

11

LE GONOCOCCUS DE NEISSER

EN MÉDECINE LÉGALE

par le D^r E. MALVOZ

Assistant à l'Université de Liège



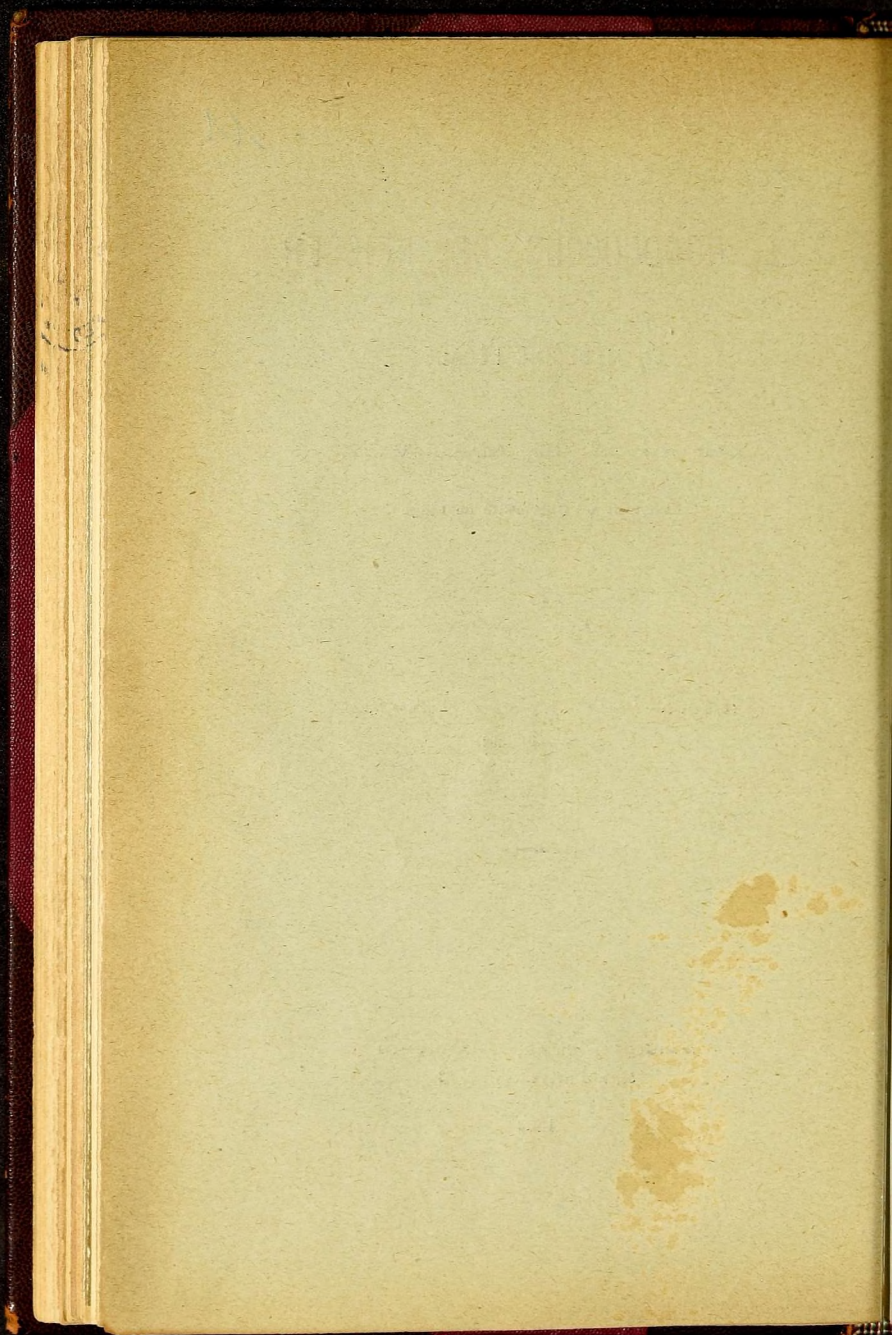
(Extrait des *Annales de la Société de Médecine légale*
de Belgique 1892)



MAISON PIETTE, CHARLEROI

53, RUE NEUVE (CENTRE), 53

1892



LE GONOCOCCUS DE NEISSER

EN MÉDECINE LÉGALE

par le D^r E. MALVOZ

Assistant à l'Université de Liège

*Bruxelles
1892*

(Extrait des *Annales de la Société de Médecine légale
de Belgique* 1892)

