

cellules épithéliales et qu'ils ne pénètrent jamais plus loin que les plans supérieurs de la couche sous-muqueuse; ils présentent parfois une disposition telle qu'ils paraissent suivre le trajet des capillaires lymphatiques. Des observations ultérieures (Touton, Jadassohn) ont prouvé que les gonocoques pouvaient aussi traverser les épithéliums aplatis et que, pour cette pénétration, la disposition morphologique avait moins d'importance que les conditions physiologiques ou pathologiques de la membrane de revêtement. C'est ainsi qu'on comprend que, chez l'enfant, la muqueuse du vagin soit très facilement infectée par le gonocoque alors que chez l'adulte elle oppose une grande résistance à l'inoculation; de même, la conjonctive de l'enfant est beaucoup plus réceptive que celle de l'adulte. Toutefois Finger, auquel nous devons tant d'importants travaux sur la gonorrhée, a récemment démontré, en étudiant des préparations d'urétrite récente, qu'il existe une différence sensible entre l'épithélium cylindrique et l'épithélium pavimenteux, au point de vue de la pénétration du gonocoque; que celui-ci oppose à cette invasion une résistance évidente, tandis que l'épithélium cylindrique est rapidement envahi par les gonocoques qui se répandent alors dans le tissu cellulaire sous-épithélial. De plus Finger a constaté la rapidité avec laquelle les gonocoques pénètrent dans les lacunes de Morgagni, ainsi que le conduit excréteur et le corps des glandes de Littre.

On réussit facilement à colorer les gonocoques par les différentes couleurs d'aniline : les meilleures sont la fuschine et le bleu de méthyle. Une propriété importante du gonocoque est de se décolorer par la *méthode de Gram*; si on recoloré à la fuschine, ils paraissent rouges tandis que les autres microcoques restent colorés en bleu. Dans les cas douteux, cette épreuve est indispensable. Pour bien examiner la préparation, on se sert d'un objectif à immersion et d'un condensateur d'Abbé.

La blennorrhagie atteint la *muqueuse de l'urèthre* et des organes afférents, dans les deux sexes (glandes de Cowper, prostate, canal déférent, épидидyme, vessie, uréthères, reins); elle frappe aussi la *muqueuse des organes génitaux de la femme* (vagin, glandes de Bartolin, utérus, trompes), la *conjonctive*, et la *muqueuse rectale*. D'autres muqueuses, celles de la bouche et du nez ne se prêtent pas à l'inoculation, grâce à la structure de leur épithélium. Rosinsky a récemment observé chez le nouveau-né des

affections de la muqueuse buccale qu'il rattache à l'infection gonorrhéique.

Nous passerons d'abord en revue la *Blennorrhagie chez l'homme*, avec ses complications et ses suites, puis la *Blennorrhagie chez la femme*, qui se distingue de celle de l'homme par suite des différences dans la structure des organes atteints. Nous ne dirons que quelques mots de la *Blennorrhagie rectale*, nous réservant de traiter plus longuement la *Conjonctivite blennorrhagique*. Enfin, pour terminer cette première partie, nous décrirons le *Rhumatisme blennorrhagique* et le *Condilôme acuminé*.

## CHAPITRE II

### L'URÉTHRITE BLENNORRHAGIQUE AIGUE

**L'urétrite blennorrhagique chez l'homme**  
(*Gonorrhée, Blennorrhagie, Chaude-pisse, Harnrohrentripper, Clap* (angl.) reconnaît pour cause le dépôt du virus blennorrhagique sur la muqueuse du canal de l'urèthre. Abstraction faite des cas d'inoculations expérimentales et des contaminations toujours possibles par l'intermédiaire d'instruments souillés de pus blennorrhagique, ce transport se fait, dans l'immense majorité des cas, pendant un coït avec une femme atteinte elle-même de blennorrhagie. Dans la plupart des cas bien observés, on a pu démontrer que même l'urétrite des petits garçons était une véritable urétrite gonorrhéique, transmise le plus souvent à l'enfant par les attouchements sexuels avec une femme infectée. Il est certain qu'il n'existe pas d'immunité absolue pour la chaude-pisse; cependant il n'est pas douteux que, par suite de certaines dispositions individuelles ou de circonstances accidentelles, la prédisposition à l'infection puisse être plus ou moins forte : ainsi, on comprend que celle-ci soit favorisée par certaines anomalies, telles que l'élargissement du méat urinaire ou sa situation anormale à la face inférieure du gland ou du pénis (*hypospadias*) : la sécrétion infectieuse se collectant surtout à la partie déclive du vagin, le contact entre la muqueuse uréthrale

et le liquide virulent est, dans ces conditions, beaucoup plus intime; il est aussi tout naturel que la répétition des rapprochements, la durée plus longue de ceux-ci (dans l'ivresse par exemple) amènent, cæteris paribus, plus aisément l'infection qu'un coït unique, suivi d'une éjaculation rapide.

