

lentes, non suppurées; il est suivi d'accidents d'infection qui font défaut dans le chancre simple.

Le chancre simple, lorsqu'il s'est induré sous l'influence de cautérisations intempestives et de topiques irritants, est parfois difficile à distinguer du chancre syphilitique: cependant cette induration secondaire est moins nettement limitée que celle qui succède au chancre syphilitique, l'adénopathie satellite de ce dernier fait défaut.

Certaines lésions des organes génitaux, après avoir présenté tous les caractères du chancre simple, y compris la présence du bacille de Ducrey, peuvent être suivies de tous les symptômes de la syphilis secondaire; c'est pour les faits de ce genre que l'École lyonnaise a créé le nom de *chancre mixte*: en pareil cas, les deux virus, syphilitique et chancreux, ont été inoculés simultanément; le chancre, qui initialement était un chancre simple non induré, est devenu progressivement le siège d'une induration et a offert tous les caractères du chancre infectant, ou bien il s'est cicatrisé, puis, après son temps normal d'incubation, un chancre infectant s'est développé au point même qu'occupait initialement le chancre simple. Lorsqu'on est amené à soupçonner l'existence d'un chancre mixte, il est nécessaire d'attendre l'époque d'apparition des accidents secondaires pour se prononcer. La possibilité de cette double infection simultanée oblige à la plus grande réserve lorsqu'il s'agit de formuler le pronostic définitif d'un chancre qui présente les caractères du chancre simple et dont la durée n'a pas encore dépassé celle de l'incubation du chancre syphilitique.

Les *ulcérations syphilitiques tertiaires* des organes génitaux ont parfois une apparence chancroforme et peuvent simuler le chancre simple, comme elles simulent le chancre infectant; mais elles ont une évolution plus lente que le chancre simple, tendent à détruire en profondeur plus qu'en surface, ne retentissent que fort modérément ou même ne retentissent en aucune façon sur les ganglions lymphatiques.

**Traitement.** — La destruction est, lorsqu'il siège en une région propice, le meilleur traitement du chancre simple: la pâte de Canquoin, le thermocautère et surtout le caustique carbo-sulfurique de Ricord (charbon et acide sulfurique mélangés en proportions convenables pour former une pâte) jouissent d'une réputation méritée; mais bien des chancres sont trop nombreux ou trop étendus pour s'y prêter, ou siègent en des régions où elle est impraticable. De plus, la destruction du chancre, si elle supprime sa virulence, ne le met pas à l'abri des réinoculations que les sécrétions des chancres situés au voisinage peuvent produire à sa surface après la chute des eschares; il faut savoir que, lorsque la cautérisation échoue, la plaie s'infecte sur une étendue supérieure à celle du chancre primitif.

Des substances moins énergiques, telles que le chlorure de zinc, en solution au 10<sup>e</sup>, le caustique de Socin (pâte formée par un mélange à parties égales de chlorure de zinc et d'oxyde de zinc additionné d'eau) vanté par Balzer, donnent souvent des résultats supérieurs à ceux des caustiques violents et détruisent rapidement la virulence du chancre.

On est obligé, dans la plupart des cas, de recourir à des topiques divers doués de propriétés antiseptiques plus ou moins nettes. On a vanté les applications d'une solution de nitrate d'argent au 20<sup>e</sup>, l'acide salicylique employé en poudre ou en pommade, le camphre, la résorcine, l'acide pyrogallique; mais la substance

qui a donné les meilleurs résultats est sans contredit l'iodoforme; on aura soin de l'employer en poudre aussi finement porphyrisée que possible et en couche épaisse que l'on maintiendra en place avec un pansement, et sur la verge au moyen d'un papier à cigarettes. L'inconvénient de cette substance est son odeur désagréable et dénonciatrice, que l'on a cherché à dissimuler par différents procédés (camphre, coumarine, café en poudre, etc.); parmi les succédanés qu'on lui a opposés, un des meilleurs est le diiodoforme, qui est complètement dépourvu d'odeur.