MAISON PIETTE, CHARLEROI

53, RUE NEUVE (CENTRE), 53

—
1892

LE GONOCOCCUS DE NEISSER

EN MÉDECINE LÉGALE

PAR JEAN B. MALINON

Assistant à l'Université de Liège

ÉDITÉ PAR ADRIEN DE WOLFF, LIBRAIRE

10, RUE DE LA SORBONNE

PARIS, ÉDITEUR CHARLES BASTIEN

10, RUE DE LA SORBONNE

1902

LE GONOCOCCUS DE NEISSER

EN MÉDECINE LÉGALE

par M. le D^r MALVOZ. (1)

Qu'il existe une affection virulente et contagieuse de certaines muqueuses due à un micro-organisme particulier, le gonococcus, la réalité de ce fait ne paraît guère pouvoir être mise en doute depuis les travaux classiques de Neisser, Bumm, Singer, Wertheim, etc. Mais si la plupart des savants sont d'accord sur l'importance pathogénique de cet agent parasitaire, les opinions sont loin d'être unanimes et concordantes quand il s'agit d'apprécier le parti que l'on peut tirer de ces constatations bactériologiques au point de vue du diagnostic clinique. Les uns — et c'est la tendance qui s'accuse surtout chez les bactériologistes allemands — admettent que là où l'on trouve le gonococcus, non seulement il y a infection mais qu'elle a été apportée du dehors par contact avec un individu cultivant lui-même le microbe virulent, atteint d'une affection blennorrhagique. Les autres, tout en reconnaissant que dans la majorité des cas, l'inflammation due au gonococcus est d'origine extrinsèque, ne sont pas loin d'admettre que dans un certain nombre de cas, rares peut-être, le gonocoque présent sur une muqueuse irritée s'est cultivé *in situ*, sans y avoir été apporté par des rapports sexuels, et qu'il est contraire à la vérité de vouloir affirmer l'origine vénérienne de toutes les blennorrhagies à gonocoques.

Le débat n'a pas qu'un intérêt purement clinique ou doctrinal. On sait avec quelle faveur la découverte du gonocoque de Neisser fut accueillie par les médecins légistes : cette notion devait, semble-t-il, fournir enfin la clef de

(1) Ce travail a été présenté au nom d'une commission composée de MM. Malvoz et Van Vype. (M. Malvoz rapporteur).

cette question si difficile et si délicate de la détermination de l'origine de certaines vulvites. Cliniquement, on peut dire qu'il n'existe guère de signe permettant d'affirmer d'une façon positive qu'une affection inflammatoire des parties génitales de la femme est d'origine blennorrhagique. Les diverses vulvites — spontanées, traumatiques, gonorrhéiques — présentent bien, de l'une à l'autre, quelques différences dans l'intensité de l'écoulement, l'époque de son apparition, sa localisation, son extension au canal de l'urèthre, sa persistance. Mais qui oserait affirmer, sous la foi du serment, en matière aussi terriblement grave, qu'une inflammation constatée chez une fille est bien de nature vénérienne, et qu'elle n'a pu être produite que par les manœuvres d'une personne *contaminée elle-même*, et cela en se basant sur des signes cliniques très contingents et à valeur fort discutée?

Aussi, quand, à la suite des travaux des bactériologistes, le rôle pathogénique du gonocoque apparut de plus en plus évident, on se réjouit fort d'avoir enfin trouvé le criterium tant désiré de la blennorrhagie: la présence de ce microbe dans les écoulements était le témoignage le plus certain de l'origine extrinsèque et vénérienne d'une affection. C'était même là une des premières et des plus heureuses applications de la bactériologie à la médecine légale.

Au Congrès international de médecine de Berlin (1890) le prof. Kratter, d'Innsprück, se fit l'ardent promoteur de l'introduction de ces recherches bactériologiques en médecine légale. Se basant sur différentes observations de vulvo-vaginite à la suite de viol chez des petites filles, dans l'écoulement desquelles la présence du gonocoque fut découvrir les coupables atteints eux-mêmes de blennorrhagie, Kratter proposa ces conclusions :

1^e) La détermination de la nature traumatique ou infectieuse d'un écoulement (après viol ou attentat) doit toujours s'appuyer sur l'examen bactériologique.

