétrite chronique siège de préférence dans le bulbe, la partie membraneuse, c'est là aussi que les rétrécissements sont le plus fréquents. Ils sont plus rares dans la partie caverneuse, très rares dans la partie prostatique. Ils peuvent être isolés ou multiples. Nous ne pouvons que signaler ici les altérations qui surviennent en arrière des rétrécissements, dilatation, diverticulums, inflammations péri-uréthrales et formation de fistules, ainsi que les conséquences du rétrécissement, cystite, hypertrophie de la vessie, dilatation des uretères et du bassin, pyélite, néphrite. Les malaises éprouvés par le malade sont les suivants : difficulté de la miction, diminution du volume et de la force du jet, écoulement de l'urine goutte à goutte après la miction, difficulté et arrêt douloureux de l'éjaculation au moment où elle se produit; régurgitation du sperme dans la vessie. L'exploration attentive, prudente, de l'urètre avec des sondes qui peuvent traverser l'orifice de l'urètre, ainsi qu'avec l'uréthromètre, permet de constater le rétrécissement dont le degré est indiqué par le numéro de la sonde qui passe juste à travers le rétrécissement.

Traitement. — Une dilatation prudente du rétrécissement à l'aide de sondes élastiques et métalliques, de calibre croissant, qu'on laisse à demeure de plus en plus longtemps, le traitement par les caustiques et l'électrolyse, l'uréthrotomie, la résection de l'urètre, telles sont les méthodes de traitement de cette complication fréquente, méthodes qui font partie du domaine de la chirurgie.

B. — DE LA BLENNORRHAGIE ET DE SES COMPLICATIONS CHEZ LA FEMME

Généralités.

La découverte du gonocoque a bouleversé nos idées relatives à la blennorrhagie de la femme, beaucoup plus que celles concernant la blennorrhagie de l'homme.

Tandis qu'on regardait autrefois la première comme une maladie relativement légère, se localisant de préférence dans le vagin, atteignant rarement l'urètre et ne se propageant que dans des cas exceptionnels aux organes sexuels internes, nous savons aujourd'hui que la

blennorrhagie de la femme, sous sa forme aiguë comme sous sa forme chronique, affecte d'abord, en général, tous les organes génitaux externes, la vulve, l'urètre, le vagin et ses annexes. Nous savons également que les deux variétés sont caractérisées par leur propagation très fréquente aux organes génitaux internes, utérus, trompes, ovaires, où elles occasionnent toutes deux des affections insidieuses graves, parfois incurables, qui sont du domaine des gynécologistes et constituent une grande partie des cas soumis à leur observation.

Nous laissons donc ces dernières de côté et nous ne nous occuperons que des affections blennorrhagiques des organes génitaux externes.

1. Blennorrhagie uréthrale.

Les symptômes objectifs de la maladie sont : la tuméfaction de l'urètre, perceptible au toucher par le vagin, la sécrétion purulente, qui n'apparaît le plus souvent que lorsqu'on presse l'urètre à l'intérieur du vagin, et qui trouble l'urine. Les symptômes subjectifs sont : une sensation de brûlure plus ou moins vive pendant la miction, des envies légères d'uriner. Le plus souvent, ces troubles subjectifs disparaissent au bout de huit à dix jours, la suppuration devient fluide, l'urine plus claire, et quinze jours plus tard l'urétrite peut guérir spontanément grâce à une hygiène sévère; mais souvent elle passe à une période chronique rebelle, qui est caractérisée par la présence dans l'urine de filaments blennorrhagiques. Des excès pendant la période aiguë peuvent amener une cystite qui évolue au milieu des symptômes déjà décrits. De même cette cystite peut être la cause d'une récurrence persistante de l'état subaigu et chronique, d'un écoulement urétral muco-purulent, souvent très rebelle, mais sans symptômes subjectifs.

Traitement. — On intervient d'après les mêmes indications que chez l'homme, mais sans l'appareil compliqué employé pour ce dernier. Du baume de copahu, de l'huile de santal, plus tard des injections de sulfate de zinc ou de nitrate d'argent suffisent souvent pour la guérison. Dans les cas rebelles, l'introduction d'un court endoscope et des badigeonnages de tout l'urètre avec la teinture d'iode, le sublimé ou le nitrate d'argent sont suivis d'un bon résultat. La cystite exige la même médication que celle de l'homme ¹.

(1) Ici encore les instillations de nitrate d'argent donnent les meilleurs résultats.
A. D. — P. S.

2. Blennorrhagie vaginale.

Elle consiste, dans les cas aigus, en une rougeur très accusée et uniforme, accompagnée de tuméfaction, en une hypersécrétion muco-purulente de toute la muqueuse vaginale qui est aussi le siège, quand la maladie devient intense, de légères desquamations épithéliales et d'érosions sanguinolentes.