Sauf les cas où le chancre simple est unique, peu étendu, et semble doué d'une virulence faible, le traitement antiseptique doit être en général précédé de cautérisations qui fassent disparaître sa virulence et le transforment en plaie simple.

Aubert (de Lyon), se basant sur la rareté des chancres profonds, sur la non-virulence du pus des bubons, avait été amené à rechercher l'influence de la chaleur sur la virulence du chancre simple, et, d'expériences thérapeutiques entreprises par lui, il résulte que l'immersion prolongée dans l'eau (bain ou demi-bain à 40° pendant 8 à 10 heures), en élevant la température générale du corps, amène rapidement la disparition de la virulence des chancres et leur guérison. Cette méthode est malheureusement d'une application difficile. Arnozan<sup>(1)</sup> a obtenu des résultats assez satisfaisants au moyen de bains chauds locaux dans le cas de chancres, et d'injections d'eau chaude dans les bubons.

Outre le traitement topique, les soins de propreté, les lavages avec des solutions antiseptiques sont de rigueur.

Un traitement général approprié et les topiques en particulier seront souvent nécessaires, surtout dans les cas de chancres phagédéniques, dont le traitement local est le même que celui des autres formes de chancre simple.

Dans les cas de chancres gangreneux, on aura recours de préférence aux pansements secs.

Le bubon chancreux sera traité au début par les antiphlogistiques, et surtout les applications de pommade mercurielle. Une fois la fluctuation constatée, on aura recours soit à la ponction simple ou suivie d'injections antiseptiques, soit à l'ouverture large, suivie de pansements antiseptiques et occlusifs soigneusement faits pour empêcher l'infection secondaire.

Quant aux bubons chancreux, leur traitement est le même que celui du chancre lui-même.

### CHAPITRE III

#### BLENNORRAGIE

Sous le nom de *blennorragie* (de βλέννα, mucus, ρηγνυμί, je chasse dehors), on désigne une affection caractérisée cliniquement par un écoulement purulent ayant pour siège ordinaire l'urètre chez l'homme et chez la femme, mais pouvant donner lieu à des manifestations analogues sur diverses autres muqueuses

<sup>(1)</sup> ARNOZAN et VIGNERON, Du traitement de la chancro et du bubon chancro par les applications locales d'eau chaude; *Jour. de méd. de Bordeaux*, 1890-1891, p. 577.

et se compliquer de phénomènes généraux; cette affection est produite par un micro-organisme spécifique, le gonocoque d'A. Neisser.

Confondue longtemps avec la syphilis et le chancre mou, et attribuée au prétendu virus vénérien, la blennorragie ne fut définitivement séparée des deux maladies précédentes que lorsque les recherches pratiquées à l'hôpital du Midi eurent démontré que l'inoculation du pus blennorragique ne provoquait pas le développement d'un chancre<sup>(1)</sup>; elle a été plus longtemps encore confondue avec les urétrites banales, non transmissibles d'un sujet à un autre, évoluant plus rapidement, provoquées par des irritations simples, non spécifiques: la connaissance du rhumatisme blennorragique a bien laissé soupçonner la spécificité de la blennorragie, que Féréol affirmait dès 1866; mais sa démonstration restait à faire. L'agent pathogène recherché par Jousseume, puis par Salisbury, par Bouchard, entrevu par Hallier, fut décrit par Albert Neisser en 1870. Les recherches ultérieures, malgré quelques constatations en apparence discordantes, ont confirmé le rôle du gonocoque.

