

pas prouvé que le même mécanisme donne lieu au développement d'une périmérite ainsi que NOEGGERATH l'admettait. Le beau travail de WERTHEIM (1892) est venu jeter un jour nouveau sur l'anatomie pathologique et l'étiologie de la salpingite et de l'ovarite. Nous savons en effet, par ce mémoire, que les gonocoques ne se bornent pas toujours à s'implanter et à se multiplier dans les trompes, mais qu'ils peuvent aussi traverser les parois de ces conduits pour atteindre le péritoine et les ovaires et susciter ainsi la péritonite, la péri-ophorite et l'ovarite.

Le traitement de ces affections appartient à la gynécologie.

TROISIÈME SECTION

COMPLICATIONS DE LA BLENNORRHAGIE COMMUNES AUX DEUX SEXES

I. — DU RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

Généralités.

Les arthropathies liées à la blennorrhagie ont de bonne heure attiré l'attention des spécialistes. PIERRE VAN FOREEST (1897), MUSGRAVE (1703), BAGLIVI (1704) mentionnent ces affections et les donnent comme un argument en faveur de la nature syphilitique de la blennorrhagie. SWEDIAUR (1798) parle en détail de cette complication; HUNTER (1786) et SELLE (1788), COOPER (1837), BRODIE (1818), EISENMANN (1830), GIBERT (1836), BAUMES (1840), CARMICHAEL (1842), CUMANO (1844) publient des cas de ces affections et proclament leurs rapports avec la blennorrhagie.

Par contre, EAGLE (1836) attribue les lésions articulaires survenant au cours de la blennorrhagie, à l'administration intempestive du copahu ou à un mauvais traitement. HACKER (1850), POTAIN (1851), M. ROBERT (1833), GILLOT (1845), ROUSTAN (1846), RAXER (1846), FOU-CART (1846), HALGRIN (1846), BLANDIN (1847), CASENAVE (1850), JANNEL (1853); en Allemagne : HOLSCHER (1844), CASPAR (1846), WEINER (1848), parlent encore du rhumatisme blennorrhagique. Mais c'est surtout avec BRANDES (1854) que commence réellement l'histoire de cette affection. Depuis, elle a été l'objet de recherches, de monographies nombreuses; elle a aussi suscité des débats célèbres (entre autres la discussion de la *Société médicale des Hôpitaux* (1866) entre FOURNIER et PETER.

Étiologie.

Il ne suffisait pas d'établir un rapport entre la blennorrhagie et les arthropathies, de reconnaître à celles-ci une marche et des symp-

tômes propres; il fallait encore expliquer la pathogénie de ces accidents. Cette question a soulevé d'ardentes discussions, a suscité bien des théories nées plus souvent au coin d'un tapis vert que sur la table d'un laboratoire d'anatomie.

Les premiers auteurs qui rapportèrent ces accidents à la blennorrhagie : SELE (1781), HUNTER (1786), RICORD (1836), FOUART (1846), BRANDES (1854), FOURNIER (1866) virent dans le rhumatisme une affection blennorrhagique pure, pouvant être mise sur la même ligne que l'épididymite et la prostatite. Mais comme on avait observé que d'autres irritations de l'urèthre, notamment le cathétérisme, pouvaient occasionner des tuméfactions articulaires, on fut bientôt porté à admettre que la blennorrhagie n'agissait en l'espèce que par irritation. Plus tard, on reconnut que cette irritation devait être spécifique, car, ainsi que FOURNIER (1886) l'a dit, parmi les affections inflammatoires de l'urèthre, la blennorrhagie seule est en état d'engendrer ces accidents. ZEISSL (1882) opinait aussi dans ce sens.

Par contre, pour THIRY (1856) et GUYON, la blennorrhagie et le rhumatisme n'avaient aucune connexion; du moins l'affection uréthrale agissait-elle uniquement comme cause débilitante; elle ne faisait que favoriser, chez les individus prédisposés, les manifestations d'une tare, d'une diathèse, latente jusque-là.

Comme la blennorrhagie pouvait produire des accidents à distance, GUÉRIN (1864), LORAIN (1875) LASÈGUE (1876) ne la considéraient pas comme une affection purement locale, mais comme une infection générale, *sui generis*, qu'ils séparaient d'ailleurs complètement de la syphilis. Cette maladie aurait une longue incubation; si pendant cette période, on réussit à s'en rendre maître, en la maintenant à l'état d'affection locale, les manifestations éloignées ne se produisent pas; on les verrait au contraire survenir si la blennorrhagie dépasse le temps de l'incubation. MARTINEAU (1885) se rangeait aussi à cette manière de voir.