2^e) La présence des gonocoques dans un tel écoulement est une preuve positive en faveur de l'existence d'une gonorrhée, qui, avec une très grande probabilité, a été communiquée par des rapports sexuels.

Kratter ajoutait que l'examen bactériologique médico-légal de la sécrétion uréthrale et vaginale des enfants malades est une opération qu'il n'est plus permis de négliger

tant pour la détermination exacte d'un viol ou d'un attentat que pour l'appréciation des conséquences possibles de l'affection et de l'aggravation de l'acte criminel qu'elle entraîne.

Si tout le monde se rallia au désir formulé par Kratter de voir les médecins légistes se livrer à la recherche des gonococcus dans tous les cas où cet examen peut être utile, on fut loin d'être d'accord sur la valeur des conclusions à tirer du résultat positif de cette recherche. On sait qu'à Paris notamment, MM. Vibert et Bordas sont loin d'accorder au gonococcus de Neisser la valeur étiologique que lui attribuent les savants allemands.

Nous allons examiner quel est l'état actuel de cette question, et quel parti le médecin légiste peut tirer des données actuellement acquises.

Nous ferons remarquer d'abord, une fois pour toutes, combien le sujet qui nous occupe est délicat et de quelles difficultés souvent insurmontables sont entourées les questions qui se présentent dans cet ordre d'observations. Aussi n'est-il pas étonnant que les opinions les plus contradictoires aient été émises et avec d'autant plus de facilité que bien souvent il est impossible de faire ici la preuve de ce que l'on avance. Il est inutile d'insister longuement pour montrer que dans tout ce qui touche à la question des rapports sexuels, il faut nécessairement faire la part de la dissimulation, voulue ou non, et n'attribuer aux renseignements fournis par les personnes intéressées qu'une valeur fort relative.

Nous ne voulons pas faire, dans ce rapport, l'historique du gonococcus de Neisser, microbe actuellement bien connu et parfaitement décrit dans les traités classiques et les monographies. La réalité de son rôle étiologique ne paraît pas pouvoir être mise en doute : on le retrouve dans toutes les affections considérées par les cliniciens comme d'origine blennorrhagique, on a réussi à en obtenir des cultures pures et, au moyen de celles-ci, à provoquer l'inflammation des muqueuses et même des séreuses. Le dernier travail paru sur cette question, dû à Wertheim (1), ne peut guère laisser de

(1) Wertheim. Die ascendirende Gonorrhoe beim Weibe. Archiv. für Gynök. 1892.

doute sur l'identité spécifique du gonococcus : Wertheim a, mieux que tous ses devanciers, étudié et décrit les caractères de culture du microbe et les effets de ses inoculations.

Mais une première question — et des plus importantes — qui se présente immédiatement à l'esprit, est la suivante : de ce que le gonococcus soit bien l'agent causal de l'inflammation blennorrhagique, s'ensuit-il que là où on retrouve ce microbe ayant provoqué des lésions plus ou moins graves, il faille admettre toujours l'importation extrinsèque du parasite ; en d'autres termes que le gonococcus ait été apporté à la suite de rapports avec une personne présentant elle-même une affection de nature semblable ?

Expliquons-nous : personne ne nie le rôle étiologique joué dans la production des abcès, de l'érysipèle, de la pneumonie, des fausses membranes diphtériques, par certains microbes aujourd'hui parfaitement connus et décrits. Mais, de la présence de ces microparasites au sein d'une lésion provoquée par leur multiplication peut-on conclure toujours à la contagion avec un malade atteint de la même lésion ? Nullement : on sait parfaitement que les staphylocoques, les streptocoques, les pneumocoques et même jusqu'à un certain point le microbe diphtérique peuvent se rencontrer chez des sujets sains, déposés à la surface de la peau ou des muqueuses, n'attendant en quelque sorte qu'une occasion favorable de manifester leur activité pathogénique (traumatisme, effraction, froid, etc). On parle, dans ces cas, d'auto-infection, par opposition au mécanisme différent de l'infection d'origine extrinsèque par contagion avec un individu atteint de l'affection ou avec des objets souillés par lui.

