

raissent en grand nombre ; elles ne sont plus polygonales, mais petites, arrondies, contenant un noyau volumineux. Elles servent encore d'habitable aux gonocoques.

Diagnostic clinique de la blennorrhagie. — Le diagnostic bactériologique doit être fait, toutes les fois qu'il est possible, pour contrôler les renseignements de la clinique ; mais celle-ci ne perd pas ses droits.

Tout d'abord il faut s'assurer que le malade est bien réellement atteint d'un écoulement urétral ; un malade inattentif atteint soit de chancre, soit de plaques muqueuses, soit d'herpès ou simplement de balanite *ab incuria* peut prendre la suppuration balano-préputiale pour un écoulement urétral.

Lorsqu'on a constaté, en ramenant une goutte de pus du méat, qu'il s'agit bien réellement d'un écoulement urétral, il faut encore s'assurer qu'il s'agit bien d'un écoulement par urétrite et non de l'évacuation par l'urètre du pus provenant du rein (néphrite suppurée), de la vessie (cystite), de la prostate (abcès), d'un chancre simple ou induré de l'urètre, d'herpès urétral (cet herpès survient chez des individus sujets aux poussées d'herpès et se traduit, outre la douleur à la miction et la rougeur, la tuméfaction du canal à son orifice, par un écoulement très peu abondant de sérosité ; la douleur et l'écoulement disparaissent en quelques jours). Il faut encore rechercher si l'on ne doit pas incriminer un rétrécissement.

Il s'agit bien d'une urétrite. Celle-ci est-elle blennorragique ou non ? La réponse à la question n'est guère embarrassante, car, dans l'immense majorité des cas, il s'agit bien d'une urétrite gonococcique. Il est facile d'éliminer immédiatement les urétrites par action chimique (par usage de cantbarides, d'iode de potassium, de nitrate de potasse, etc.), les urétrites par traumatisme (introduction d'un corps étranger ou cathétérisme avec un instrument malpropre), les urétrites dites diathésiques (goutteuses, rhumatismales) dont la pathogénie est suspecte, ainsi qu'il a été dit d'ailleurs plus haut.

Le diagnostic ne prête à l'hésitation que lorsqu'on se trouve en présence d'un malade qui a déjà eu à plusieurs reprises des blennorrhagies et qui a constaté la réapparition d'un écoulement à la suite d'un coït. Très souvent il s'agit d'une réinfection gonococcique ou de retour à la virulence des gonocoques qui existaient encore dans son urètre infecté chroniquement ; mais il peut s'agir aussi d'une urétrite non gonococcique, déterminée par les microbes normaux du vagin, qui peuvent être virulents par suite du voisinage de l'époque menstruelle, de l'existence d'une métrite. Il est possible assez souvent de reconnaître ces urétrites à leur courte incubation (plus courte souvent de 2 ou 3 jours que celle de la blennorrhagie), à l'atténuation des phénomènes douloureux, à la faible abondance de l'écoulement qui n'est pas franchement purulent, enfin à leur courte durée, à leur guérison spontanée ou sous l'influence de quelques injections. Il n'en est pas moins vrai que le diagnostic clinique ne suffit pas en pareil cas et qu'il a besoin du contrôle de l'examen bactériologique.

Une question fort importante est celle de l'extension en surface de la blennorrhagie.

Au début, la blennorrhagie est cantonnée dans la partie antérieure de l'urètre. Elle peut rester localisée dans cette région pendant toute sa durée, mais le fait est exceptionnel. Janet admet que 46 fois sur 100 l'urètre postérieur est infecté dans les quatre premiers jours ; à partir de la troisième semaine, en général, l'urètre est intéressé dans sa totalité. La propagation de l'infection s'est faite soit spontanément, soit sous l'influence d'injections pratiquées avec violence ou de lavages. A n'importe quel moment de l'évolution de la blennorrhagie, la généralisation de l'urétrite est certaine s'il existe de l'orchite, de la cystite de la prostate.

On a, d'autre part, des raisons sérieuses de croire à l'envahissement de l'urètre postérieur :

1° Quand le malade a des mictions fréquentes et ressent de la douleur à la fin de la miction ;

2° Quand il y a expulsion intermittente de pus sous formes de petites éjaculations ;

3° Quand une goutte purulente s'échappe de l'urètre après la miction ou la défécation (ce qui est le résultat de la compression exercée par le bol fécal lors de son passage au niveau de la prostate).

Les signes de certitude sont fournis par l'épreuve dite des deux verres.

On fait uriner le malade dans deux verres, de façon à obtenir séparément le dernier jet d'urine ; si l'urètre antérieur est seul atteint, l'urine du premier verre seule est troublée. Si l'urétrite est totale, l'urine du second verre est également trouble, mais un peu moins que celle du premier verre.

On peut encore procéder autrement : après avoir lavé l'urètre antérieur de façon à en faire disparaître toute sécrétion, on fait uriner le malade ; si le premier jet contient des filaments ou des poussières purulentes, on est en droit de conclure qu'ils viennent de la région membraneuse.

Plus importante encore est la détermination de la phase de l'urétrite. Pour pouvoir modifier le traitement ou l'interrompre, pour affirmer au malade qu'il est guéri ou non, il est absolument nécessaire d'examiner les urines. L'examen permet de reconnaître si l'écoulement est microbien ou aseptique. S'il est microbien, on doit rechercher s'il contient ou non des gonocoques.

En ce qui concerne la présence de ces derniers, l'ancienneté de l'écoulement n'est pas un commencement de preuve négative. En effet, les gonocoques peuvent encore se trouver au bout de plusieurs années dans la goutte du matin, et même chez les malades qui, depuis longtemps n'ayant plus de goutte au réveil, urinent encore des filaments. Dans les cas anciens, pour affirmer l'absence des gonocoques, il ne faut pas, nous l'avons dit, se contenter d'un seul examen ; car les gonocoques sont rares et peuvent échapper à un seul examen. Nous avons déjà parlé de l'épreuve de la bière et des lavages au sublimé ou au nitrate d'argent, comme moyens propres à permettre de déceler les gonocoques, en « réchauffant » l'écoulement.

Si des examens réitérés montrent que les filaments sont rares, que les leucocytes sont relativement peu abondants et que les uns et les autres ne contiennent plus de gonocoques, mais qu'il persiste encore des germes, on peut conclure que la phase gonococcique est terminée ; le traitement ne s'adressera plus aux gonocoques, mais aux infections secondaires, dont il sera facile de débarrasser le malade. Cliniquement, on peut affirmer que le malade n'est pas guéri, quand l'urine du matin recueillie en deux verres contient encore des filaments opaques en assez grand nombre, alors même que, tout écoulement a disparu. C'est à ces urétrites latentes qu'il faut presque toujours rapporter l'origine des métrites et des salpingites si fréquentes dans les premiers temps du mariage. Aussi ne peut-on permettre le mariage à un ancien blennorragique qu'après des examens réitérés.

L'écoulement aseptique indique le plus souvent une lésion localisée dans les glandes prostatiques ou dans la partie profonde de l'urètre ; il n'est plus contagieux, mais n'en est pas moins difficile à supprimer. Sa persistance contribue à rendre neurasthéniques les malades nerveux qui se figurent être atteints d'une affection incurable et leur interdisant le mariage. Le médecin devra les rassurer à cet égard et les éclairer sur la signification exacte de cet écoulement persistant.

B. — Traitement abortif de la blennorrhagie.

Quoi qu'on ait dit, il n'existe pas à l'heure actuelle de traitement abortif de la blennorrhagie permettant d'enrayer celle-ci, sûrement et immédiatement,