Dans les cas subaigus, la tuméfaction intéresse surtout les follicules qui se présentent alors sous l'aspect de granulations rouge foncé, sail-lantes, serrées les unes contre les autres sur le bord libre des colonnes vaginales; on a alors affaire à une vaginite granuleuse.

Si l'affection est ancienne, la rétraction de l'infiltrat, la destruction des follicules, la compression des vaisseaux, l'épaississement et l'altération de l'épithélium provoquent une dégénérescence scléreuse de la muqueuse vaginale (xerosis vaginæ).

Une sensation de pression gravative, de tiraillement, de pesanteur dans le bas-ventre, des douleurs sourdes rayonnant vers le sacrum et les cuisses, parfois aussi une fièvre légère, constituent les symptômes subjectifs auxquels s'ajoute un écoulement vaginal, soit muco-purulent, soit de pus tout à fait crémeux. A l'exploration, on constate, outre la sécrétion que l'on amène au dehors en pressant sur le périnée, la tuméfaction et la rougeur de l'orifice vaginal. Le simple toucher avec le doigt détermine de la douleur. L'introduction du doigt dans le vagin permet de reconnaître une élévation de la température; l'examen avec le spéculum, auquel toutefois il faut souvent renoncer dans l'état aigu, en raison de la douleur intense qu'il détermine, révèle les phénomènes objectifs de l'inflammation, la rougeur et la tuméfaction de la muqueuse. En général, le processus s'étend aussi au revêtement de la portion vaginale, qui est également rouge, tuméfiée, et présente des érosions superficielles autour de l'orifice.

Les symptômes subjectifs de l'inflammation aiguë disparaissent rapidement; le plus souvent au bout de quinze jours la vaginite passe à l'état subaigu et les troubles subjectifs font entièrement défaut: l'attention de la malade n'est appelée sur son affection que par l'accroissement de la sécrétion muco-purulente. L'examen au spéculum permet de constater l'existence d'une vaginite granuleuse ou bien les modifications de la muqueuse sont relativement insignifiantes et on ne trouve plus que sur les deux parois, mais principalement sur la

paroi postérieure, la muqueuse rouge et tuméfiée. Si cette vaginite chronique persiste longtemps, elle envahit le plus souvent la portion vaginale et la cavité utérine. La portion vaginale est alors hypertrophiée, informe. L'orifice est élargi, la muqueuse cervicale en ectropion; elle est, ainsi que le pourtour de l'orifice, le siège d'érosions et de granulations en voie de prolifération. Les follicules de la portion vaginale peuvent être tuméfiés, suppurés et devenir le point de départ d'érosions folliculaires et d'ulcérations catarrhales superficielles. Un bouchon purulent épais, visqueux, sortant de l'orifice, notamment par la pression exercée avec le bord du spéculum, constitue le signe évident de l'endométrite blennorrhagique.

Les propagations extrêmement fréquentes du processus à l'utérus, métrite, paramétrite, salpingite et oophorite, font de la blennorrhagie de la femme une maladie plus sérieuse et plus grave que celle de l'homme et rentrent dans le domaine de la gynécologie.

Le diagnostic de la blennorrhagie vaginale et cervicale est souvent difficile. Dans les cas récents, aigus, l'urétrite, si elle existe, dénonce le processus blennorrhagique. La présence des gonocoques dans la sécrétion vaginale et cervicale est également décisive; mais il y a tant de microorganismes, particulièrement dans la sécrétion vaginale, parmi lesquels des diplocoques non pathogènes, qu'il faut une grande attention pour ne pas commettre d'erreur.

Traitement. — La vaginite présente encore une grande analogie avec l'urétrite de l'homme en ce sens qu'elle constitue une maladie rebelle, difficile à guérir dans les formes chroniques.

Dans la phase initiale, aiguë de la vaginite, tout traitement local est impossible. Pour favoriser le décours rapide et sans complications de la période aiguë, j'ai soin de prescrire le repos, de légers laxatifs, des bains de siège froids et des compresses froides sur les parties génitales externes ainsi que sur le périnée; contre l'agitation nerveuse que présentent beaucoup de femmes à cette période je conseille le bromure de potassium, l'hydrate de chloral, la morphine. Quand les symptômes sont suffisamment atténués pour permettre l'introduction d'un spéculum ou d'une seringue à injection, je passe alors au traitement local, à l'emploi des astringents, en solutions concentrées, par suite de la grande résistance de la muqueuse vaginale et de sa faible sensibilité et irritabilité. Pour agir, ces solutions doivent être en contact avec la muqueuse préalablement détergée. Donc, quand cela est possible, je fais pratiquer une irrigation vagi-

nale pour enlever la sécrétion, et, à l'aide du spéculum et d'un tampon en forme de pinceau, on nettoie les parties malades; ce n'est qu'à ce moment qu'on verse la solution astringente dans le spéculum. Dans la clientèle particulière, ce traitement, qu'il faut renouveler trois fois par jour, est trop compliqué. Je prescrivis alors de plus grandes quantités de solutions astringentes en irrigation avec la seringue à injection ou, ce qui est préférable, avec un irrigateur muni d'un ajutage pour le vagin et placé assez haut.

