

signe en dehors du fait de l'existence de l'albumine dans les urines. Elle évolue d'une façon latente; rien ne la fait prévoir, rien, dans la suite, ne peut faire soupçonner qu'elle existe.

La seconde, de beaucoup plus rare (nos confrères ne l'ont observée que dix fois), se manifeste d'abord par un état gastrique avec inappétence survenant brusquement et augmentant dans la suite. La langue offre un aspect caractéristique : elle est très saburrale, toujours humide, large, mais non épaissie, d'aspect plutôt blanchâtre que franchement sale. L'état gastrique paraît être en corrélation étroite avec l'albuminurie; il dure autant qu'elle. En même temps, on observe une série d'autres symptômes : céphalalgie assez intense avec prostration, abattement, inactivité motrice et cérébrale; courbature avec douleurs rénales ou lombaires; pâleur des tissus, en particulier de la face, sans bouffissure ni œdème; fièvre peu élevée, oscillant entre 38° et 39°; parfois sueurs profuses.

Ce tableau clinique est, comme on le voit, celui d'une maladie infectieuse.

La durée des albuminuries blennorrhagiques est tout à fait incertaine. D'après les relevés de MM. Balzer et Souplet, l'albuminurie traitée dure de six à huit jours, rarement quinze à vingt, plus rarement encore au delà de cette période de temps.

On comprend que l'albuminurie constitue un élément de pronostic important dans les cas de blennorrhagie.

Elle donne, d'une part, la mesure de l'extension prise par l'affection, ainsi que des indications pour le traitement et le régime; d'autre part, elle invite à surveiller le malade au point de vue de son avenir, l'albuminurie blennorrhagique, même passagère, pouvant jouer le rôle de facteur étiologique dans des affections rénales subséquentes.

Il est donc important que dans toute blennorrhagie les urines soient examinées au point de vue de l'albuminurie. Si l'on en rencontre, la défense des balsamiques s'impose et le malade sera mis au régime lacté et au repos absolu. Cette albuminurie est plus fréquente dans les cas d'urétrite. M. Guéraud donne la statistique suivante : sur 65 cas de blennorrhagie à l'état aigu, l'albuminurie existait deux fois, 1 fois dans 18 cas d'orchite simple blennorrhagique, 9 fois sur 13 cas d'orchite double et 4 fois sur 12 blennorrhagies chroniques.

La cystite vient après l'orchite comme cause prédisposante. On peut en conclure que les complications de la blennorrhagie prédisposent d'une manière générale à des déterminations rénales.

*Fièvre.* — La fièvre est très rare dans la blennorrhagie aiguë.

*Blennorrhagie articulaire.* — Cette affection est encore à l'étude; de nombreuses observations permettent cependant d'avoir des données à peu près certaines sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement.

tement. Je rapporterai seulement quelques-unes de ces observations.

M. Bécclère a relaté deux observations de rhumatisme blennorrhagique, l'une chez une petite fille de 5 ans et demi, l'autre chez un sujet plus jeune encore, une fillette de 20 mois. Chez la petite fille, il existait au poignet gauche tous les signes non seulement d'une arthrite radio-carpienne mais d'une synovite tendineuse des extenseurs ayant l'aspect complet d'un rhumatisme blennorrhagique : de la vulve s'écoule un pus verdâtre, avec mictions douloureuses et fréquentes. On apprend que la fillette a été contaminée par un apprenti de 16 à 17 ans, blennorrhagique; cependant on ne découvre pas de gonocoques dans le pus. L'enfant, traité par l'immobilisation et la compression ouatée, guérit en quinze jours de son arthrite. Dans le second cas, c'est au cours d'une vulvo-vaginite dérivant d'une contagion, *gonorrhæa insontium*, accidentelle et familiale, qu'est survenu le rhumatisme blennorrhagique. Celui-ci siège dans le cou-de-pied droit qui est gonflé : la peau en cet endroit, est œdématisée et présente une légère coloration vive; douleurs à la pression, pus épais, verdâtre, surtout de la vulve; pas d'examen bactériologique.

L'auteur conclut de ces deux observations que : 1° le rhumatisme blennorrhagique peut se présenter chez les enfants comme chez les adultes et l'âge seul ne doit être en aucun cas suffisant pour élimi-

ner cette affection du diagnostic lorsque l'ensemble des phénomènes cliniques y fait songer; 2° l'origine manifestement non vénérienne d'une vulvo-vaginite chez une petite fille, si jeune qu'elle soit, qui présente des manifestations articulaires, ou péri-articulaires, plus ou moins analogues à celles du rhumatisme blennorrhagique, n'est pas une raison pour écarter l'idée de cette affection; il faut tenir compte de la fréquence de la *gonorrhæa insontium*.