Le gonococcus de Neisser appartient-il à la série de ces microbes relativement très répandus, même sur les muqueuses normales, comme les pyocoques, pouvant vivre en hôtes inoffensifs en certains endroits de l'organisme, ou au contraire doit-on le ranger parmi les *parasites obligés*, ne se rencontrant que très exceptionnellement dans la nature et là seulement où un malade, les cultivant dans l'une ou l'autre lésion, les a déposés, comme le fait s'observe avec le microbe (encore inconnu) de la syphilis ?

La réponse à cette question n'est pas facile et on ne peut pas dire qu'elle soit tranchée à l'heure actuelle.

A n'envisager que les propriétés de culture du gonococcus, on trouve déjà une fort grande différence entre ce microbe et les coccus banals que nous citions. Le gonococcus est beaucoup plus exigeant au point de vue des matériaux nutritifs que ces derniers. On n'a guère réussi à le cultiver que sur serum, milieu de tout premier choix, alors que les pyocoques se multiplient dans les cultures les moins riches en aliments. A ce point de vue déjà, il existe donc une grande différence entre le gonococcus et les autres microbes inflammatoires habituels; *a priori*, on peut penser qu'il ne sera guère aussi répandu que ceux-ci à cause de ses exigences en substances alimentaires. On peut le comparer jusqu'à un certain point, au bacille de la tuberculose.

En fait, a-t-on trouvé le gonocoque chez l'homme en dehors des lésions inflammatoires des muqueuses, et quelle est la fréquence de ces cas?

S'il peut sembler facile à ceux qui ne s'occupent pas de bactériologie de répondre à cette question, tous ceux qui se sont exercés à rechercher le gonococcus de Neisser savent de quelles difficultés la solution de ce point est entourée. D'abord, il n'est pas aisé de proclamer une muqueuse indemne de toute lésion. On sait combien sont tenaces certaines inflammations gonorrhéiques, et comment on peut se tromper quand on croit un urèthre, un vagin à l'abri de tout soupçon d'affection vénérienne, d'autant plus que ces inflammations chroniques n'ont souvent que des symptômes extrêmement peu accusés.

D'autre part, le diagnostic du gonococcus se fait presque toujours par l'examen microscopique seul: les cultures sont fort difficiles à réussir, bien peu s'y sont essayés. D'ailleurs, quand on parle d'introduire en médecine légale la recherche bactériologique du gonocoque, on ne veut exiger des experts que les connaissances microscopiques nécessaires et nullement la difficile pratique des cultures. De même, dit-on, qu'il est possible de déterminer la présence de tubercules dans les poumons par l'examen bactérioscopique des crachats, de la même façon on établira l'existence d'une blennorrhagie par la recherche microscopique des gonocoques. En fait, le plus grand nombre des travaux publiés sur la présence du gonocoque dans l'organisme ne

sont pas basés sur une autre recherche que l'examen microscopique.

Or, à l'examen microscopique seul, le gonocoque peut être confondu avec d'autres microbes. Aux débuts, on avait pensé que la forme du microorganisme, le groupement en zooglées suffisaient pour témoigner de sa nature. Mais on reconnut bientôt que d'autres microbes banals se présentaient de cette façon. C'est alors qu'on attacha surtout la plus grande importance, non seulement à l'aspect reniforme des microbes, à leur accouplement par leurs faces creusées, à leur réunion en amas, mais surtout à leur disposition par 5-10-15 et plus au sein des cellules inflammatoires. Ce dernier criterium était celui qui devait surtout servir de guide. On voit immédiatement combien il est difficile, dès lors, d'affirmer la non existence du gonocoque sur des muqueuses saines, puisque le criterium par excellence, la disposition intra-cellulaire dans les éléments inflammatoires, manque forcément ici. Aussi, faut-il n'accepter qu'avec certaines réserves l'affirmation des auteurs qui ont cru pouvoir conclure, *par des examens microscopiques seuls*, que le gonocoque n'existe pas chez les individus sains. A l'heure actuelle, la question ne nous paraît pas tranchée, de façon à lever tous les doutes, d'autant plus que Lustgarten et Mannaberg ont décrit des microbes pseudo-gonococciques chez des sujets sains.