La première partie de la solution astringente qui arrive dans le vagin coagule la sécrétion, l'entraîne sous forme de lambeaux blanchâtres et le reste du liquide vient en contact avec la muqueuse détergée. Pour l'irrigation, nous employons une solution d'alun de 2 à 5 p. 100. Je prescrivis l'alun calciné en poudre dont on fait dissoudre deux à trois cuillerées à bouche dans un litre d'eau tiède (la cuillère contient 10 à 15 grammes). J'utilise de la même manière les solutions de sulfate de zinc de 2 à 5 p. 100, de permanganate de potassium de 0,5 à 1 p. 100. En dehors du repos et de l'abstention complète du coït, la séparation des parois vaginales, qui seraient sans cela en contact continuel, contribue habituellement beaucoup à la guérison. Aussi, après chaque injection, qu'il est nécessaire de renouveler trois fois par jour, je conseille d'introduire dans le vagin plusieurs tampons d'ouate attachés avec un fil. Si le processus est chronique et si les irrigations prolongées ne donnent pas de résultat, je recommande de pratiquer de temps en temps de fortes cautérisations.

Tous les trois ou quatre jours je fais, à l'aide du spéculum, un badigeonnage du vagin avec la teinture d'iode; je verse dans le spéculum des solutions de permanganate de potassium de 5 à 10 p. 100 que je laisse agir pendant plusieurs minutes. On peut aussi, pour ces badigeonnages, employer des solutions de sublimé de 0,1 à 0,2 p. 100, ou le perchlorure de fer concentré. Chaque application doit être précédée d'un lavage soigneux du vagin et suivie de tamponnement.

Dans les cas tout à fait chroniques, ainsi que dans la vaginite papuleuse subaiguë, il faut continuer ces badigeonnages plusieurs jours de suite, jusqu'à formation d'une eschare et la chute des couches supérieures de la muqueuse, puis on attend qu'elle se soit reproduite avant de recommencer. Après chaque opération, la muqueuse prend un aspect plus normal. On peut aussi, en pareil cas, avoir recours à la poudre d'alun répandue sur des tampons ou cousue dans de petits sachets de mousseline que l'on introduit dans le vagin, laissant à la sécrétion le soin de former des solutions concentrées. A la place

d'alun pur, on peut aussi se servir d'un mélange de sulfate de cuivre et d'alun:

Sulfate de cuivre.	10 gr.
Alun cru pulv.	100 —

que l'on répand dans le spéculum et qu'on étend sur le vagin à l'aide d'un pinceau tampon. On peut aussi mélanger les astringents, sulfate de zinc, alun, avec de la gélatine, pour en faire des suppositoires qu'on introduit dans le vagin. On a conseillé aussi récemment l'introduction de tampons trempés dans la glycérine. On touche les érosions, ulcérations, granulations de la portion vaginale avec des solutions de 5 à 10 p. 100 de nitrate d'argent, le glycérolé tanique (1 : 20), la teinture d'iode, la solution concentrée de perchlorure de fer. On peut recommander aussi les deux dernières préparations dans la blennorrhagie de l'utérus; on en injecte quelques gouttes dans la cavité utérine à l'aide de la seringue de Braun, ou bien on en badigeonne l'intérieur de l'utérus et le canal cervical avec un petit pinceau tampon.

Chez les femmes chlorotiques, anémiques, il faut en outre toujours avoir soin de prescrire un traitement et un régime reconstituants.

3. Inflammation de la glande de Bartholin.

a. Bartholinite aiguë. — Cette complication fréquente de la blennorrhagie aiguë chez la femme évolue avec les caractères d'une inflammation aiguë avec tendance rapide à la suppuration. Le plus souvent à la suite d'un effort, pendant la période aiguë et subaiguë de l'urétrite et de la vaginite, il survient une rougeur fréquemment très intense et une tuméfaction œdémateuse de la grande et de la petite lèvre d'un côté. Si l'on examine cette tuméfaction très douloureuse, on trouve à la face interne de la petite lèvre, en contact avec elle et la soulevant, une nodosité dure, douloureuse, située au-dessous de la peau et atteignant parfois le volume d'une noix. Si on comprime cette tumeur, il s'écoule un liquide purulent du conduit excréteur de la glande de Bartholin, car c'est cette glande dont la tuméfaction a produit cette grosse nodosité. De vives douleurs, tensives et pulsatives, empêchant absolument la marche, annoncent la suppuration. On perçoit la fluctuation. Si la tumeur n'est pas incisée à temps, elle

s'ouvre spontanément dans le vestibule ou entre les deux lèvres, plus rarement au périnée.

