

normales. En d'autres termes, le malade, quoique stérile par le fait de l'absence de spermatozoïdes dans le sperme, n'est nullement impuissant. Le temps et des médicaments appropriés font souvent disparaître cette induration, au moins dans une mesure qui permet la réapparition dans le sperme d'un petit nombre de spermatozoïdes, et par conséquent rend l'individu de nouveau propre à avoir des enfants. Le pronostic sous ce rapport doit être réservé (1).

Le fait que le testicule gauche est atteint deux fois plus souvent que le droit est attribué à sa situation ordinairement plus déclive, et à ce que par conséquent il est moins bien soutenu par le scrotum. C'est cependant plutôt l'effet de la position de la veine spermatique gauche derrière l'Siliaque, point où elle est spécialement exposée à la compression, et aussi de sa communication indirecte avec la veine cave, par l'intermédiaire de la veine rénale, avec laquelle elle s'abouche à angle droit, la veine spermatique droite se jetant dans la veine cave sous un angle aigu. La veine spermatique gauche de plus est dépourvue de valvule à son point d'entrée dans la veine rénale. Ces dispositions anatomiques sont suffisantes pour produire une congestion locale, cause prédisposante puissante à des attaques inflammatoires. On peut voir et on voit souvent, comme résultat de la pression exercée sur les vaisseaux afférents par les produits inflammatoires, ou comme conséquence de l'extension de l'action inflammatoire elle-même, une *hydrocèle aiguë* venir compliquer l'épididymite, ajoutant encore au volume de l'organe déjà tuméfié, et augmentant le sentiment de tension tant pour le malade que pour le chirurgien. Cette hydrocèle ne réclame pas de traitement spécial, et disparaît ordinairement quand la période de déclin est atteinte.

#### PYÉMIE ET CELLULITE PELVIENNE.

La *pyémie*, suite de la blennorrhagie, et la *cellulite pelvienne*, due à l'extravasation de l'urine par rupture d'un abcès blennorrhagique péri-urétral, sont des accidents possibles, et en

(1) Gosselin, Curling, Liégeois, Godard et Terrillon, Hill, Bumstead, Lebert et d'autres sont tous d'avis que l'épididymite double, dans la grande majorité des cas, est suivie de stérilité par absence de spermatozoïdes dans le sperme, et présente très peu de chance de guérison complète. Dans 117 cas de cette espèce, que j'ai pu réunir de différentes sources, 13 seulement sont notés comme ayant éprouvé quelque amélioration du fait du traitement.

dépôt de leur extrême rareté, doivent être présents à l'esprit. La *péritonite* est également très exceptionnelle. J'ai vu cette complication dans un seul cas dont voici le résumé (1):

R. K., âgé de 23 ans, souffrant d'une première attaque de blennorrhagie, était dans la seconde semaine de la maladie, et tout marchait bien, quand il sentit tout d'un coup une douleur dans l'aîne et le long du trajet du cordon; cette douleur me fit penser qu'il allait avoir une épididymite. Mais, au lieu de voir le testicule gonfler, le malade sentit la douleur s'irradier de l'aîne à toute la surface de l'abdomen, qui devint bientôt tendu, presque tympanitique et sensible au toucher. A partir de ce moment, il présenta tous les symptômes de la péritonite aiguë, qui mit sa vie en danger pendant quelques jours et fut soumise au traitement ordinaire. Le Dr Wood le vit avec moi à ce moment. Pendant la décroissance de la péritonite survint un léger degré d'épididymite. Le point le plus intéressant de cette observation fut la découverte d'une petite hydrocèle congénitale, qui, étant réductible, avait été prise pour une hernie, un bandage ayant été appliqué sur l'ordre d'un médecin. Cette particularité expliquait très clairement l'étiologie de la péritonite, la communication entre la cavité péritonéale et la tunique vaginale étant restée ouverte, et permettant une extension facile de l'inflammation du canal déférent au péritoine par le tissu cellulaire environnant. Quelques semaines après la guérison complète, il n'y avait plus trace de l'affection (2).

Ces complications se rencontrent surtout, quoique d'une manière exclusive, dans les blennorrhagies de la première variété, les blennorrhagies inflammatoires aiguës.