**Du gonocoque de Neisser<sup>(2)</sup>.** — Le gonocoque est un diplocoque, dont les deux moitiés ont l'aspect de 2 grains de café adossés par leur surface plane; ces deux moitiés sont plus ou moins nettement séparées; les auteurs allemands le comparent à deux petits pains (Semmel). Les deux éléments du diplocoque mesurent dans leur ensemble 1  $\mu$ , 25 de long sur 0,7  $\mu$  de largeur environ; ils sont contenus dans une capsule amorphe non colorée par les réactifs. Le gonocoque est doué de mobilité.

Le gonocoque est en général contenu dans les leucocytes du pus, à côté du noyau que, d'après Bumm, il ne pénètre pas, tandis que, d'après Neisser, il peut occuper le noyau; on le trouve également à la surface des cellules épithéliales desquamées et dans le sérum du pus.

Il se colore facilement par les diverses couleurs d'aniline, la fuchsine, le bleu de méthylène et surtout les violets. Il se décolore par la méthode de Gram.

La recherche du gonocoque dans le pus est facile; elle se fait sur des lamelles colorées soit au violet de gentiane, soit au bleu phéniqué de Kühne qui a l'avantage de donner des colorations moins intenses. Sur les coupes, la recherche est plus délicate.

L'association des trois caractères précédents, la forme en grain de café, le siège intra-cellulaire, la décoloration par la méthode de Gram, permet de distinguer le gonocoque des microbes habituels du pus, qui sont fréquents dans le pus blennorragique, au moins à la partie terminale de l'urètre.

Le gonocoque ne se cultive pas sur les milieux de culture ordinaires ou du moins s'y cultive très difficilement: bien des prétendues cultures de gonocoque ont été dues uniquement au développement de parasites accidentellement intro-

<sup>(1)</sup> La confusion entre la blennorragie et la syphilis a été entretenue par la célèbre expérience de Hunter qui, s'étant inoculé le pus d'une urétrite, vit se développer un chancre suivi de toute la série des manifestations syphilitiques: il est bien établi aujourd'hui que la blennorragie ne produit jamais la syphilis, et les résultats de l'expérience de Hunter ne peuvent s'expliquer qu'en admettant que le sujet considéré par Hunter comme un simple blennorragique était un syphilitique vraisemblablement atteint de chancre infectant de l'urètre.

<sup>(2)</sup> Voir MARCEL SÉE, Le gonocoque. Thèse de Paris, 1895-1896. — VEILLON, Le gonocoque. *Annales de Dermatologie*, 1898, p. 18.

duits dans les cultures. Les progrès de la technique des cultures permettent maintenant de cultiver presque à coup sûr le gonocoque; les milieux sur lesquels cette culture peut se faire sont l'agar additionné de sérum du sang humain ou de sérosité ascitique, l'agar additionné d'urine stérile (Finger) donne des résultats inconstants. Les cultures réussissent mieux sur plaques que sur tubes.

Les colonies de gonocoques se développent généralement en 24 heures, quelquefois 48 heures; elles forment des taches transparentes, presque incolores, ayant l'aspect d'une légère buée, ou brillantes et comme vernissées, ou bien sont d'un gris légèrement bleuté; leur centre est plus épais que la périphérie. Ces cultures s'étendent généralement sur leurs bords en poussant des prolongements irréguliers.

Les cultures du gonocoque n'ont qu'une très faible vitalité, elles meurent généralement au bout de 5 ou 6 jours.

Les toxines du gonocoque, étudiées par Wassermann, Schäffer<sup>(1)</sup>, sont encore très mal connues.

**Rôle du gonocoque dans les manifestations blennorragiques.** — Des contestations se sont élevées à propos du rôle pathogène du gonocoque, qui n'a pas été admis sans difficulté.

Et d'abord, dans les produits blennorragiques, il est rare de trouver le gonocoque isolé. En général, il est associé aux microbes de la suppuration, streptocoques et staphylocoques, et à des microbes moins bien déterminés qui varient suivant les muqueuses sur lesquelles on le recherche. Ainsi dans le pus urétral, on peut trouver, d'après les recherches de Legrain, le *diplococcus subflavus* de Bumm, le *micrococcus citreus conglomeratus* du même auteur, le *micrococcus ochroleucus* de Prove, un microcoque orange, un microcoque blanc, etc.