M. Deutschmann a rapporté le fait suivant : « Le neuvième enfant d'une femme atteinte de gonorrhée chronique est pris de conjonctivite blennorrhagique et, trois semaines après, d'arthrite aiguë du genou. La sécrétion conjonctivale, de même que le liquide retiré par ponction du genou, renfermaient des gonocoques. »

M. Thibierge a publié dans *la Semaine médicale* une observation très intéressante d'un malade qui eut, à très peu d'intervalle, le rhumatisme vrai et le rhumatisme blennorrhagique.

M. Stern a rapporté un cas d'arthrite de l'articulation tibio-tarsienne gauche survenu dix jours après le début d'une gonorrhée aiguë et ayant résisté à la révulsion et au salicylate. La ponction de l'articulation permit de retirer une certaine quantité de liquide où l'examen microscopique montra la présence des gonocoques.

Le rhumatisme blennorrhagique est mono-articu-

laire dans la majorité des cas; l'articulation qui paraît le plus souvent atteinte est celle du genou, puis celle tibio-tarsienne, celle du poignet. Parmi les synovites des gaines tendineuses qu'on observe dans le cours de la blennorrhagie, celle de l'extenseur commun des doigts, du fléchisseur du pouce et du fléchisseur des orteils sont très fréquentes.

On a pensé que le rhumatisme vrai et le rhumatisme blennorrhagique avaient des manifestations articulaires différentes dans leur localisation, leurs caractères cliniques, leur évolution.

M. Finger pense qu'au contraire la forme blennorrhagique se caractérise moins par ses symptômes que parce que 1° elle survient au cours d'une blennorrhagie et guérit souvent en même temps; 2° qu'elle réapparaît avec une nouvelle infection; 3° elle montre une grande tendance à devenir subaiguë et chronique.

Comme diagnostic, le rhumatisme articulaire est souvent mono-articulaire ou n'intéresse que deux ou trois articles, rarement davantage; les phénomènes aigus sont généralement modérés et de durée relativement courte; d'autres auteurs cependant donnent pour symptômes: arthrite violente, avec rougeur, gonflement, douleur-intense à la pression et pendant les mouvements.

La température s'élève rarement de 1° à 2° au dessus de la normale; la fièvre et la douleur ne pré-

sentent ni rémissions ni exacerbations aiguës; la douleur, plus intense la nuit, est constante.

Le meilleur diagnostic est basé sur le traitement. La quinine, le salicylate de soude, l'antipyrine apportent très rapidement dans le rhumatisme ordinaire la chute de la température et la disparition des douleurs; ces moyens sont loin d'être aussi efficaces dans le rhumatisme blennorrhagique.

M. Fournier a fait remarquer que le rhumatisme blennorrhagique était quelquefois précédé de l'ophtalmie rhumatismale: il a beaucoup insisté sur l'apparition des phénomènes rhumatismaux à quelque distance au delà de la guérison de la blennorrhagie.

M. Jacquet, après avoir rappelé la place que tient dans l'histoire de la blennorrhagie la *douleur du talon* signalée pour la première fois par Swediaur dit que les causes prédisposantes et la pathogénie des arthropathies blennorrhagiques sont encore fort obscures; il n'admet pas la mise en action par l'infection uréthrale de la diathèse rhumatismale héréditaire ou acquise; il croit plutôt à l'influence de la fatigue et du surmenage.

Les recherches microbiennes appliquées aux arthrites ont donné jusqu'à présent des résultats fort incohérents: les uns ont trouvé le gonocoque, les autres des microbes pyogènes; d'autres, enfin, n'ont trouvé aucun microorganisme dans les liquides articulaires.

Le traitement est jusqu'ici des plus ingrats.

Dans une thèse faite en 1890, M. Miropolsky recommande pour le traitement de l'arthrite blennorrhagique le cataplasme de Trousseau.

Ce cataplasme se prépare de la manière suivante, On prend 1 à 2 kilogs de mie de pain coupée en petits morceaux et trempée dans l'eau pendant cinq minutes : puis on la débarrasse de cette eau. La pâte ainsi pétrie est étalée sur une compresse de toile ayant la forme d'un rectangle allongé; on étend sur la surface une mixture composée de :

Camphre . . . . .	7 grammes.
Extrait d'opium. . . . .	5 —
Alcool. . . . .	Q. s.

Puis un peu d'alcool camphré. S'il y a de fortes douleurs, on peut ajouter de l'extrait de belladone à la dose de 5 grammes. Le tout est assujetti par des bandes sur l'articulation malade, qui est immobilisée. Le cataplasme est enlevé du dixième au douzième jour; il peut être renouvelé dans les mêmes conditions s'il est nécessaire.

Cependant il y a deux contre-indications à l'emploi de ce traitement : 1° quand la douleur est par trop vive—il faut attendre alors l'apaisement relatif de la douleur; 2° quand il y a un épanchement abondant—dans ce cas, on doit d'abord évacuer le liquide.