Nous pouvons examiner maintenant cette forme de blennorrhagie désignée sous le nom de blennorrhagie *subaiguë* ou *catarrhale*.

(1) Hill et Cooper citent (*Op. cit.*, p. 546) trois cas de pyémie terminés par la mort; dans ces trois cas, il y avait de la phlébite du plexus prostatique, et la membrane muqueuse urétrale était intacte. Agnew rapporte un cas de mort (*Principles and practice of surgery*, vol. II, p. 468), chez un homme exceptionnellement robuste.

(2) On a rapporté quelques cas de péritonite compliquant l'épididymite. Dans la majorité de ces cas, le rapport entre les deux maladies n'est pas démontré d'une manière satisfaisante. Dolbeau et Terrillon ont chacun rapporté un cas, dans lequel une péritonite mortelle suivit une épididymite blennorrhagique ayant atteint un testicule non descendu. MM. Godard, Peter et Gosselin ont publié des cas, dans lesquels l'examen nécroscopique démontra l'extension de l'inflammation le long du cordon spermatique à l'abdomen et au péritoine.

#### BLENNORRHAGIE SUBAIGUE OU CATARRHALE.

Cette forme se présente le plus communément chez les individus qui ont déjà eu des blennorrhagies; c'est un exemple de la tendance manifestée par toutes les muqueuses à s'enflammer sous l'influence d'une provocation légère, quand elles se sont enflammées une fois. Ce fait se remarque particulièrement dans l'urètre pour différentes raisons: le canal livre périodiquement passage à l'urine qui est particulièrement susceptible, par les changements de sa composition, de devenir un irritant: il est exposé, pendant l'érection, à une congestion intense de tous ses vaisseaux, et l'inverse est également vrai, une irritation ou une congestion de l'urètre le prédisposant aux érections; la pesanteur, la richesse vasculaire relativement excessive de la région, et l'absence de résistance extra-vasculaire due à la mollesse du tissu spongieux, tout favorise la persistance des dilatations et congestions vasculaires laissées après une première attaque de blennorrhagie. Le rapprochement des surfaces muqueuses, pendant les intervalles des mictions, n'est pas favorable à la disparition des granulations ou des autres reliquats inflammatoires. Pour ces raisons et d'autres, il y a comparativement peu de jeunes gens dans le nombre immense de ceux qui ont eu la blennorrhagie, qui échappent à de nouvelles attaques; les causes prédisposantes persistent en effet, bien que généralement de nouvelles causes d'irritation, comme le contact du fluide menstruel ou leucorrhéique, soient nécessaires pour déterminer l'apparition de symptômes un peu marqués.

Un malade avec cette variété d'urétrite se présente au chirurgien, un temps variable après des rapports suspects ou inhabituels, avec un écoulement muco-purulent ou purulent. Il se plaint d'une douleur très légère, quelquefois même seulement d'une sensation de chaleur pendant la miction; il peut même ne pas y avoir de douleur du tout. Le phénomène de la *corde* ne se produit pas ou est très peu marqué, il n'y a pas d'irritation de la vessie, et les complications que nous connaissons sont excessivement rares. La seule affection avec laquelle cette forme peut être confondue, est le chancre urétral, dont il ne faut jamais perdre de vue la possibilité.

Le diagnostic entre le chancre infectant de l'urètre et la blennorrhagie peut être fait en tenant compte des points suivants:

#### CHANCRE URÉTHRAL.

Les symptômes apparaissent après une période d'incubation rarement moindre de dix jours, souvent de deux ou trois semaines.

Les symptômes sont confinés au méat ou à son voisinage immédiat.

Ardeur dans la miction sentie seulement aux lèvres du méat; pas de corde.

Écoulement modéré, jamais purulent, souvent sanguinolent.

Induration perceptible au toucher, intéressant ordinairement une seule lèvre du méat.

Gonflement constant du chapelet des ganglions inguinaux, qui sont indolents, mobiles, et ne suppurent presque jamais.

Presque toujours, on aperçoit une ulcération de la muqueuse.

Symptômes généraux après six à huit semaines.

Emploi de la seringue douloureux au méat.