D'autre part, on a trouvé le gonocoque dans les sécrétions d'urétrites développées en dehors de toute contagion; Straus en a rapporté un exemple qui paraît probant.

Enfin quelques auteurs ont cru trouver le gonocoque dans l'urètre d'individus n'ayant pas la blennorragie et ne l'ayant pas eue. Éraud et Hugounenq, ayant trouvé dans l'urètre de sujets absolument sains un microcoque doué de certains des caractères du gonocoque, ont admis que le gonocoque est un microbe saprophyte habitant normalement l'urètre comme le pneumocoque habite la bouche et susceptible de devenir pathogène sous l'influence de causes à déterminer. Il semble aujourd'hui démontré que ces auteurs ont eu affaire, non au gonocoque, mais à un pseudo-gonocoque.

Le rôle du gonocoque dans la production de la blennorragie est prouvé par sa constance aux diverses périodes de la blennorragie urétrale, dans le pus des diverses localisations génitales et extra-génitales de cette affection, enfin dans certaines des complications viscérales.

Les recherches de tous les auteurs s'accordent sur ce point, à savoir que le gonocoque est constant dans l'urétrite blennorragique aiguë, et aussi sur cet autre point qu'aucun des microcoques que nous avons cités plus haut ne s'y rencontre constamment.

<sup>(1)</sup> SCHÄFFER. Beitrag zur Frage der Gonokokken-Toxine. *Fortschr. der Medic.*, 1897, t. XV, p. 813.

Cette constatation est tellement banale qu'il n'y a pas lieu d'insister. La spécificité du gonocoque résulte encore de ce fait que, dans les urétrites que la clinique conduit à séparer de la blennorragie, on voit ce micro-organisme faire défaut.

Dans l'urétrite chronique, le gonocoque se rencontre d'autant plus souvent qu'on est moins éloigné du début et, en faisant des examens multipliés du pus blennorrhéique à plusieurs jours d'intervalle, on le trouve presque toujours (Neisser). Lorsqu'il fait défaut avant la guérison complète de l'urétrite, on peut provoquer sa réapparition dans le pus au moyen d'une injection de sublimé au 20 000<sup>e</sup> (Neisser), ou de nitrate d'argent au 1000<sup>e</sup>, ou de l'ingestion de bière. Le gonocoque persiste pendant plusieurs années dans l'urètre à la suite d'une blennorragie; ses reviviscences sont, plus encore que des inoculations nouvelles, l'origine des récurrences de la blennorragie. Cependant il se peut que certains cas d'urétrite chronique post-blennorrhagique soient dus à une infection urétrale par un microbe autre que le gonocoque.

Dans la blennorragie de la femme, on ne trouve jamais le gonocoque à l'état de pureté. Les associations microbiennes expliquent aisément le fait, que, dans beaucoup de vulvites, de métrites, de salpingites, causées par le gonocoque, on ne trouve plus à un moment donné que des microbes de la suppuration.

Le gonocoque se rencontre également dans les lésions blennorrhagiques des muqueuses extra-génitales. C'est ainsi qu'on l'observe dans les conjonctivites des nouveau-nés et les conjonctivites blennorrhagiques de l'adulte.

Quant au rôle du gonocoque dans les localisations profondes du processus blennorrhagique, il sera exposé à propos du rhumatisme blennorrhagique.

La valeur pathogène du gonocoque est démontrée d'une façon irréfutable par les inoculations de ses cultures. Les inoculations faites dans l'urètre de sujets sains par Bumm, Anfuso, Wertheim, Menge, Steinschneider, Finger, etc., ont donné des résultats absolument démonstratifs. Ces inoculations semblent ne réussir que chez l'homme : Wertheim est parvenu à produire des péritonites chez la souris et le cobaye, mais les expériences sur les muqueuses des animaux ont échoué sans exception.