M. Jullien a préconisé les injections de sublimé.

M. Raymond prescrit le salophène à la dose de 4 grammes par jour en cachets de 1 gramme.

Le traitement suivant, employé à la policlinique

chirurgicale de M. Schüller, privat-docent de chirurgie à la Faculté de médecine de Berlin, donne, paraît-il, d'excellents résultats dans les arthrites blennorrhagiques, contre lesquelles tous nos médicaments, si efficaces dans le rhumatisme articulaire aigu (salicylate de soude, antipyrine, etc.), se montrent, comme on sait, impuissants.

Il est à la fois général et local.

Le traitement général, de beaucoup le plus important, consiste dans l'administration de l'iodure de potassium à doses fréquemment répétées.

On prescrit :

Iodure de potassium. . . . .	5 grammes.
Eau distillée. . . . .	150 —

A prendre par cuillerées à bouche toutes les une à deux heures (suivant l'intensité des symptômes), pendant deux à trois jours de suite.

Déjà au bout de quelques heures, on constate habituellement une amélioration considérable des symptômes, surtout de la douleur. Puis la fièvre et les épanchements articulaires diminuent. Ce résultat est particulièrement frappant dans les cas où l'iodure de potassium est employé après que le salicylate de soude a été administré en vain. L'iodure de potassium se montre actif contre toutes les formes d'arthrite blennorrhagique : forme chronique, subaiguë et aiguë, mais il est surtout efficace dans la forme aiguë.

Comme traitement local, on applique sur les articulations malades des compresses froides phéniquées (à 1 p. 100) ou salées dans les cas aigus, et, dans les cas chroniques, l'onguent gris ou l'emplâtre mercuriel. Le repos au lit et l'immobilisation du membre (s'il le faut au moyen d'appareils) sont de rigueur. Lorsque, après la disparition des symptômes aigus, l'épanchement articulaire persiste, on continue l'application des compresses humides en les faisant alterner avec la compression élastique de l'articulation au moyen de bandes en caoutchouc. Les rétractions cicatricielles et les infiltrations dures, que, dans quelques cas, on observe comme reliquats de la maladie, sont tributaires du massage et de la balnéothérapie.

Si l'épanchement articulaire est très abondant, on fera bien, avant de donner l'iodure de potassium, de procéder d'abord à une ponction évacuatrice. Après cette opération, l'action du médicament sera alors plus rapide et plus sûre.

M. Lassalle, dans le numéro du 16 juin 1894 du *Montpellier médical*, après avoir indiqué les principales formes de l'arthrite blennorrhagique et leur traitement, conclut que l'arthrotomie constitue un mode d'intervention parfaitement recommandable dans toutes les formes d'arthrite blennorrhagique autres que la forme arthralgique simple. Cette opération convient surtout aux cas graves qui s'accompagnent de douleurs excruciantes et compromettent par

leur marche rapide et fatale vers l'ankylose les fonctions du membre.

M. Balzer emploie les bains thérentinés.

On prépare un mélange avec :

Émulsion de savon noir. . . . .	200 grammes.
Essence de thérentine. . . . .	100 —

Si l'on veut faire prendre un bain général, il faut d'abord tâter la susceptibilité du malade et commencer par 200 grammes du mélange en allant en progressant jusqu'à 500 grammes.

En ce qui concerne les bains locaux, des doses plus considérables peuvent être employées (40 à 50 grammes). Le malade les prendra aussi chauds que possible et d'une durée de dix minutes à un quart d'heure. S'il s'agit d'un rhumatisme au bras, on peut utiliser une poissonnière. Pour la jambe, il faut une baignoire spéciale.

On emploie ces bains quand les phénomènes aigus sont passés.

M. Rendu fait remarquer combien, dans le rhumatisme blennorrhagique, la médication interne reste impuissante; il n'y a, en effet, à compter ni sur le salicylate de soude, ni sur l'antipyrine, ni sur le salol. Le salophène a paru avoir une certaine action sur certains cas de rhumatisme blennorrhagique; enfin l'iodure de potassium, si vanté par quelques auteurs, est à peu près sans utilité.

Tous ces médicaments sont donc à peu près illu-

soires. M. Rendu considère que le véritable traitement du rhumatisme blennorrhagique est celui de la blennorrhagie elle-même. Il faut détruire le gonocoque dans les foyers où il se reproduit sans cesse et d'où il part pour infecter l'économie. Pour arriver à ce but, il existe divers procédés, mais le meilleur, sans contredit, consiste dans les grands lavages de l'urèthre avec la solution de permanganate de potasse. Très rapidement alors on voit l'arthropathie se modifier; au bout de deux ou trois jours déjà cette modification est très sensible, les empâtements, les œdèmes, les douleurs disparaissent très vite, et la guérison ne tarde pas à s'affirmer. Aussi les injections sont-elles d'autant plus efficaces qu'elles sont faites à une époque plus rapprochée du début de la maladie, mais, lorsque l'arthrite existe depuis longtemps, l'action curatrice ne se manifeste plus et il faut employer d'autres moyens.