#### URÉTHRITE.

Les symptômes apparaissent au bout de vingt-quatre heures à une semaine, rarement après un intervalle plus long.

Ils commencent au méat, mais s'étendent un peu en arrière.

Ardeur dans la miction sentie le long de l'urètre; souvent corde.

Écoulement plus abondant, nettement purulent (1), moins souvent sanguinolent.

Pas d'induration.

Il n'y a jamais qu'un ganglion de pris, quand il y en a; il suppure souvent.

Pas d'ulcération appréciable.

Pas de symptômes constitutionnels.

Emploi de la seringue non douloureux ordinairement.

Sous l'influence du traitement, l'écoulement diminue rapidement, jusqu'à ce qu'on ne constate plus qu'une goutte ou deux de muco-pus, et cela principalement le matin. Ce symptôme peut persister en dépit de tous les efforts pour le faire cesser, et est peut-être la conséquence la plus tenace et la plus désagréable, en raison de cette persistance, de cette forme de blennorrhagie.

Il y a pourtant quelques complications qui, bien qu'elles puissent apparaître également pen-

(1) Le Dr J. Nevius Hyde établit positivement que « quand un individu présente un écoulement nettement purulent, sans symptômes coïncidents de syphilis, on peut le déclarer à l'abri de tout danger de ce côté, quand la période d'incubation du chancre syphilitique est déjà dépassée. Le chancre intra-urétral ne peut jamais être pris pour une blennorrhagie; les deux affections sont si distinctes que le diagnostic peut être parfaitement établi sans l'aide de l'endoscope. » (*Chicago med. Journ.*, août 1880.)

dant une attaque aiguë, s'associent souvent à cette urétrite catarrhale, et sont d'une gravité considérable. C'est le rhumatisme blennorrhagique, l'ophtalmie et la conjonctivite.

#### Complications de la blennorrhagie catarrhale.

##### RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE OU SYNOVITE URÉTHRALE.

Le rhumatisme blennorrhagique ou mieux la synovite uréthrale peut apparaître à toute époque d'un écoulement urétral purulent. Il est beaucoup plus commun chez les femmes. Il se développe tout d'un coup, et est accompagné ordinairement d'une diminution de l'écoulement, plus rarement de son entière disparition. L'affection a été attribuée à différentes causes, à la métastase, à l'action réflexe, à l'identité de la blennorrhagie et de la syphilis, à l'existence d'une diathèse rhumatismale préexistante, et finalement à une forme bénigne d'infection septicémique.

La plupart de ces hypothèses sont insoutenables. Si l'affection était due à la métastase, la blennorrhagie originelle devrait disparaître, mais cela est seulement exceptionnel, comme nous l'avons dit; si c'était un effet de l'action réflexe, elle devrait être produite par d'autres formes d'irritation des organes génitaux, la balanite, le phimosis, etc., mais ce n'est pas le cas. L'inoculation et le fait que ce rhumatisme suit souvent l'urétrite traumatique montre qu'il n'est pas une preuve de l'identité de la blennorrhagie et de la syphilis; cette opinion ne mérite d'ailleurs pas une réfutation en forme. Il n'existe souvent aucune connexion appréciable entre cette forme de rhumatisme et une prédisposition héréditaire ou acquise au rhumatisme; ma propre expérience m'a amplement convaincu de ce fait. En outre, comme nous le verrons, il y a de grandes différences entre cette affection et le rhumatisme ordinaire.

Reste la théorie de la septicémie, que nous avons différentes raisons pour examiner favorablement. Si l'affection des jointures résulte de l'absorption des matières septiques dues à la décomposition du pus, on peut comprendre le fait, autrement mystérieux, de la plus grande fréquence chez l'homme que chez la femme, la longueur, l'étroitesse et la délicatesse du canal urétral de l'homme offrant des conditions admirables pour la rétention, la décomposition et l'absorption du pus; au contraire l'urètre de la

femme est court, et la muqueuse vaginale est épaisse, résistante, non absorbante. Nous pourrions également comprendre la tenacité de cette affection avec un traitement antirhumatisme ordinaire; son apparition de préférence dans les cas où une suppuration prolongée a créé les meilleures chances pour l'absorption; son apparition à chaque nouvelle attaque de blennorrhagie, aucun signe de rhumatisme ne se montrant dans les intervalles; ses différences avec la marche du rhumatisme ordinaire, la prédilection pour une seule jointure, etc., si bien qu'il semble justifié de dire que la théorie septicémique, bien que non absolument prouvée, est probablement la vraie.

