

Dans l'immense majorité des cas, le gonocoque se localise primitivement chez l'homme, dans la partie antérieure de l'urètre; chez la femme, dans l'urètre et le vagin. Exceptionnellement la localisation initiale peut se produire en d'autres points de l'organisme, au niveau de la conjonctive, chez le nouveau-né, ou bien au niveau de la bouche; dans l'anus (blennorragie ano-rectale), lorsque la contamination est la conséquence de rapports anormaux, etc.

La blennorragie peut rester localisée dans les régions primitivement atteintes, mais elle peut aussi se propager de proche en proche, en surface et en profondeur, soit du fait de la virulence exceptionnelle de l'agent infectieux, soit du fait d'un traitement intempestif. C'est ainsi que chez l'homme elle gagne très souvent l'urètre postérieur, souvent la vessie, la prostate, les vésicules séminales, le testicule, les canaux déférents, etc.; chez la femme elle peut se propager à l'utérus, aux trompes et même au péritoine.

En dehors de ces complications locales, il en est d'autres plus graves, mais plus rares, qui résultent, soit du passage dans le sang du gonocoque ou de ses toxines, soit d'infections secondaires, car sous l'influence de la blennorragie, les microbes dont l'urètre est le réceptacle à l'état normal ou des microbes venus du dehors entrent en scène à leur tour.

Ces complications à distance sont multiples: on peut voir survenir au cours de la blennorragie des arthropathies diverses, suppurées ou non; des endocardites, des néphrites ou des pyélo-néphrites, des myélites avec atrophie musculaire, etc. Alors même que l'infection générale ne se traduit pas par ces complications, elle se manifeste encore par un mauvais état général, par la pâleur des malades, l'anorexie, la sensation de fatigue, etc. En un mot, la blennorragie est nettement infectante.

La blennorragie guérit habituellement et d'une façon radicale chez les malades soumis à une bonne hygiène générale et à un traitement rationnel, chez ceux qui n'ont pas abusé des traitements empiriques, des antiseptiques irritants employés en injections ou en lavages. Chez d'autres malades, non traités ou traités d'une façon défectueuse, ou bien encore présentant « un mauvais terrain », la blennorragie passe à l'état chronique; les douleurs et les autres phénomènes de la phase aiguë disparaissent, mais l'écoulement, quoique peu abondant, et modifié dans son aspect, persiste. Il contient alors des gonocoques associés à d'autres micro-organismes, ou bien seulement des microbes vulgaires (phase non gonococcique de l'urétrite).

Avant d'exposer le traitement de la blennorragie, il est indispensable de rappeler comment, à l'aide de la bactériologie, on peut reconnaître la nature d'un écoulement, comment on peut déterminer à quelle phase la maladie est parvenue, enfin quelle est l'extension en surface et en profondeur de l'urétrite.

Reconnaître la **nature de l'écoulement** doit être la première préoccupation des médecins; en effet, toutes les urétrites blennorragiques ne contiennent pas le gonocoque, celui-ci pouvant disparaître à une époque variable de la maladie; or, le traitement varie suivant que l'on se trouve en présence du gonocoque ou d'infections secondaires. D'autre part, bien que très exceptionnellement, l'urétrite, d'origine vénérienne ou non, peut ne pas être de nature blennorragique. Avant la découverte du microbe de Neisser, on admettait déjà l'existence d'urétrites vénériennes non blennorragiques (blennorroides de Diday) et celle d'urétrites diathésiques (goutte, rhumatisme), d'urétrites dues au passage dans l'urètre de principes irritants (iodure de potassium), etc.

Après la découverte de Neisser (1879) et jusqu'en 1884 environ, on contesta l'existence de ces diverses urétrites et l'on admit l'unité d'origine, clinique et bactériologique, c'est-à-dire blennorragique, de l'urétrite.