Aussitôt après l'infection, commence la *période d'incubation* au cours de laquelle l'individu infecté ne présente absolument aucun symptôme morbide; cette période dure en moyenne deux ou trois jours; elle est rarement plus longue ou plus courte; dans quelques cas exceptionnels, on a observé, d'une façon certaine, une incubation de 6 à 7 jours; on a même signalé des périodes d'incubation durant 2 à 3 semaines. Après cette période, la maladie commence à se déceler par des phénomènes subjectifs, par une sensation de chatouillement dans la partie tout-à-fait antérieure du canal; ces sensations ont souvent un caractère voluptueux tel qu'elles excitent à de nouvelles cohabitations. Objectivement l'affection se traduit déjà à cette époque par une légère rougeur de la muqueuse et par un écoulement séreux peu abondant (*stadium mucosum*).

Mais, en très peu de temps on voit la maladie changer d'aspect; à la sensation de chatouillement succède une cuisson désagréable, puis des douleurs qui se réveillent surtout pendant la miction; la sécrétion de l'urèthre devient plus abondante, prend un caractère purulent et, à la fin du premier septenaire, la chaude-pisse a atteint son plein développement et se trouve à son apogée.

Pendant cette deuxième période (appelée *stadium blennorrhœicum* en raison de son symptôme dominant, la suppuration), le gonflement de la muqueuse a considérablement augmenté; celle-ci est en quelque sorte projetée en avant du méat et forme de chaque côté un petit bourrelet rougeâtre. Grâce à ce gonflement le canal donne parfois la sensation d'une corde dure, douloureuse à la pression, et perceptible sous la peau du pénis.

La *sécrétion*, qui s'écoule en abondance, est devenue franchement purulente de coloration jaune ou jaune-verdâtre; elle sort du méat spontanément ou à la pression et fait sur le linge des taches jaunes-verdâtres, révélatrices. Il arrive souvent que quelques gouttes de sang viennent se mêler au pus; il est rare que la quantité de sang épanché soit plus considérable; si cela se produit, l'écoulement prend une coloration foncée, brun-noirâtre (*chaude-pisse russe*). Dans des cas exceptionnels, l'inflammation

devient assez intense pour donner lieu à la formation de fausses membranes qui sont alors expulsées par l'urine et donnent le moule de l'urèthre (*chaude-pisse croupale*). A cette période la maladie, limitée d'abord aux parties tout-à-fait antérieures du canal, a déjà progressé vers les parties plus profondes, et cette extension se traduit par la sensibilité que ces parties présentent à la pression.

Ordinairement le prépuce est tuméfié et hyperémié; lorsque l'ouverture préputiale est étroite, le gonflement donne souvent lieu à la production d'un *phimosis*, puis à l'inflammation du feuillet interne du prépuce et de la muqueuse du gland (*balanite*); si la peau a été retirée derrière le gland, il peut arriver que le gonflement rende impossible la reposition du prépuce et le *paraphimosis* est constitué. En outre on observe souvent une *lymphangite* aiguë des vaisseaux du dos de la verge. — L'examen microscopique fait découvrir dans l'écoulement, surtout des globules du pus, quelques cellules épithéliales, rares, des globules rouges souvent isolés, parfois en quantités considérables; comme nous l'avons déjà dit, les gonocoques s'y rencontrent toujours en grande quantité.