Le Dr Wilks croit que le rhumatisme blennorrhagique est ordinairement une forme subaiguë d'inflammation pyémique. Il le regarde comme l'analogue du rhumatisme scarlatineux, qui souvent n'est rien moins qu'une pyémie grave, ayant pour point de départ les ulcérations de la gorge; il le compare aussi au rhumatisme puerpéral, et à cette forme de rhumatisme qui quelquefois est la conséquence de la variole. Pour étayer cette théorie, Wilks rapporte deux cas de pyémie mortels, suite de blennorrhagie; dans ces deux cas, on trouva de l'inflammation purulente du plexus veineux prostatique; l'urètre était plein de pus.

Le Dr Da Costa dit dans une leçon clinique: « Ce cas démontre ce que j'ai l'habitude d'enseigner, à savoir que le rhumatisme blennorrhagique n'est qu'une forme de rhumatisme pyémique ayant des traits spéciaux et exigeant un traitement spécial (1). »

Senator regarde comme l'explication la plus probable, que l'irritation inflammatoire se propage graduellement de l'urètre au plexus sacré et à la moelle, où elle atteint les fibres nerveuses trophiques. L'urétrite blennorrhagique serait assimilée ainsi aux désordres articulaires qu'on observe dans les affections de la moelle (2).

Agnew dit que c'est de la septicémie avec tous ses caractères (3).

Les symptômes de cette complication se développent rapidement, ordinairement pendant les derniers stades d'une blennorrhagie aiguë ou catarrhale. Le malade, sans signes prémonitoires, ou peut-être après un léger frisson et un peu de fièvre, sent de la douleur et remarque un gonflement d'une articulation, ordinairement du genou, de la cheville, du poignet ou du coude, par ordre de fréquence (4). Au bout

(1) *College and clinical record*. 15 juillet 1881.

(2) Ziemssen, *Cyclopædia of pract. med.*, vol. XII, p. 73.

(3) Agnew, *Op. cit.*, vol. II, p. 474.

(4) Sur 120 cas de rhumatisme blennorrhagique recueillis par Fournier, le nombre des articulations

de quelques heures, le gonflement dû à l'épanchement (1) augmente, la jointure devient modérément rouge, chaude et très douloureuse, le palper et les mouvements sont très pénibles. Elle peut demeurer dans cet état quelque temps, peut atteindre les tissus voisins, produire une arthrite généralisée, ou bien céder rapidement dans des cas rares. Il y a peu de symptômes généraux quand il y en a.

Dans un certain nombre de cas l'affection fait seulement naître de vagues douleurs intermittentes dans les articulations, les os et les muscles, et ne produit pas de symptômes locaux bien marqués.

MM. Duplay et Brun (2) discutent une forme d'arthrite blennorrhagique, qui, selon eux, n'a jamais été complètement décrite auparavant. Cette variété peut survenir soudainement, sans cause immédiatement connue, ou après un léger traumatisme. Le plus souvent cependant elle est précédée par du malaise, une fièvre légère, de la perte de l'appétit, etc. Le premier symptôme est une douleur très vive. Elle débute, et est toujours plus vive juste au point où les surfaces articulaires sont en contact, et elle s'accroît la nuit. Outre cette douleur spontanée, une souffrance aiguë est déterminée par la pression au-dessus de la jointure, du gonflement s'y joint bientôt et apparaît tout d'abord exactement au niveau de la ligne de jonction des os. Il y a peu ou pas d'épanchement, le gonflement étant principalement dû à l'infiltration des tissus périarticulaires. L'œdème s'étend au-dessus et au-dessous de l'articulation, quelquefois il y a une sensation obscure de fluctuation, faisant soupçonner un abcès. Les auteurs rapportent deux cas où une incision fut pratiquée. Le gonflement n'est pas dû à de l'épanchement dans les gaines tendineuses. Le point le plus important du traitement est l'immobilisation absolue dans un appareil plâtré. La douleur disparaît alors rapidement, et dans les cas favorables elle guérit presque entièrement. Si cependant la jointure n'a pas été immobilisée quelques jours après le début, il peut rester un certain degré de raideur, et si l'affection est complètement négligée, il y a toute chance pour qu'il reste de l'ankylose, laquelle se produit quelquefois en