On a mis le rhumatisme blennorrhagique sur le compte d'influences vaso-motrices. D'après cette théorie, le rhumatisme blennorrhagique résulterait d'un trouble vaso-moteur réflexe ayant son point de départ dans l'irritation de l'urèthre enflammé; LEWIN (1878) était le principal défenseur de ces idées.

La découverte du gonocoque est venue, ici encore, éclairer la question. Le rhumatisme blennorrhagique ne reconnaît pas toujours la même étiologie. C'est ainsi que dans une série de cas, ceux qui ordinairement évoluent d'une façon bénigne (nous en parlerons

encore au chapitre de l'*Anatomie pathologique*), on a trouvé dans le liquide articulaire des gonocoques bien nets, démontrés parfois tels par la culture. Ces formes sont réellement de nature blennorrhagique, ce sont des métastases dues à l'exode des gonocoques qui désertent le foyer uréthral pour se rendre, par les voies sanguines, dans les articulations. Il importe de remarquer que ce ne sont pas seulement les uréthrites blennorrhagiques qui donnent lieu à cette forme d'arthropathies, mais que celles-ci peuvent encore succéder à la vulvo-vaginite [LOVEN (1886), KOPLIK (1890), BÉCLERE (1892)] et à l'ophtalmie blennorrhagique des nouveau-nés [DEUTSCHMANN (1890) et LINDEMANN (1892)]. Le dernier auteur a même confirmé le diagnostic bactériologique par la culture.

Dans un second groupe de cas, qui se traduisent cliniquement par des symptômes plus accusés, les gonocoques ne se retrouvent pas dans les liquides articulaires. Parfois on a pu y découvrir les microcoques du pus. Il s'agit en l'espèce de phénomènes pyémiques s'ajoutant à l'infection blennorrhagique.

Ajoutons que GUYON et JANET (1889) n'ont pas trouvé de microorganisme dans le pus de trois arthrites. Aussi, attribuent-ils, ainsi que FÜRBRINGER (1890), le rhumatisme blennorrhagique à une intoxication ptomainique.

Symptomatologie.

En ce qui concerne d'abord la fréquence des accidents rhumatismaux dus à la blennorrhagie, GRISOLLE (1866) sur 2,423 cas a relevé 68 fois cette complication, soit dans les 2,8 p. 100 des cas. BESNIER (1877) et JULLIEN (1886) donnent la même proportion.

Le rhumatisme blennorrhagique s'observe plus souvent chez l'homme que chez la femme; ce n'est pas à dire qu'elle l'épargne d'une façon absolue. L'âge ne semble avoir aucune influence. L'accident ne se manifeste qu'à la suite des affections réellement blennorrhagiques; à la suite de processus pseudo-gonorrhéiques, comme la balanite, on ne l'observe pas. Mais il n'y a pas que l'uréthrite qui donne lieu au développement de l'arthropathie blennorrhagique; on a vu s'établir le blennorrhagisme à la suite de la vulvite, de la vaginite, de la conjonctivite. LUCAS (1885), notamment, a rapporté deux cas de rhumatisme polyarticulaire survenu bientôt après la naissance, chez des nourrissons atteints d'ophtalmie blennorrhagique. HARTLEY (1886) a vu des tuméfactions articulaires chez des petites

filles de trois, quatre, cinq, sept et huit ans qui souffraient de vulvo-vaginite (à gonocoques dans quatre cas) ; nous avons mentionné déjà les observations de LOVEN, KOPLIK, BÉCLÈRE. DEUTSCHMANN (1890) et LINDEMANN (1892) ont également vu s'établir l'arthrite blennorrhagique à la suite de l'ophtalmie et ont trouvé des gonocoques dans l'épanchement articulaire.

On manque de données précises sur l'époque d'apparition de l'accident. Toutefois, d'après les statistiques dressées à ce point de vue et l'observation journalière, il semble assez certain que le rhumatisme blennorrhagique complique de préférence les vieilles gonorrhées plutôt que les cas récents. D'après ROUSTAN (1880), la blennorrhagie des jointures ne surviendrait jamais avant la troisième semaine qui suit l'infection.