Entretiens les *douleurs* ont atteint leur maximum d'intensité. Elles peuvent être spontanées, mais c'est pendant et après la miction et surtout pendant l'érection qu'elles se font le plus vivement sentir. Lorsqu'ils urinent, les malades ont la sensation d'un liquide brûlant passant par le canal (d'où le nom de chaude-pisse), ou bien encore — *sit venia verbo* — il leur semble « qu'ils pissent des lames de rasoir ». Par suite du gonflement de la muqueuse, l'*émission des urines* est rendue plus difficile: elle s'écoule en jet mince ou bien goutte à goutte; si l'on recueille le premier jet d'urine dans un verre et ce qui reste de la miction dans un second verre (épreuve de deux verres, Thompson), on voit que le contenu du premier verre est trouble par suite du mélange avec le pus qui se trouvait dans l'urèthre tandis que celui du second verre reste clair, l'urèthre ayant été nettoyé par le premier jet.

Pendant les *érections*, qui surviennent surtout la nuit, par la chaleur du lit les douleurs deviennent presque intolérables: elles sont dues au tiraillement du canal de l'urèthre rendu inextensible par le gonflement qu'il a subi et sont d'autant plus pénibles que, quoiqu'on fasse, elles sont ordinairement d'assez longue durée. (Par suite de l'hyperémie, le pénis se trouve du reste d'une façon

presque constante en état de semi-érection). Pendant l'érection, le pénis se recourbe parfois vers le bas, par suite de l'inextensibilité du canal urétral (chaude-pisse cordée). Parfois se produisent aussi des pertes séminales, naturellement très douloureuses. Ce sont ces douleurs qui font tant craindre aux malades l'arrivée de la nuit qu'ils passent dans l'insomnie et la souffrance; le jour, leur situation est un peu plus supportable.

Dans les formes graves de la maladie, il existe presque toujours de la *fièvre*, au début de la deuxième période; bien qu'en général elle ne soit pas très forte, cette fièvre, ajoutée aux douleurs et à l'insomnie, rend très pénible la situation des malades et pourrait faire croire à une affection sérieuse.

Heureusement, la maladie, soumise à un traitement convenable, ne conserve pas longtemps ce degré d'acuité; elle ne l'atteint même pas dans un grand nombre de cas, surtout si le malade a déjà eu une ou plusieurs chaudes-pisses. Même dans ces formes graves, on voit, au bout de quelques jours, tout au plus après une semaine, les symptômes subjectifs diminuer les premiers: les douleurs à la miction s'amendent et finissent par faire place à une sensation de cuisson légère; les érections douloureuses, la fièvre disparaissent et l'état général s'améliore. Il n'y a que l'écoulement qui se maintienne. Sous l'influence d'un traitement approprié et même sans aucun traitement (un peu plus tard, il est vrai), la sécrétion diminue vers la fin de la troisième semaine à dater de l'infection; elle contient moins de pus et paraît par conséquent plus blanchâtre; puis, elle redevient muqueuse, comme au début de la maladie; à ce moment les symptômes subjectifs ont ordinairement tout à fait disparu. Dans les cas favorables, l'écoulement cesse aussi après cinq ou six semaines en moyenne et la guérison est complète; d'autres cas sont moins heureux, car sans parler des complications, l'écoulement persiste et la chaude-pisse passe à l'état chronique.

Les symptômes décrits jusqu'ici se rapportent aux cas dans lesquels seule la partie spongieuse de l'urètre est malade (*Urétrite aiguë antérieure*). Si l'inflammation gagne les portions membraneuse et prostatique (*urétrite aiguë postérieure*), les symptômes changent complètement. Il se produit un violent ténesme vésical; dans les cas les plus sérieux il se fait même des hémorragies: à la fin de la miction il s'écoule quelques gouttes de sang; l'urine tout entière peut même être sanguinolente. Les

pollutions répétées constituent un symptôme fréquent; il existe souvent de la constipation et les selles sont douloureuses. Le passage de l'inflammation à la partie postérieure ne s'accompagne pas toujours de symptômes aussi aigus: il peut se faire graduellement, d'une manière insidieuse. L'écoulement diminue souvent de lui-même, tandis que, tout au contraire, l'urine se trouble fortement par suite de son mélange avec le pus (Finger).