On doit accorder plus de valeur aux recherches faites dans le but de déceler le gonocoque dans les écoulements inflammatoires banals : ici, en effet, s'il existe des gonocoques, on les reconnaîtra plus facilement. Cependant, les opinions sont contradictoires : Neisser, Haab, Bumm, etc. ne trouvent les gonocoques que dans les écoulements blennorrhagiques, tandis que Hirschberg et Krause, Sattler, Eklund, E. Fraenkel, etc. les décrivent au sein de sécrétions banales. Mais il convient de dire que ces observations datent d'une époque où l'on définissait mal le gonococcus : on se basait le plus souvent sur la forme du microbe, sans insister sur le groupement intracellulaire, de sorte que ces observations perdent beaucoup de leur valeur. Ce n'est d'ailleurs que postérieurement à la plupart de ces travaux qu'un autre signe fort important pour la distinction du gonocoque a été découvert, sa décoloration par la méthode de Gram, signe sur la valeur

duquel a surtout insisté, avec beaucoup de raison, Roux de Lyon. Malgré l'imperfection de nos connaissances sur ce point on peut, en somme, conclure que le gonocoque de Neisser, avec ses caractères microscopiques connus actuellement, n'est guère répandu sur les muqueuses enflammées en dehors de la blennorrhagie. Pour notre part, nous avons examiné très soigneusement, à ce point de vue, les sécrétions banales du vagin et du col d'un certain nombre de femmes, prises au hasard dans un service de gynécologie. On lira plus loin le détail des observations. Nous avons vu beaucoup de microbes (staphylocoques, streptocoques etc.) mais pas une seule fois des éléments assimilables au gonococcus de Neisser. Ce dernier, si même il peut se rencontrer exceptionnellement sur des muqueuses non blennorrhéiques, ne doit donc pas être comparé, au point de vue de sa dissémination dans la nature, aux pyocoques habituels. Il faut vraisemblablement des circonstances spéciales pour qu'on le rencontre à la surface d'une muqueuse. Quelles sont ces conditions? C'est ici, précisément, que les opinions des spécialistes diffèrent le plus. Les observateurs allemands (Neisser, Kratter, etc.) sont d'avis qu'en fait, là où l'on trouve le gonocoque, on peut affirmer, dans l'immense majorité des cas (95 % au moins) qu'il y a eu contagion par des rapports sexuels avec une personne atteinte de blennorrhagie. Nous voulons bien admettre la part de vérité que renferme cette opinion. Cliniquement, il est très probable que l'immense majorité des chaude-pisses qui se présentent au médecin ont une origine vénérienne.

Mais, en médecine légale, on exige plus qu'une probabilité : peut-on, se basant sur nos connaissances actuelles, émettre une véritable affirmation sur la réalité de la transmission d'une maladie vénérienne parceque l'on aura trouvé des gonocoques dans un exsudat?

Si cette opinion était admise, sans restriction, il serait bien difficile d'interpréter les cas suivants.

Straus (1) cite l'observation d'un garçon qui fut atteint d'inflammation très aiguë de l'urèthre, avec tous les signes cliniques de la blennorrhagie, à la suite de manœuvres

(1) Straus. *Archives de médecine expérimentale*. 1889. Présence du gonococcus de Neisser dans un écoulement urétral survenu sans rapports sexuels.

masturbatoires désordonnées. L'examen du pus montra des gonococci, absolument caractéristiques pour tous les spécialistes auxquels les préparations furent soumises.

Ce cas, dit Straus, commande des réserves, puisqu'il s'agit d'ajouter foi à l'affirmation d'un jeune garçon. Celui-ci cependant affirmait avec tant d'énergie n'avoir pas vu de femme, il avouait si ingénument ses habitudes vicieuses que l'on peut se demander quel mobile il eût pu avoir de cacher un coït. Si l'origine de cette uréthrite est bien le traumatisme provoqué par la masturbation, et favorisant la pullulation du gonocoque vivant en hôte inoffensif sur la muqueuse, l'ancienne opinion de Ricord, qui est aussi celle du professeur Fournier, ajoute Straus, trouverait une éclatante confirmation.

Les cas de Vibert et Bordas, si souvent cités qu'ils sont devenus classiques (1), sont également fort difficiles à interpréter si l'on admet la thèse des auteurs allemands. Il s'agit de six petites filles atteintes de vulvo-vaginite à gonocoques, sans qu'il ait été possible de déterminer d'où venait l'agent contagieux.