Des recherches postérieures semblèrent au contraire consacrer la pluralité d'origine des urétrites; Bockhart rassembla 15 cas d'urétrites non gonococciques causées par les sécrétions vaginales et M. Éraud (de Lyon) divisa les urétrites en :

1° Urétrites non gonococciques aiguës ou primitives	{	a) microbiennes.	
		b) amicrobiennes ou chimiques.	
2° Urétrites non gonococciques secondaires	{	a) mixtes	{ a) suppurées, bactériennes ou saprophytiques.
		b) post-gonococciques	{ b) muqueuses { microbiennes. / aseptiques.

Aujourd'hui on tend de nouveau à rattacher à l'infection blennorragique les cas douteux; on sait que le gonocoque est tenace, qu'il peut se localiser indéfiniment en certains points du canal urétral chez l'homme, du vagin chez la femme, que son absence d'un écoulement ne permet pas de conclure *ipso facto* à son absence réelle, puisqu'il peut apparaître ultérieurement sous l'influence d'irritants divers, etc.

De telle sorte que si l'on élimine des urétrites non gonococciques les cas où l'on ne trouve pas de gonocoques à un seul ou plusieurs examens, mais où celui-ci apparaît à la suite de l'épreuve au nitrate d'argent ou de la bière, bien peu nombreux restent les cas d'urétrites que l'on peut considérer comme des **urétrites non gonococciques primitives**. Les cas d'urétrites attribués à des causes internes, c'est-à-dire au rhumatisme, à la goutte, à l'ingestion d'aliments irritants, sont tous discutables; ils ont été décrits à une époque où manquait le contrôle bactériologique et il ne faut voir sans doute dans ces cas que le réveil de blennorragies anciennes. Quant à l'herpétisme (herpès urétral de Diday), il ne peut donner lieu à un écoulement comparable à celui de la blennorragie, mais seulement à un écoulement séreux, incolore, très peu abondant et de courte durée, une semaine au plus.

Pour nous résumer, disons que les urétrites de cause interne sont encore à faire leurs preuves. Ce qui est indiscutable, c'est l'influence du terrain arthritique sur l'évolution, la durée et les complications de la blennorragie.

Les urétrites non gonococciques de cause externe existent, mais sont exceptionnelles; les expériences de Legrain ont montré qu'avec une sonde enduite d'une culture de pyogènes aureus il est très difficile de déterminer une urétrite dans un urètre sain. Quant aux urétrites vénériennes non gonococciques (blennorroides de Diday), attribuées aux règles, à la leucorrhée, aux excès de coït, en dehors de tout contact gonococcique, elles sont plutôt admissibles théoriquement que pratiquement, bien que Lustgarten, Mannaberg, Éraud, Petit et Wassermann, aient démontré l'existence dans l'urètre normal de nombreuses bactéries saprophytes et de microbes pyogènes. Il semble que ces divers microbes sont seulement capables, à titre d'infection combinée, de compliquer une urétrite gonococcique, ou bien de succéder aux gonocoques pour constituer une urétrite par infection secondaire.

Effectivement, les **urétrites non gonococciques secondaires à la blennorragie** sont d'une grande fréquence; un canal que le gonocoque a infecté perd une partie de sa résistance et peut être envahi par des bactéries banales qui, sur une muqueuse normale, ne pourraient se cultiver; parfois mixtes, c'est-à-dire dues à l'association de gonocoques et d'autres microbes, elles sont habituellement dépourvues de gonocoques et surviennent dans la période de déclin ou à la période chronique de la blennorragie; elles sont suppurées ou non. L'écoulement purulent est constitué essentiellement par la goutte matinale, séro-blanchâtre ou plus ou moins jaunâtre, tachant le linge; ces écoulements purulents peuvent varier d'un jour à l'autre et contiennent des microbes variés; ils sont très difficiles à guérir. L'urétrite muqueuse est constituée par une mucosité transparente et visqueuse; elle correspond à l'urétrorrhée de Diday. Tantôt l'écoulement vient de la prostate (corpuscules intra-prostatiques, spermatozoïdes), tantôt de l'urètre (leucocytes, cellules épithéliales). Il est microbien ou aseptique.

Ces urétrites, dont la symptomatologie est pour ainsi dire nulle, n'exposent pas moins