A l'épreuve des 2 verres, non seulement l'urine premièrement émise est trouble, mais encore l'urine du second verre, bien qu'à un moindre degré. Voici la raison de ce symptôme si important de l'urétrite postérieure: le muscle compresseur de l'urètre qui entoure la partie membraneuse par sa tonicité empêche le pus formé dans le segment postérieur du canal de s'échapper en avant; celui-ci est refoulé dans le bas-fond de la vessie où il se mélange à l'urine. Si la quantité de pus est minime ou que les mictions soient rapprochées, il peut arriver que, même en cas d'urétrite postérieure l'urine du second verre soit claire, le pus n'ayant pas eu le temps de passer de la partie prostatique jusque dans la vessie. Il faut donc, pour être fixé, choisir un moment où l'urine séjourne depuis longtemps dans la vessie; l'urine du matin remplit très bien ces conditions.

Comme l'infection gonorrhéique suit une marche graduellement envahissante quand elle s'avance vers l'urètre postérieur, il en résulte qu'en général, l'urétrite postérieure ne se déclare qu'après une quinzaine de jours à partir du moment de l'infection. Dans un grand nombre de cas, il est possible de déterminer la cause qui a provoqué l'envahissement de l'urètre postérieur, efforts corporels, excès, injections forcées, introductions d'instruments; dans d'autres cas, l'urétrite postérieure paraît éclater spontanément, parfois même chez des malades qui gardent le lit. Quand un malade a déjà eu une urétrite postérieure, il est de règle que chaque nouvelle infection s'accompagne de la même complication (Finger).

Le **pronostic** de la blennorrhagie aiguë est favorable: par une thérapeutique raisonnée et un traitement soigneux, on réussit ordinairement, s'il ne se produit aucune complication, à la guérir au bout de quatre à six semaines. Toutefois il faut être très prudent avant de préciser la durée probable de la maladie, car rien ne permet d'affirmer *a priori* qu'elle ne passera pas à l'état chronique, circonstance qui aggrave fortement le pronostic.

La chaude-pisse n'est pas une affection aussi bénigne que veulent bien l'admettre le public et même certains médecins, et la légèreté que l'on apporte dans le traitement de cette affection n'est rien moins que justifiée. La maladie, déjà très désagréable, tant par elle-même que par ses complications, peut, par ses suites éloignées, devenir un danger pour la vie du malade (rétrécissement). D'autre part, une urétrite chronique qui dure de longues années (comme il arrive quand l'affection est négligée dans son stade aigu), constitue une infirmité sérieuse qui souvent suffit à anéantir toute énergie et tout bien-être. On voit donc que le médecin et le malade ne sauraient avoir trop à cœur de traiter soigneusement la chaude-pisse; c'est ainsi qu'ils pourront le mieux prévenir les complications et empêcher le passage de la maladie à l'état chronique. L'envahissement de l'urèthre postérieur, assombrit toujours le pronostic; d'abord le danger de voir passer l'affection à l'état chronique s'accroît en raison des difficultés du traitement; d'autre part la cystite et l'épididymite, qui supposent naturellement toujours l'existence d'une urétrite postérieure, ont beaucoup plus de chances de se produire.

**Diagnostic.** — En général, la confusion n'est que bien rarement possible. L'urétrite blennorrhagique peut cependant ressembler beaucoup à une *urétrite non virulente*, causée par une excitation quelconque de la muqueuse, par une irritation mécanique ou par une injection « prophylactique. » Les sécrétions vaginales ou utérines, dépourvues de gonocoques, peuvent, à certaines époques (pendant les règles et peut-être aussi pendant les couches), déterminer, sur la muqueuse de l'urèthre, une inflammation analogue à l'inflammation blennorrhagique. On est même parvenu, tout récemment, à démontrer dans ces urétrites la présence de microcoques, différents des gonocoques par leur volume moindre et par une résistance plus grande aux réactifs colorants; on a réussi à produire une urétrite en inoculant dans le canal des cultures pures de ces microbes (*urétrite pseudo-gonorrhéique*, BOCKHART). On a même vu se développer une épididymite au cours de ces urétrites non gonorrhéiques; le catarrhe de la vessie peut aussi en être une complication (1). Il faut admettre qu'il n'y a pas qu'un seul

(1) C'est ainsi que nous avons vu survenir un catarrhe vésical grave chez un malade atteint de chancre mou du sillon balano-préputial et qui s'était, à la suite d'un malentendu, injecté, pendant plusieurs jours et cela trois fois la journée, de l'éther iodoformé dans le canal de l'urèthre, du reste absolument normal.