Dans les cas tenaces et qui ne cèdent pas à cette méthode de traitement, M. Rendu a employé plusieurs fois avec succès la ponction suivie de l'injection dans l'articulation d'une ou deux seringues de Pravaz d'une solution de sublimé au 1 p. 4 000. Mais dans les cas graves, suppurés, l'arthrotomie est le procédé de choix, et, avec les garanties données par la chirurgie actuelle, elle peut être faite sans danger.

Lorsqu'on a soin de ne pas immobiliser l'articulation trop longtemps, on n'a pas à redouter l'anky-

lose, mais il y a souvent des raideurs et des atrophies qu'il faut combattre par les révulsifs, les pointes de feu surtout, le massage, la mobilisation et l'électrisation.

M. Bennecke a eu l'occasion d'observer à la clinique de M. König, dans le courant des seize derniers mois, 38 cas d'arthrite blennorrhagique (15 hommes, 23 femmes). Dans plusieurs de ces cas, l'affection était multiple, de sorte que le total les articulations atteintes s'élève à 58, dont 3 arthrites bilatérales au genou. Chez les sujets atteints de polyarthrite, une jointure ou deux se trouvaient toujours plus malades que les autres. Dans tous les cas, l'écoulement persistait encore au début de l'arthrite. Parfois l'arthrite se manifestait en même temps que l'infection uréthrale, tandis que d'autres fois, l'apparition de l'infection gonorrhéique remontait à plusieurs années. Le début de l'arthrite, généralement brusque, a été, chez quelques sujets, occasionné par des traumatismes ou des refroidissements.

Au point de vue clinique, on peut distinguer les quatre formes suivantes : 1° la forme légère, qui se traduit par un épanchement séreux sans épaissement de la capsule; 2° l'épanchement séro-purulent, avec épaissement de capsule; 3° l'empyème de la jointure; 4° la forme phlegmoneuse, qui représente la manifestation la plus grave de l'affection.

Dans un seul cas compliqué de pyélocystite, l'issue fut fatale. Dans tous les autres, la guérison s'effec-

tua au bout d'un laps de temps plus ou moins long. Chez de nombreux malades, l'auteur a noté une tendance prononcée à la formation rapide d'ankyloses. Chez quelques-uns mêmes, il a été impossible d'empêcher cette complication de se produire.

Le traitement a consisté dans la ponction et l'injection d'une solution d'acide phénique. En cas de phlegmon, l'application de teinture d'iode a rendu de bons services ; trois fois on a été obligé de pratiquer l'arthrotomie. Après la disparition des symptômes aigus, la jointure était provisoirement immobilisée à l'aide d'un appareil plâtré, quitte à la mobiliser plus tard sous le chloroforme. En dernier lieu, on donnait des bains et on faisait des massage.

Dans aucun cas, on n'a trouvé de gonocoques, tandis qu'on a constaté à plusieurs reprises la présence de staphylocoques, streptocoques ou diplocoques.

Quant aux résultats obtenus, les pieds et les mains ont conservé leur mobilité ; le coude n'a jamais recouvré la sienne ; pour le genou, les effets du traitement ont été bons dans la moitié des cas ; la hanche présentait toujours une forte tendance à la contracture et à la destruction des surfaces articulaires, de sorte qu'ici l'on a été obligé de recourir à l'extension permanente.

## II. — DE LA BLENNORRHAGIE CHRONIQUE

### § I. — Considérations générales.

M. Finger commence ainsi le chapitre relatif au traitement de la blennorrhagie. « Il n'est peut-être pas en médecine de chapitre mieux fourni que celui que nous abordons : il n'est guère, en effet, d'affection qui ait suscité autant que la blennorrhagie des interventions aussi multiples que contradictoires, à laquelle on ait opposé simultanément ou successivement un aussi grand nombre de remèdes et de moyens curatifs.

« Malgré tout, peut-être aussi à cause de la multiplicité de toutes ces soi-disant ressources, le traitement de la chaude-pisse est un des plus ingrats que peut offrir la pratique médicale. »

Il faut encore pousser au noir ces lamentations médicales en ce qui concerne le traitement de la blennorrhagie chronique, ce n'est cependant pas une raison pour désespérer. Si l'on n'est pas encore maître du terrain, loin de là, on connaît mieux les causes des insuccès. Les études doivent moins se porter dorénavant vers le gonocoque que sur les transformations anatomopathologiques de la muqueuse uréthrale produites par ce microbe.

Mais il ya un point sur lequel la science a fait un pas de géant, c'est sur la prophylaxie de cette blennor-