**Localisations diverses du processus blennorrhagique.** — Par ses localisations sur les muqueuses des voies urinaires, la blennorragie appartient plus à la chirurgie qu'à la médecine. Aussi nous ne donnerons qu'une description très résumée de la blennorragie uro-génitale.

Quant à ses localisations viscérales, leur description complète ferait double emploi avec celles qui doivent en être données dans les divers chapitres ayant trait aux affections des divers viscères. Nous n'en rappellerons ici que les données utiles pour la compréhension générale du processus blennorrhagique.

Nous insisterons davantage sur ses manifestations articulaires, qui constituent ce que l'on a appelé le rhumatisme blennorrhagique.

## BLENNORRAGIE URO-GÉNITALE DE L'HOMME

(URÉTRITE BLENNORRAGIQUE)

**Étiologie.** — La blennorragie urétrale de l'homme a pour origine l'importation du gonocoque : l'existence de ce parasite à l'état saprophytique, admise par Zeissl et par Eraud, est aujourd'hui rejetée.

Le gonocoque se transmet presque toujours dans les rapports sexuels : sa longue persistance chez la femme, dans des replis de la muqueuse ou dans les orifices glandulaires, facilite la contagion.

La contamination se fait bien plus rarement par les objets de toilette, des linges, des sondes, divers instruments.

La blennorragie urétrale peut s'observer chez les jeunes garçons, à la suite de rapports sexuels précoces ou de contaminations accidentelles, elle est cependant très rare et surtout si on la compare à la fréquence de la blennorragie uro-génitale des petites filles.

**Symptômes.** — Bien différente des urétrites banales provoquées par des causes banales, malpropreté, injections irritantes, coït avec une femme atteinte de leucorrhée simple, l'urétrite de la blennorragie ne survient que trois, quatre ou cinq jours après la contagion. Latente est la période d'incubation et aucun symptôme ne révèle la lésion urétrale qui est en train de se développer.

Du troisième au cinquième jour, le malade éprouve quelques sensations de prurit, de cuisson légère, surtout pendant la miction. Il examine le gland qui est un peu tuméfié, le méat est un peu rouge, et la pression fait sortir une goutte de liquide clair ou grisâtre, filant. Rarement, il y a des douleurs péri-néales et un malaise général avec troubles gastriques.

Les jours suivants, l'écoulement se modifie, les douleurs augmentent ; vers le dixième jour, l'urétrite se présente avec tous ses symptômes.

La verge et surtout le gland sont tuméfiés, sensibles à la pression ; l'urètre fait saillie sous la verge, il est dur et noueux, la palpation en est douloureuse.

Le méat est rouge, humide, ses lèvres sont tuméfiées ; si l'on presse sur le canal, il en sort un liquide caractéristique : clair au début, il se fonce ensuite et devient de plus en plus épais ; il est gris, puis jaunâtre, puis verdâtre, quelquefois strié de sang ; il détermine sur la chemise du malade de larges taches empesées, d'une teinte verte au centre, jaune à la périphérie. Sous l'influence du moindre écart de régime, sa quantité augmente.

Les douleurs spontanées sont peu vives. Cependant elles peuvent être éveillées par la station assise longtemps prolongée ou par une marche un peu longue, la fatigue, etc. Mais si le malade souffre peu, quand le canal est au repos, il en est autrement pendant la miction, qui est horriblement pénible dans les urétrites aiguës survenant chez des individus vigoureux. Le passage de l'urine détermine une sensation que le malade compare à une brûlure extraordinaire, celle d'un fer rouge, par exemple. Aussi le voit-on retarder de plus en plus le moment où il urinerait, et, quand il est forcé de vider sa vessie, prendre les positions les plus bizarres pour diminuer sa torture.