Ce qui n'est pas sans intérêt c'est que dans huit cas, rapportés par STRUPPI (1883), les accidents articulaires avaient succédé à des uréthrites postérieures dont trois étaient même compliquées de prostatite. Aussi LOEB (1886) considère-t-il le rhumatisme blennorrhagique comme une complication de l'uréthrite postérieure. Cette opinion qu'avait déjà émise M. ROBERT (1853) est encore soutenue par FÜRBRINGER (1890).

Quant aux articulations que la blennorrhagie semble frapper de préférence, nous donnerons, en réunissant les cas publiés par FOUCART (1846), BRANDES (1854), ROLLET (1862), SORDET (1859), FOURNIER (1866), TIXIER (1866), SUCQUET (1868), E. DIDAY (1873), LIEBERMANN (1873), QUINQUAUD (1875), CHENALIER (1875), BRADFORD (1879), BRUN (1881), JULLIEN (1886), WEBB (1888), SIMPSON (1890), le tableau suivant :

Articulations du genou	136 cas.
— tibio-tarsienne	59 —
— du poignet	43 —
— des doigts et orteils	35 —
— du coude	25 —
— de l'épaule	24 —
— coxo-fémorale	18 —
— temporo-maxillaire	14 —
— du métatarse	7 —
— sacro-iliaques	4 —
— sterno-claviculaires	4 —
— chondro-costales	2 —
— intervertébrales	2 —
— péronéo-tibiales	1 —
— aryéno-cricoidienne	2 —
	<hr/>
	376 cas.

Le rhumatisme blennorrhagique, est comme on le voit, polyarticulaire dans la majorité des cas. Parmi les 346 cas réunis par JULLIEN (1886), il y avait 205 malades atteints de rhumatisme polyarticulaire et 143 seulement de rhumatisme mono-articulaire.

On s'est efforcé, on s'efforce encore, mais en vain, de décrire à l'arthrite gonorrhéique des symptômes caractéristiques, permettant de la différencier des inflammations articulaires d'autre nature.

S'il existe, en effet, certains signes propres à l'arthrite vénérienne, les modalités de cette affection sont, en tout cas, très variées. En schématisant, nous pouvons déjà distinguer les formes suivantes :

- | | | |
|---|-----------------------|--------------------------|
| 1. Rhumatisme articulaire. | mono-articulaire. | aigu (arthrite). |
| | | chronique (hydarthrose). |
| 2. Rhumatisme péri-articulaire, noueux. | polyarticulaire . . . | aigu. |
| | | subaigu. |
| 3. Synovite tendineuse. | | chronique. |

Toutes ces formes se caractérisent, en tant qu'affections blennorrhagiques, moins par leurs symptômes, que parce que : 1° elles surviennent au cours d'une uréthrite blennorrhagique dont les rémissions et les exacerbations retentissent sur l'articulation entreprise, et parce que celle-ci guérit souvent en même temps que l'uréthrite ; 2° au cas où une nouvelle infection se produit, on voit fréquemment la complication rhumatismale réapparaître ; 3° les arthrites blennorrhagiques peuvent affecter une marche aiguë ; toutefois elles présentent généralement moins de phénomènes aigus que les autres affections rhumatismales et montrent une grande tendance à devenir subaiguës et chroniques.

1. Arthrite blennorrhagique (aiguë). — C'est la forme la plus fréquente, le prototype des manifestations articulaires de la blennorrhagie.

L'affection débute brusquement, ou bien elle comporte un *stade prodromique*, pendant lequel les malades éprouvent un endolorissement de plusieurs articles et souffrent d'un malaise général. Cette période ne dure guère, très rapidement s'établit l'arthrite. Une des grandes articulations, généralement l'articulation d'un genou, atteint très rapidement un volume considérable, devient douloureuse, parfois extrêmement douloureuse, très tendue et fluctuante. Elle est, en

effet, le siège d'un exsudat qui est la cause probable de la fixation du membre en demi-flexion.

Les phénomènes généraux qui accompagnent ces désordres locaux sont, durant les premiers jours, très marqués. Il se produit un mouvement fébrile qui persiste pendant quelques jours en présentant des exacerbations vespérales allant jusqu'à 39°,5 C., et des rémissions matinales descendant à 37°,5 ou même 36°,8 C.