microorganisme capable de déterminer de semblables urétrites; plusieurs espèces de microbes peuvent, dans certaines circonstances, avoir les mêmes propriétés irritantes pour la muqueuse du canal. Ces urétrites disparaissent d'elles-mêmes au bout de quelques jours, ce qui n'a jamais lieu pour la chaude-pisse; les guérisons rapides et complètes obtenues dans ces cas, constituent ces « cures brillantes » qui, souvent, portent au loin la réputation du médecin. — On peut aussi confondre la blennorragie avec le *chancre uréthral* et l'*herpès de la muqueuse du canal*. Tant qu'il est possible, en écartant les lèvres du méat, de mettre au jour l'ulcère chancreux ou les érosions herpétiques, le doute n'est pas permis. Quand la lésion est plus profonde, il faut recourir à l'*uréthroscope* (endoscope) pour la rendre visible; cet instrument se compose d'un tube métallique droit, du diamètre d'une grosse sonde et muni d'un mandrin; comme pour l'examen au speculum vaginal et à l'otoscope, on éclaire au moyen d'un réflecteur le fond du tube et la partie de la muqueuse qu'il circonscrit; en employant un tube de longueur convenable, on arrive à explorer le canal jusque dans ses parties les plus reculées. Ce projet d'investigation est dû à DESORMEAUX, TARNOWSKY, GRUNFELD, etc. Dans ces derniers temps, l'endoscope a subi d'importantes modifications. Le foyer lumineux (anse électrique) a été reporté à l'extrémité antérieure du tube endoscopique, de sorte qu'on peut examiner la muqueuse uréthrale à l'éclairage direct (NITZE, LEITER, OBERLANDER). Cependant, même sans l'aide de cet instrument, il est ordinairement possible d'établir le diagnostic: dans le chancre uréthral l'écoulement est minime et la douleur limitée à un endroit très circonscrit, sans extension aux parties postérieures. S'il existe un phimosis qui empêche de découvrir le méat, on doit s'en rapporter aux dires des malades sur l'endroit où se produisent les douleurs et sur les caractères qu'elles présentent. Dans ces cas, comme du reste dans tous les cas douteux, la *recherche des gonocoques* permettra toujours de trancher le diagnostic. — Nous ne reviendrons plus sur le diagnostic différentiel entre l'urétrite antérieure et l'urétrite postérieure, dont nous avons parlé plus haut.

**Traitement.** — Nous parlerons d'abord du *traitement diététique* dont le rôle est des plus importants. Lorsque la maladie est à son apogée, on prescrira le repos aussi absolu que possible et, de préférence, le séjour au lit. Mais ici, le médecin

se heurte ordinairement à la difficulté qu'il rencontre, du reste, si fréquemment dans le traitement des maladies « secrètes »; les malades veulent se guérir sans que personne s'aperçoive de leur mal, « sans être dérangés de leurs occupations ». En tout état de cause, il faut interdire d'une façon absolue les longues courses à pied, la danse, l'équitation, en un mot, tout exercice corporel violent. — Il faut toujours recommander l'emploi d'un *suspensoir* bien adapté. Pour le *régime*, on fera bien de défendre tout-à-fait la bière; si on en permet une petite quantité, on court le risque de voir le malade en boire beaucoup plus qu'on ne l'a permis, ce qui est évidemment nuisible; cela est surtout vrai pour la catégorie d'individus chez lesquels la chaude-pisse se rencontre le plus fréquemment. Comme boisson, on prescrira de l'eau, des eaux contenant un peu d'acide carbonique, (diverses eaux acidulées), un peu de vin rouge, surtout mélangé à l'eau, de la limonade, du café, du thé. Il vaut mieux ne pas boire beaucoup; on ne dépassera pas la quantité nécessaire pour apaiser la soif, surtout le soir. Pour la nourriture, abstention de mets fortement salés ou épicés; quant au reste, il n'est pas nécessaire d'établir de règles spéciales. — S'il existe de la constipation, on ne négligera pas de prescrire un purgatif.

Le *traitement médicamenteux* de la chaude-pisse se divise en deux parties : le traitement *interne*, quand le malade prend le remède par l'estomac et que l'action ne se produit qu'après passage de l'agent curatif dans l'urine, et le traitement *externe*, local, quand le médicament est porté directement, au moyen d'injections, sur la muqueuse malade.