atteintes s'est monté à 212: le genou a été atteint 83 fois, la cheville 32 fois, les doigts et les orteils 25 fois. Il divise cette affection en trois variétés: a, l'hydarthrose monoarticulaire; b, une forme plus généralisée, ressemblant au rhumatisme ordinaire, mais plus fixe et prolongée, moins mobile, sans symptômes constitutionnels marqués, etc.; c, une douleur générale vague sans altération anatomique bien notable.

(1) Gosselin écrit: « L'épanchement est très rare dans l'arthrite blennorrhagique (*Gaz. des hôp.*, n° 17, 1881). »

(2) Duplay et Brun, *Archives générales de médecine* de mai 1881.

dépôt du traitement. Le poignet et le coude semblent être les jointures le plus fréquemment atteintes, tandis que le genou, qui est fréquemment le siège de la forme avec épanchement (hydarthrose), est comparativement rarement pris. Cependant une articulation quelconque peut être atteinte, et les auteurs ont vu des exemples bien nets de cette forme d'arthrite dans les articulations métacarpiennes, phalangiennes et sterno-claviculaires. Mais quelle que soit la jointure atteinte, les symptômes sont essentiellement ceux qui viennent d'être décrits. Le travail se termine par six observations (trois se rapportent à des femmes), montrant les différentes particularités que nous venons d'indiquer; les traits principaux de cette forme d'arthrite sont la douleur et le gonflement qui commencent toujours et restent le plus marqués juste au niveau de la ligne interarticulaire, l'existence de craquements et la tendance à l'ankylose si la jointure n'est pas immobilisée de bonne heure (1).

Le rhumatisme ordinaire est la seule maladie avec laquelle cette forme d'affection articulaire peut être confondue. Le diagnostic doit s'appuyer sur les points suivants, qui peuvent être présentés sous forme de tableau:

RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE	RHUMATISME ORDINAIRE.
Associé à de l'urétrite.	Non associé à de l'urétrite.
Très rare chez les femmes.	Pas rare chez les femmes.
Symptômes généraux passagers et légers.	Symptômes généraux marqués et prolongés.
Très peu de fièvre.	Fièvre intense.
Pas de sueurs.	Sueurs profuses.
Urine normale.	Urine très foncée et chargée d'urates.
Souvent associé avec de la sclérotite, de la ténosynovite.	Non compliqué de sclérotite, ou de ténosynovite.
Lésions cardiaques rares (2).	Lésions cardiaques fréquentes.
L'inflammation reste fixe, n'atteint qu'une ou quelques jointures.	L'inflammation saute d'une jointure à l'autre, et en atteint beaucoup.
Douleurs locales plutôt moindres que dans le véritable rhumatisme.	Douleurs toujours intenses.
L'épanchement est absorbé très lentement.	L'épanchement est absorbé avec une rapidité relative.

(1) *London med. record.*, 15 oct. 1881.

(2) Le Dr Pfuhl rapporte (*Deutsch. Zeitschrift f. prakt. Med.*, n° 50, 1878) dix-sept observations d'endocardite, suite de blennorrhagie, et en ajoute une. Le Dr Canciosi rapporte également un cas semblable (*Bullet. dell. scienz. med.*, sept. 1880). Des exemples d'endocardite blennorrhagique ont été notés aussi par La Cassagne, Desnos, Marty et Baudin.

RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE	RHUMATISME ORDINAIRE.
Tendance à l'hydarthrose après la période aiguë.	Pas de tendance à l'hydarthrose chronique.
Grande tendance à des rechutes pendant les blennorrhagies suivantes.	Rechutes sans rapport aucun avec l'état de l'urèthre.
Traitement anti-rhumatismal impuissant.	Traitement antirhumatismal évidemment efficace.