Nous avons eu de notre côté, l'occasion d'examiner deux cas de vulvo-vaginite, suites de tentatives de viol chez deux petites filles, observations qui fournissent plus d'un enseignement sur la question qui nous occupe. Nous en transcrivons plus loin (observations 23 et 24) le détail. Ces deux enfants présentaient tous les signes d'une vulvo-vaginite extrêmement intense, avec pus abondant, vives douleurs, etc. Les coupables furent saisis presque sur le champ et ne purent nier leur crime.

Dans le pus de l'écoulement, chez toutes deux, nous avons retrouvé des gonocoques absolument caractéristiques et extrêmement abondants (extra et intracellulaires). Ces préparations comptent parmi les plus belles que nous ayons obtenues.

Chez le vieillard, auteur de la tentative criminelle sur la première petite fille, le docteur Bidlot, qui se chargea de l'examiner ne put trouver aucun symptôme d'affection blennorrhagique, bien que l'examen du malade ait été pratiqué avec le plus grand soin, en raison de l'intérêt tout

(1) Médecine moderne. 1891.

spécial de ce cas. L'examen du mucus uréthral n'a montré que des microbes banals.

Chez l'individu auteur du second attentat, voici ce que l'on nota : au moment de l'examen (trois jours après le viol), pas le moindre signe ni subjectif ni objectif d'urétrite, chemise non tachée, etc. Mais une année auparavant, le coupable avait eu un écoulement dont il se guérit en peu de jours par des injections; cet écoulement reprit quatre mois environ avant le crime, mais il avait complètement cessé après trois ou quatre jours. Nous avons examiné le mucus du canal de l'urètre de cet homme : nous avons trouvé des cocci et de petits bacilles, comme il s'en trouve normalement dans cette région, mais pas de gonocoques reconnaissables comme tels.

Quelles conclusions tirer des constatations précédentes? La première observation surtout paraît concluante. Pour nous, la blennorrhagie de la petite fille a bien été provoquée par les tentatives du vieillard, mais ce n'est pas ce dernier qui a inoculé le microbe; celui-ci, apporté d'autre part, a trouvé un admirable terrain de développement dans les muqueuses lésées et ainsi s'est produite une gonorrhée infectieuse, contagieuse même, *mais sans qu'il faille admettre la même affection chez le coupable*. Que si, au contraire, on acceptait la thèse contraire, savoir l'origine vénérienne extrinsèque chaque fois que des gonocoques se rencontrent dans un écoulement, il en résulterait les conséquences les plus contraires à la vérité. En effet, nous eussions alors émis cette conclusion que l'attentat avait dû être commis par un individu atteint lui-même de blennorrhagie. Or, supposons que le coupable fût inconnu; le vieillard arrêté niait; notre rapport le faisait mettre en liberté! Il reste bien évidemment un doute sur l'intégrité du canal de l'urètre de cet homme : nous savons bien que des urétrites anciennes à gonocoques persistent parfois dans les parties postérieures du conduit sans qu'il soit possible de trouver les éléments virulents par les méthodes ordinaires. Mais, si même il en était ainsi, l'importance *pratique* des conclusions à tirer de la recherche du gonocoque reste quelque peu ébranlée, car on ne peut guère demander plus à l'expert que les constatations possibles. En continuant les hypothèses, supposons que la petite fille, comme il arrive souvent, eût

accusé, à tort, plusieurs individus de l'avoir souillée; il se rencontrait, par hasard, un blennorrhagique parmi ces derniers. Le rapport devenait accablant pour lui et c'était un innocent qu'il faisait condamner !

Il suffira de citer ces exemples pour montrer combien la tâche du médecin peut être difficile et de quelles hésitations il faut s'entourer *en pareille matière*.

Malgré les réserves que nous avons cru devoir émettre et justifier à propos du gonocoque en médecine légale, nous pensons que cette recherche s'impose dans tous les cas où elle est susceptible d'être pratiquée. Elle fournit de très précieuses indications sur la nature et la gravité de la maladie, ses suites probables, ses conséquences: il est évident, en effet, que si un attentat a été suivi d'une inflammation blennorrhagique, même sans que le coupable ait inoculé lui-même l'agent virulent, tout simplement par la préparation du terrain amenée par le traumatisme, l'acte criminel est aggravé et les conséquences de ce dernier doivent être signalées au magistrat.

Si, au contraire, l'écoulement ne présente pas des gonocoques, son infectiosité est beaucoup moins redoutable et les suites probables de l'attentat considérablement moins graves.