La *médication interne*, inférieure en activité et en importance au traitement local, a pour base principale les balsamiques et surtout le *baume de copahu* et l'*huile de santal*. Le baume de copahu se prescrit à la dose de 3, 4, 8 grammes par jour en capsules de 50 centigrammes; l'huile de santal se donne à 1.50 et 2 grammes par jour. On prescrit aussi le *baume de tolu*, le *baume du Pérou*, la *térébenthine*, l'*huile de santal*, le *poivre de cubèbe* en poudre (dans des cachets) ou l'*extract de cubèbe* (associé au baume de copahu en capsules). — Il n'est pas contestable que parfois on obtienne, par ces agents, des effets remarquables; les douleurs du stade aigu surtout, ainsi que le ténésme dans l'urétrite aiguë postérieure, s'amendent considérablement sous l'influence de ce traitement; par contre, chez d'autres

malades, l'action de cette médication est tout-à-fait nulle. Les inconvénients des balsamiques résultent des *actions secondaires* qu'ils exercent presque toujours, après un usage prolongé, parfois même dès le début du traitement : perte d'appétit, éructations, vomissements, diarrhée, quelquefois éruptions d'urticaire ou d'érythème (*Urticaria balsamica*). On observe aussi des symptômes d'irritation rénale, de l'albuminurie, de l'hématurie; c'est le baume de copahu qui, à cet égard, est le moins à craindre; il est plus inoffensif que l'huile de santal, tant préconisée dans ces derniers temps et dont l'emploi amène souvent de l'irritation du côté des reins. L'huile de santal, à la dose de 1.50 gr. par jour n'a jamais présenté d'inconvénients, à part quelques cas dans lesquels il provoquait des douleurs rénales, parfois très fortes, mais toujours passagères. Quand on recherche l'albumine chez un malade soumis au traitement par les balsamiques, il ne faut pas oublier que les substances résineuses qui passent dans l'urine, donnent aussi un précipité par la chaleur et l'acide nitrique; celui-ci, contrairement au précipité d'albumine, se dissout dans l'alcool, dans l'éther et dans un excès d'acide. Le traitement interne est surtout indiqué pendant la période aiguë d'une chaude-pisse intense, aussi longtemps que l'acuité des phénomènes inflammatoires ne permet pas les injections; du reste, on peut, en même temps qu'on emploie les injections, l'utiliser comme adjuvant de la médication externe. En même temps, on peut recommander au malade de boire tous les jours deux ou trois tasses de *décoction de graines de lin*.

La *médication externe, locale* de la chaude-pisse aiguë antérieure est basée presque entièrement sur l'emploi des *injections médicamenteuses*.

Parlons d'abord du *traitement « abortif »* qui a pour but de couper la chaude-pisse dès le début. Pour y arriver on injecte dans le canal une solution de *nitrate d'argent* à 2-3 p. c. On ne peut nier, que dans certains cas heureux et en prenant la maladie à son début, il soit peut-être possible d'y réussir; mais, en général, ce moyen n'aboutit qu'à donner une impulsion extraordinaire aux phénomènes inflammatoires et après la disparition de ceux-ci, la blennorrhagie évolue tout-à-fait comme auparavant; ces considérations rendent peu recommandable l'emploi de la méthode abortive.

Les injections de *substances astringentes ou antiseptiques* sont

indiquées dès que les symptômes aigus ont disparu, c'est-à-dire dans le courant du deuxième septenaire; on peut même les prescrire plus tôt, quand l'affection est moins intense, par exemple dans les récidives, dont les symptômes ont, en général, un caractère moins aigu que ceux de la première atteinte. Il est très important d'indiquer minutieusement au malade la *manière de pratiquer l'injection*. Immédiatement avant l'injection, le malade doit uriner, afin d'éviter que le liquide ne refoule le pus dans les parties postérieures du canal. Il se servira d'une seringue

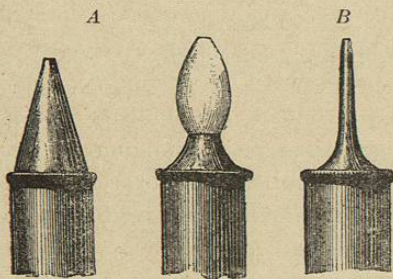


Fig. 2  
Modèles de seringues à injections uréthrales.  
A. Embouts à choisir. B. Embout à rejeter.