Toutefois, les phénomènes inflammatoires aigus ne durent pas longtemps, sans que pour cela l'exsudat se résorbe et que le gonflement articulaire, qui en est la conséquence, diminue. Les douleurs s'apaisent, bien que le sentiment de tension, de dilatation persiste; la fièvre cesse, mais le gonflement de l'articulation empêche l'usage du membre. Cet état subaigu peut lui-même disparaître au bout de quelques semaines et l'infiltrat se résorber. Mais, aussi longtemps que cette résorption est incomplète, une influence défavorable, une poussée du côté de l'urèthre, par exemple, peut ramener un gonflement inflammatoire, douloureux de l'article et la fièvre. Cette exacerbation s'amende rapidement encore, mais la répétition des rechutes prédispose à la chronicité du processus et au *développement d'une hydarthrose*.

Une *terminaison plus rare*, observée cependant de temps à autre, est la *suppuration*. Celle-ci s'annonce alors par des frissons et un mouvement fébrile très prononcé. La tuméfaction articulaire augmente, la peau, qui, jusque-là, avait conservé sa coloration normale, devient rouge; les douleurs augmentent en intensité, l'article est le siège de battements. La capsule finit par se rompre et le pus fuse alors entre les muscles et les gaines tendineuses, et se fait jour au dehors. Si, dans ces conditions, la guérison parvient encore à se faire, c'est au prix d'une ankylose. Plus souvent, ces cas se terminent par la *pyémie avec issue fatale*.

Enfin, VOELKER (1868), HAMONIC (1887) et MARTEL (1887) ont signalé une complication rare du rhumatisme articulaire aigu : la phlébite des veines saphène, fémorale, iliaque. La guérison peut s'observer, c'est même la règle, mais, quand il se produit une thrombose, la mort par embolie peut survenir.

2. Hydarthrose. — L'inflammation chronique succède à l'arthrite aiguë, après de nombreuses rechutes, ou bien elle s'établit d'emblée. Dans ce dernier cas, l'exsudat distend de plus en plus l'articulation, sans provoquer de symptômes subjectifs bien marqués. C'est souvent

par hasard que le malade s'aperçoit de son affection. A la palpation et aux mouvements passifs, l'articulation n'est pas douloureuse; la fluctuation est manifeste. Quand l'épanchement intra-articulaire augmente encore, les mouvements étendus de flexion et d'extension ne sont plus possibles, mais les fonctions du membre ne sont pas autrement compromises. Pourtant, au cas où l'article est considérablement distendu, les ligaments se relâchent, la mobilité anormale qui en résulte entrave les fonctions de motilité, la marche. L'exsudat peut se résorber très rapidement, en quelques jours on n'en retrouve plus de traces; d'autres fois, au contraire, on voit l'hydarthrose résister d'une façon opiniâtre à un traitement de plusieurs mois. Alors, à la longue, se développent des altérations plastiques. Une partie de l'exsudat est résorbée, mais à la palpation de la jointure, on perçoit de la crépitation; il s'est développé une arthrite déformante qui entrave plus ou moins complètement le fonctionnement du membre.

3. Rhumatisme blennorrhagique, polyarticulaire, aigu. — Cette forme se rapproche beaucoup du rhumatisme articulaire aigu. En très peu de temps, plusieurs articulations présentent une tuméfaction souvent considérable, douloureuse; la fièvre s'installe avec des rémissions. Il y est cependant quelques signes qui autorisent la distinction d'avec le rhumatisme ordinaire. *Le nombre des articulations entreprises dans le rhumatisme blennorrhagique n'est jamais aussi grand que dans le rhumatisme simple*. Il n'y en a généralement pas plus de deux, généralement du même nom, tout au plus trois ou quatre qui sont atteintes. *La fièvre n'atteint pas non plus dans le rhumatisme blennorrhagique le degré qu'on observe dans le rhumatisme ordinaire*. Dans celui-ci, les articulations s'entreprennent souvent ensemble; dans le rhumatisme blennorrhagique, il existe ordinairement de petites pauses entre les accès rhumatismaux mono-articulaires. Une articulation souffre d'abord, puis, au moment où l'inflammation rétrocede dans celle-ci, un nouvel article gonfle; cela se répète deux ou trois fois. *Il est rare que deux ou plusieurs articulations s'entreprennent à la fois d'une façon aiguë*.

Un caractère propre à l'inflammation blennorrhagique est encore de faire facilement des rechutes dès qu'une influence pèse défavorablement sur l'urèthrite. *Enfin, une dernière pierre de touche est fournie par le traitement*.

La quinine, le salicylate de soude, qui modifient si promptement le