Enfin, il faut ajouter que, dans beaucoup de cas, la découverte du gonocoque dans un écoulement pourra fournir des indications beaucoup plus utiles sur l'origine de la lésion que les autres indications cliniques. En pareille matière, comme pour toutes les expertises en général, c'est un précepte qu'on ne saurait s'entourer de trop de signes pour arriver à la recherche de la vérité et ce serait une négligence coupable que de laisser de côté un criterium dont on peut discuter la valeur mais dont il n'est plus permis de nier l'importance. Toutes les recherches et constatations possibles doivent être effectuées; seulement, les conclusions ne seront émises qu'après avoir discuté toutes les particularités du cas et en les entourant éventuellement des réserves que celui-ci comporte.

Nous proposons les conclusions suivantes :

- 1° Pour la détermination de la nature d'une sécrétion

suspecte (après viol ou attentat), il ne faudra jamais négliger l'examen bactériologique.

2° La présence du gonococcus de Neisser fournit une présomption, mais non une véritable certitude, en faveur de l'origine vénérienne de l'affection.

3° La présence de ce microbe, par le caractère virulent qu'elle imprime à l'écoulement, constitue une aggravation de l'acte criminel.

OBSERVATIONS (1)

Les préparations ont été traitées par le bleu de méthylène phéniqué, le liquide de Ziehl, la méthode Gram.

OBSERV. I. Jeune homme de 20 ans; uréthrite aiguë; coït 8 jours auparavant; chaude pisse il y a deux ans dont il aurait été guéri:

Gonocoques très caractéristiques en dehors des cellules et à leur intérieur; *pas d'autres microbes.*

OBSERV. II. Homme 40 ans; uréthrite chronique, écoulement muco-purulent le matin.

Très nombreux gonocoques au sein des cellules; pas d'autres microbes.

OBSERV. III. Uréthrite il y a 7 mois; actuellement, filaments de mucus dans l'urine. Pas de microbes; pas d'éléments cellulaires.

OBSERV. III^{bis}. Homme 32 ans. Uréthrite aiguë à la suite d'abus alcooliques. Le pus ne montre ni gonocoques ni autres microbes.

OBSERV. IV. Jeune femme: métrite et metro-péritonite puerpérale; on a fait le raclage quinze jours auparavant.

L'écoulement vaginal montre une infinité de petits bacilles courts, des diplocoques, mais pas de gonocoques extra ou intracellulaires; cellules très abondantes.

(1) Nous tenons à remercier MM. les docteurs Fraipont, Renson, Bidlot et Roskam, qui ont bien voulu nous signaler les cas intéressants de leur service ou de leur clientèle, et MM. Wattelet et François, étudiants en médecine, qui nous ont aidé à faire les préparations.

OBSERV. V. Paramétrite chronique puerpérale, femme 35 ans; sécrétion recueillie à la surface du vagin.

Grands bacilles rappelant ceux du charbon (2^e vaccin); pas de gonocoques.

OBSERV. VI. Prolapsus utérin datant de 2 ans; sécrétion recueillie à la surface du col, femme 22 ans.

Amas de coccus globuleux, mais pas de coccus réniformes; fort peu de bacilles courts; pas de gonocoques. Les coccus globuleux ne sont pas dans les cellules; ils se colorent par le Gram.

OBSERV. VII. Femme 29 ans; opérée pour un hydro-salpinx.

Sécrétion vaginale montre grand nombre de bacilles longs; pas de coccus; pas de gonocoques.

OBSERV. VIII. Femme 28 ans, leucorrhée abondante; opérée pour une hydro-hemato-salpinx. Sécrétion recueillie dans le col.

Bacilles de toutes dimensions; microcoques globuleux en chaînettes; pas de gonocoques; pas de microbes dans les cellules.

OBSERV. IX. Jeune fille 18 ans; curetage il y a 8 jours; sécrétion vaginale montre petits bacilles courts hors des cellules; pas de coccus; pas de gonocoques.

OBSERV. X. Jeune fille 26 ans; catarrhe du col, pertes très abondantes; la sécrétion du col montre petits coccus globuleux, et petits bacilles; pas de gonocoques, pas de microbes dans les cellules.

OBSERV. XI. Jeune homme 28 ans; a eu une blennorrhagie il y a 5 ans; il y a 3 semaines, a eu des rapports avec une femme saine; après 15 jours, il a observé une goutte chaque matin au méat.