La *sciaticque*, qu'on décrit comme une complication fréquente du rhumatisme blennorrhagique, dépend très probablement de l'inflammation de la hanche, bien qu'ici, comme en beaucoup d'autres cas, le diagnostic entre l'arthrite au début et l'inflammation de la gaine fibreuse du nerf soit presque impossible.

Les variétés du rhumatisme blennorrhagique autres que celle que nous venons de décrire ont été classées sous les noms de forme *arthritique*, dans laquelle le gonflement, au lieu d'être dû à un épanchement dans la synoviale, à une *hydarthrose*, est dû à un épaississement des tissus capsulaires et sous-cutanés de l'articulation; de forme *arthralgique*, dans laquelle le gonflement et l'inflammation sont légers et la douleur présente un caractère plutôt névralgique; de forme *nouveuse* ou *pseudo-goutteuse*, dans laquelle les articulations phalangiennes augmentent de volume et se déforment. La première de ces formes a toujours, d'après mon expérience, été précédée d'un épanchement et a été le résultat d'un prolongement de l'arthrite. Je n'ai jamais rencontré la dernière variété, et je suis autorisé à mettre son existence en doute comme complication de la blennorrhagie.

#### OPHTHALMIE ET CONJONCTIVITE BLENNORRHAGIQUE.

Associée avec ces affections articulaires dans beaucoup de cas, ou se présentant parfois comme seule complication d'une uréthrite, il existe une inflammation de quelques-unes des parties de l'œil, connu sous le nom d'*ophtalmie blennorrhagique*. La sclérotique, l'iris et la conjonctive oculo-palpébrale, sont les parties principalement atteintes. Les symptômes sont ceux d'une iritis ou d'une conjonctivite ordinaire, accompagnée d'une douleur considérable et d'un écoulement muco-purulent très peu abondant. Les remèdes ordinaires sont utiles, mais l'affection tend à prendre plutôt une marche chronique, et finalement à céder spontanément.

Cette complication ne doit pas être confondue avec la *conjonctivite blennorrhagique* qui est une affection très différente et beaucoup plus sérieuse, bien qu'on les considère souvent comme identiques. La conjonctivite blennorrhagique est toujours le résultat de l'inoculation directe, le pus étant transporté par le doigt ou autrement sur le bord ou la surface interne des paupières. Les symptômes apparaissent ordinairement au bout de quelques heures, et sont d'abord ceux d'une simple conjonctivite catarrhale. Ils augmentent cependant avec une rapidité presque incroyable; un œil qui, vingt-quatre heures auparavant, était entièrement sain, présentera des paupières tendues, gonflées, œdémateuses, bombées, à l'aspect érysipélateux, entre les bords rapprochés desquelles on voit sourdre une épaisse sécrétion purulente; si on les écarte, on trouve la conjonctive injectée, baignée de pus, et le siège d'un chémosis. Au bout de peu de temps, si le chémosis est abandonné à lui-même, la cornée ne recevant plus de sang s'ulcère sur un ou plusieurs points, peut se détacher et tomber entièrement, et l'œil se vider. Cette série de phénomènes peut se passer en trois ou quatre jours, et assez souvent se développe en la moitié de ce temps. Le pus provenant de cette inflammation est extrêmement contagieux, irrite la joue sur laquelle il coule, et ne manque pas de compromettre l'œil sain si on le laisse entrer en contact avec lui.

Il est très important de distinguer cette affection, dès son début, de l'ophtalmie bénigne, et qui se guérit seule, que nous avons décrite. Les principales différences de ces deux affections sont indiquées dans le tableau suivant:

CONJONCTIVITE BLENNORRHAGIQUE.	OPHTHALMIE BLENNORRHAGIQUE.
Est toujours le résultat de la contagion.	Produite probablement par septicémie. — Sans relation avec une contagion directe.
On en observe 1 cas sur 700 ou 800 cas de blennorrhagie.	On en observe un cas sur cinquante ou soixante blennorrhagies.
Peut provenir d'une autre personne par inoculation.	Ne peut se développer que chez un malade atteint d'arthrite.
N'atteint d'abord qu'un œil.	Les atteint habituellement tous deux.
Reste limitée à l'œil originairement atteint, à moins que l'autre ne s'inocule accidentellement.	Passe fréquemment d'un œil à l'autre.
Les symptômes affectent la conjonctive dès le début.	Ce sont les tissus fibreux, la sclérotique et l'iris, qui sont atteints.