à bout cônique ou volivaire, d'une contenance de 5 grammes ou un peu plus; de la main droite, il introduit l'extrémité dans le méat, puis, avec le pouce et l'index de la main gauche, il presse le gland sur l'embouchure de la seringue et

pousse l'injection d'un mouvement égal et lent.

Il maintient le méat

fermé et conserve l'injection dans le canal pendant une minute environ. En général, il est bon de prescrire trois injections par jour, à intervalles le plus égaux possible; et, à chaque séance, il ne faut injecter qu'une seringue.

Le nombre de formules préconisées pour injections est énorme; nous ne citerons que les plus importantes d'entre elles. Au premier stade, aussi longtemps qu'il existe encore des symptômes inflammatoires, on recommande surtout les *sels de zinc* (Zinc. Sulphat. ou Sulphophén. Zinc 0.3 pour 100 grammes), le *permanganate de potasse* (0.03 p. c.), *sublimé corrosif* (0.01 : 200), le *nitrate d'argent* (0.1 : 300). Ce dernier agent provoque assez souvent une recrudescence de l'inflammation. Quand l'inflammation a disparu, que l'écoulement a diminué, les médicaments qui agissent le mieux sont l'*acétate de zinc* (0.3 : 100), l'*acide tannique* (0.1 : 100) ou bien encore des liquides tenant en suspension des substances insolubles finement divisées, telles que le sous-nitrate de bismuth ou un mélange de sulfate de zinc et d'acétate de plomb (ana 0.3 : 100; injection de RICORD). Citons encore la *résorcine* dont les effets sont souvent très favorables, à

tous les stades de la chaude-pisse; on la prescrit à la dose de 2 à 3 p. c.); elle n'est pas irritante pour la muqueuse uréthrale ou ne l'est qu'à un faible degré. — Les doses que nous venons de donner sont des moyennes; dans chaque cas particulier, on prescrira des solutions plus ou moins concentrées, en se basant sur la sensibilité individuelle du malade. Les injections ne doivent jamais déterminer de vives douleurs, ce qui est un signe de concentration trop forte; seulement, au début, même avec des doses convenables, l'injection donne ordinairement lieu à une légère sensation de cuisson. Quant au choix du médicament à prescrire dans chaque cas particulier, on l'apprécie d'après la période à laquelle est arrivée la maladie; nous avons donné plus haut les règles les plus importantes à ce sujet. Nous devons ajouter que nous en sommes souvent réduits à tâtonner; chez tel malade, tel médicament agit très bien, chez tel autre, l'action du même médicament est nulle, sans qu'il nous soit possible de préciser la cause de ces différences: aussi, si après 8 ou 15 jours, une injection n'a produit aucune amélioration, il faut changer de remède, ce qui peut, du reste, devenir nécessaire pour relever le moral du malade. Lorsque l'écoulement a cessé, il est bon de continuer encore les injections pendant une semaine environ en les pratiquant deux fois par jour, puis une fois, pour les abandonner alors complètement.

Si l'urétrite, limitée d'abord aux parties antérieures du canal, se propage à l'urèthre postérieur, s'il s'est produit une urétrite postérieure aiguë, il faut suspendre les injections; on laisse passer le stade aigu en prescrivant des *narcotiques* à l'intérieur et on ne revient aux injections que lorsque les phénomènes aigus ont disparu. Dans les cas d'urétrite postérieure, la seringue ordinaire ne convient plus; les injections n'atteignent que la partie antérieure de l'urèthre; on se sert alors d'une sonde qui permet de mettre le médicament en contact avec la muqueuse de l'urèthre dans toute la longueur de celui-ci (FINGER). Une autre méthode consiste à instiller dans la partie postérieure quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1/2 à 2 %. On se sert soit d'une sonde de Nélaton et d'une seringue, soit d'instruments spéciaux (GUYON, ULTMANN). On obtient aussi d'excellents résultats en introduisant dans la vessie même une solution de nitrate d'argent (1 : 300), comme on le fait dans la cystite. Le liquide introduit dans la vessie pénètre dans l'urèthre postérieur et agit

ainsi sur la muqueuse enflammée. Il va sans dire qu'il faut minutieusement veiller à la propreté et à l'aseptie des instruments, afin d'éviter l'infection de la vessie. Le procédé n'est pas à l'abri des critiques, mais il faut reconnaître qu'il y a une action efficace. Dans toutes les méthodes que nous venons d'exposer les séances ont lieu tous les deux ou trois jours.