Nombreux globules blancs et grandes cellules arrondies à noyaux multiples; filaments muqueux; pas de gonocoques, ni même d'autres microbes.

OBSERV. XII. Femme 31 ans, mariée, leucorrhée assez abondante, endométrite catarrhale récente.

La sécrétion du col montre microbes variés: bacilles,

coccus globuleux, tous en dehors des cellules; pas de gonocoques.

OBSERV. XIII. Jeune homme 25 ans; a eu uréthrite aigüe il y a un an; coïts multiples il y a un mois; a eu ensuite épидидymite; écoulement muqueux depuis trois semaines.

Nombreux globules de pus; gonocoques extra et intra-cellulaires; *pas d'autres microbes.*

OBSERV. XIV. Femme 24 ans, enceinte de 3 mois; fleurs blanches :

Cellules extrêmement rares dans cette sécrétion; microbes en diplocoques globuleux, bacilles courts, bacilles allongés; pas de gonocoques; pas de microbes dans les cellules.

OBSERV. XV. Femme 38 ans; leucorrhée très abondante;

Sécrétion montre globules de pus et cellules; innombrables microbes globuleux et bacillaires; pas de microbes dans les cellules; pas de gonocoques.

OBSERV. XVI. Jeune homme 23 ans; uréthrite chronique; sécrétion presque nulle; filaments dans l'urine du matin.

Ces filaments montrent de rares gonocoques extra et intra-cellulaires; pas d'autres microbes.

OBSERV. XVII. Uréthrite chronique depuis huit mois; très peu d'écoulement; on y voit rares gonocoques extra et intra-cellulaires; pas d'autres microbes.

OBSERV. XVIII. Ecoulement abondant survenu spontanément (?) chez un homme; plus de rapports sexuels depuis deux mois.

Pas de gonocoques, mais infinité d'autres microbes (coccus globuleux et bacilles, en dehors des cellules).

OBSERV. XIX. Jeune homme 25 ans; uréthrite chronique depuis deux ans; rares filaments muqueux dans l'urine. On n'y trouve pas de microbes.

OBSERV. XX. Ecoulement uréthral chez un homme depuis dix mois; ordinairement peu abondant, mais s'est accentué après un coït.

Nombreux globules de pus à grands noyaux en boudin; gonocoques caractéristiques; *pas d'autres microbes.*

OBSERV. XXI. Chaude pisse il y a un an et demi chez un homme; a eu des injections de nitrate d'argent; parfois encore envies assez fréquentes d'uriner; filaments muqueux dans l'urine.

Au microscope ceux-ci montrent des gonocoques typiques.

OBSERV. XXII. Blennorrhagie il y a six ans; écoulement léger depuis ce temps; arthrite du genou.

Les filaments de l'urine montrent des gonocoques, fort rares, mais caractéristiques; *pas d'autres microbes.*

OBSERV. XXIII. Petite fille de 7 ans amenée par sa mère à l'hôpital. Vulvo-vaginite et uréthrite très intenses, sans déchirures cependant; un vieillard a fait des tentatives de viol et est en aveux.

L'écoulement de la petite fille montre de *très nombreux* gonocoques, en forme de haricot, se regardant deux à deux, réunis en zooglées en dehors et à l'intérieur des cellules. *Pas d'autres microbes;* le vieillard ne présente pas le moindre signe de gonorrhée.

OBSERV. XXIV. Petite fille de 8 ans, violée par un adulte, amenée à l'hôpital. Parties génitales externes fortement enflammées; écoulement purulent très abondant; déchirure de l'hymen; vaginite et uréthrite.

La sécrétion montre une énorme quantité de leucocytes et de grandes cellules globuleuses; comme dans l'observation précédente, innombrables gonocoques caractéristiques extra et intracellulaires; *pas d'autres microbes.*

Le coupable ne présente pas actuellement de signe de gonorrhée; pas de tâche sur la chemise; il y a un an, a eu un écoulement dont il a été guéri rapidement par des injections; il y a quatre mois, a présenté les mêmes symptômes et a guéri après 3 à 4 jours par le même moyen.

On prélève du mucus du canal de l'urètre de cet homme; on y découvre des cocci globuleux, ayant les dimensions des staphylocoques, de petits bacilles, mais pas de microbes en haricot rappelant les gonocoques.