CONJONCTIVITE BLENNORRHAGIQUE.	OPHTHALMIE BLENNORRHAGIQUE.
Symptômes de la plus grande gravité et pressants.	Symptômes bénins, subaigus.
Ne réapparaît pas avec une nouvelle blennorrhagie.	Réapparaît fréquemment à chaque nouvelle attaque de blennorrhagie.
Pas de rapport avec des affections articulaires ou autres manifestations rhumatismales.	Coexiste le plus souvent avec quelque autre forme de rhumatisme blennorrhagique.
Tendance à la destruction rapide des tissus malades.	Tendance à la guérison finale, mais lente.
Traitement très utile;	Traitement pas très effi-

doit être prompt et énergique; ne doit pas être énergique; expectation.

Cette forme de conjonctivite ne diffère dans aucun de ses traits essentiels de l'*ophtalmie des nouveau-nés* ou de l'ophtalmie produite artificiellement par l'inoculation de pus; elle ne fournit donc, comme nous l'avons dit, aucune preuve de la nature spécifique de la blennorrhagie.

Le traitement de cette complication, comme de toutes celles que nous avons décrites, sera examiné plus tard.

#### BLENNORRHAGIE IRRITATIVE OU ABORTIVE.

Il nous reste à considérer la troisième variété de blennorrhagie, l'*irritative* ou *abortive*. Il arrive assez souvent qu'après des rapports suspects, au bout d'un intervalle variable, un malade se présente se plaignant d'une légère sensation de piqure en urinant, et d'un peu de démangeaison et de cuisson au niveau du méat. A l'examen on trouve une légère rougeur, peut-être un peu de gonflement au niveau des lèvres de cet orifice et une petite sécrétion transparente ou très modérément trouble provenant de la partie antérieure de l'urèthre, et n'apparaissant que si on presse le canal d'arrière en avant. Ces symptômes sont très semblables à ceux de la première période de l'uréthrite aiguë, et ne peuvent s'en distinguer, fait important pour juger de la valeur du traitement abortif. Cependant, au lieu d'augmenter d'intensité et de produire de la douleur pendant les mictions, le phénomène de la corde, de l'irritation vésicale, etc., ces phénomènes restent pendant quel-

ques jours dans le *statu quo*, puis, s'ils ne sont pas aggravés par un traitement non approprié, cèdent entièrement, la maladie tout entière n'excédant pas en durée une semaine ou dix jours. Cette affection ne présente ni suites, ni complications; c'est simplement un peu d'irritation muqueuse déterminant une légère hyper-sécrétion. Ce sont ces cas qui servent surtout aux charlatans à rapporter des cas de guérison en un temps extrêmement court; ils peuvent toujours se prévaloir de ces faits pour donner un semblant de vérité à leurs assertions.

Les trois variétés d'uréthrite que nous venons de décrire peuvent être mises en parallèle de la manière suivante; il est entendu que toutes ces différences cliniques ne se présentent pas invariablement, mais que, dans beaucoup de cas, les traits caractéristiques de ces différentes classes de blennorrhagie sont mélangés. Dans un tableau on pourra reconnaître au premier coup d'œil les principales différences.

URÉTHRITE INFLAMMATOIRE AIGUE.	URÉTHRITE CATARRHALE.	URÉTHRITE IRRITATIVE.
C'est ordinairement une première attaque.	Ordinairement seconde attaque, ou attaque consécutive à d'autres.	N'est pas en relation avec une affection uréthrale préalable.
Commence par un peu de rougeur, de gonflement, de sensation de brûlure et de prurit ou de cuisson au niveau du méat.	Id.	Id. Mais ces symptômes sont moins marqués.
Apparition rapide d'un écoulement, d'ardeur en urinant, du phénomène de la corde, et d'autres symptômes.	La plupart de ces symptômes manquent, à l'exception de l'écoulement.	Tous ces symptômes manquent; ne va pas plus loin.
Écoulement épais, jaune, verdâtre ou sanguinolent.	Écoulement laiteux ou aqueux.	Presque pas d'écoulement.