Contre les *érections douloureuses*, le *bromure de potassium* (1-2 gr. à prendre le soir) a souvent un effet remarquable; d'autres fois, au contraire, il est tout-à-fait sans action. Les injections de *cocaïne* (2 p. c.) faites le soir, sont aussi un excellent moyen. Il faut encore recommander au malade de se couvrir le plus légèrement possible la nuit, d'éviter de boire abondamment le soir et lorsque l'érection se produit, de recourir aux applications froides sur la verge. Lorsqu'il y a *rétenion d'urine*, un bain chaud réussit souvent à provoquer l'évacuation de la vessie. Si ce moyen ne réussit pas, il faut sonder le malade, et, dans ce cas, toujours se servir d'une sonde molle de Nélaton; les sondes rigides sont mauvaises, leur introduction étant beaucoup plus douloureuse que celle des sondes molles. — Enfin, il faut expressément mettre les malades en garde contre le danger résultant du transport du virus blennorrhagique sur la *conjonctive* et leur faire prendre toutes les mesures de propreté nécessaires pour éviter cette grave complication. Il va de soi qu'il faut soigneusement entretenir la propreté de la verge par des bains locaux, répétés chaque jour; pour éviter de tacher leur linge, les malades dont le prépuce recouvre le gland, introduiront dans l'orifice préputial un tampon d'ouate, qu'ils renouvelleront après chaque miction; quand ils ont le gland découvert, ils emploieront un linge, fixé au suspensoir comme un tablier et qu'ils changeront chaque jour. En général, il faut faire ces recommandations sans négliger le moindre détail, même chez les malades les plus intelligents. Après la guérison, le médecin prévendra le malade du danger qu'il court en reprenant trop tôt les rapports sexuels: l'expérience démontre qu'immédiatement après une chaude-pisse, il existe une très grande prédisposition aux récidives.

En ce qui concerne la *prophylaxie* de l'affection, rappelons que la garantie fournie par la visite médicale des prostituées est illusoire, car il n'est que trop facile de méconnaître chez la femme une blennorrhagie chronique, qui n'en est pas moins contagieuse. Le vœu exprimé par Neisser, de voir pratiquer chez les prostituées

au moins une fois par mois la recherche du gonocoque, n'a malheureusement été réalisé qu'à Breslau. Ce serait cependant une mesure réellement utile dans la lutte contre la propagation des affections gonorrhéiques. Le *condom*, au contraire, constitue une garantie, pourvu qu'il soit bien imperméable.

### CHAPITRE III

#### L'URÉTHRITE BLENNORRHAGIQUE CHRONIQUE

Il est difficile de préciser où finit la chaude-pisse aiguë, où commence la **chaude-pisse chronique** (*Nachtripper*, *Blennorrhée*, *goutte militaire*, *gleet*), les symptômes de cette dernière correspondant tout-à-fait aux symptômes du déclin de la chaude-pisse aiguë; on peut cependant affirmer avec certitude qu'une chaude-pisse qui dure depuis plus de trois mois est une chaude-pisse chronique. Il est souvent impossible de déterminer la cause qui fait que telle chaude-pisse aiguë passe à l'état chronique; d'une manière générale, tout ce qu'on peut dire, c'est que les récidives présentent de la tendance à la chronicité; il en est de même des chaudes-pisses traitées sans le soin nécessaire ou soumises à un traitement irrationnel. Peut-être divers états constitutionnels ont-ils aussi une certaine influence sur le développement de la chaude-pisse chronique. De même que la scrofuleuse, par exemple, favorise le développement de catarrhes sur d'autres muqueuses, de même certains états analogues rendent compte de la chronicité de quelques écoulements uréthraux.

Les **symptômes** ressemblent absolument, comme nous l'avons dit plus haut, aux symptômes de déclin de la chaude-pisse aiguë. Mais il faut distinguer entre l'urétrite chronique antérieure et l'urétrite chronique postérieure. Dans la première il persiste un léger écoulement muco-purulent, dont l'aspect et l'abondance varient considérablement d'un moment à l'autre. Parfois cette sécrétion est tellement minime qu'on ne peut, à vrai dire, parler d'écoulement; tout au plus peut-on, en comprimant le canal, faire sourdre du méat une gouttelette de liquide qui