Les bords de l'ouverture sont souvent amincis sur une grande étendue, décollés, gangreneux, ils se nécrosent alors et occasionnent de grandes pertes de substance, mais qui guérissent, en général, rapidement, en laissant une cicatrice en forme de bourrelet. De larges portions des grandes et petites lèvres peuvent ainsi être détruites; les petites lèvres en particulier subissent souvent des déformations extraordinaires. L'induration est une terminaison plus rare que la suppuration.

TRAITEMENT. — Tant qu'on ne constate pas de suppuration, il faut se borner au traitement antiphlogistique; s'il y a de la suppuration, il y a lieu d'intervenir chirurgicalement. Une large incision suivie de drainage, l'écartement des bords de la plaie avec précautions antiseptiques, telles sont les bases du traitement.

b. Bartholinite chronique. — Dans le cours d'une blennorrhagie subaiguë ou pendant l'exacerbation d'une blennorrhagie chronique, il n'est pas rare de voir la glande de Bartholin présenter dès le début le caractère d'une inflammation chronique. On sent alors la glande au-dessous de la petite lèvre sous forme d'une nodosité dure, non douloureuse; si on la comprime, il s'écoule par le canal excréteur un liquide muco-purulent contenant des gonocoques, pouvant, par conséquent, être contagieux. Le pourtour du conduit excréteur est rouge et exulcéré. Souvent la glande et sa capsule sont relâchées, il se forme dans la glande ou dans son canal excréteur des dilatations kystiques qui retiennent la sécrétion morbide produite en abondance, jusqu'à ce qu'une pression extérieure l'évacue.

Si on examine la femme au moment où la glande et ses kystes sont remplis, l'issue du liquide muco-purulent du conduit excréteur indique qu'elle est atteinte d'une affection blennorrhagique contagieuse. Mais si le kyste est vide, l'examen au spéculum est souvent absolument négatif et la femme peut être déclarée saine. La bartholinite chronique a, par conséquent, une grande importance pour le médecin de police sanitaire. Quand l'heure de la visite des prostituées est indiquée à l'avance, elles peuvent très facilement, en pressant sur le kyste et par des lavages, supprimer les conditions qui trahiraient la blennorrhagie et les obligeraient à interrompre leur métier jusqu'à la guérison. Cette affection n'étant pas rare chez les filles publiques, on s'explique aussi que sur plusieurs hommes qui

fréquentent successivement la même femme, à peu d'intervalle, le premier et peut-être aussi le deuxième contractent une blennorrhagie, tandis que les suivants s'en tirent indemnes. Le premier et le deuxième ont vidé le kyste en introduisant le pénis, et se sont infectés, les suivants ont trouvé le kyste vide et pas de virus.

TRAITEMENT. — La bartholinite chronique est une maladie rebelle, qui ne peut se guérir radicalement que par la destruction de la glande. On incise le kyste plein avec le bistouri, on l'ouvre complètement et on cautérise la paroi interne avec la potasse caustique, le thermo-cautère de Paquelin, etc. On a aussi conseillé l'extirpation de la glande.

C. — COMPLICATIONS DE LA BLENNORRHAGIE DANS LES DEUX SEXES

1. Rhumatisme blennorrhagique.

Cette complication rare se rencontre plus fréquemment chez l'homme que chez la femme; elle consiste en une tuméfaction et une inflammation des articulations, avec fièvre; la marche de cette affection présente très souvent une grande analogie avec le rhumatisme articulaire aigu, mais le plus ordinairement, après le décours de la période aiguë, le rhumatisme blennorrhagique a de la tendance à passer à l'état subaigu et chronique. Il est, en général, limité aux grandes articulations; il devient alors plus fixe et n'a pas la même tendance à se déplacer.

Dans quelques cas on a trouvé des gonocoques dans la sécrétion séro-purulente provenant des cavités articulaires atteintes.

Le plus souvent la maladie commence subitement, rarement dès le début de l'urétrite, mais d'ordinaire quand celle-ci a atteint son plus fort développement, c'est-à-dire de la deuxième à la troisième semaine. On voit apparaître rapidement une tuméfaction souvent très considérable d'une articulation encore saine quelques heures auparavant; cet état s'accompagne de douleurs vives, d'une fièvre intense et continue. Les mouvements sont impossibles, l'exploration fait reconnaître un épanchement de liquide dans la cavité articulaire. Les grandes articulations du genou, du coude, de l'épaule sont les plus fréquemment atteintes. La maladie se localise, en général, dès le