

rhumatisme ordinaire, n'ont pas sur le rhumatisme blennorrhagique le même effet.

4. Rhumatisme blennorrhagique, polyarticulaire, subaigu. — C'est, après l'arthrite aiguë, la forme la plus fréquente. Le tableau symptomatique rappelle celui de la forme précédente si ce n'est que la température ne s'élève pas au delà de 38°,5 et que les phénomènes subjectifs sont très peu marqués, en opposition avec le gonflement, souvent considérable.

5. Rhumatisme blennorrhagique, polyarticulaire, chronique. — Il s'établit d'emblée comme tel ou succède aux formes subaiguës. Il ne diffère de l'hydarthrose simple que par la localisation dans plusieurs articulations.

6. Rhumatisme blennorrhagique périarticulaire. — Cette affection s'annonce dans les deux sexes par un stade prodromique : abattement général, élancements dans les membres. Puis, subitement, survient le gonflement de la jointure.

Cette tuméfaction n'est pas due à un épanchement intra-articulaire, mais à une forte infiltration des tissus périarticulaires, à un œdème dur de la peau. L'articulation gonfle, s'épaissit, se déforme de la même manière à peu près que dans la goutte. Les douleurs sont modérées; il y a un peu de fièvre au début, mais elle ne dure guère. En général la mobilité n'est pas entravée, mais elle peut devenir anormale. La guérison est la règle, bien que l'on observe parfois, à la suite de cette affection, le développement d'une ankylose. HUGUENARD (1880), ROUSTAN (1880), DUPLAY et BRUN (1881) ont, les premiers, attiré l'attention sur ces accidents.

7. Tendo-vaginite blennorrhagique. — Affection rare, étudiée surtout par MAYMOU (1875) et depuis, par FELEKI (1890) qui en a publié quelques cas. J'ai moi-même observé deux fois la vaginite du fléchisseur du pouce. Cette complication peut apparaître à toutes les périodes de la maladie urétrale; elle semble cependant se développer au cours des blennorrhagies avancées ou anciennes, et, en tout cas, après la troisième semaine. Le mal débute par des frissons, et une fièvre modérée; puis, apparaissent des douleurs légères, d'une durée d'une heure ou deux, qui se localisent dans l'une ou l'autre articulation ou sur le trajet d'un tendon; ces douleurs vont et viennent; elles

finissent par se localiser dans l'une ou l'autre gaine tendineuse; celle-ci devient le siège d'une tuméfaction pâteuse, douloureuse, qui s'étend plus ou moins loin. La peau, à ce niveau, prend une teinte rose ou rouge, à la longue elle s'œdématie et devient douloureuse. Au début de la phase aiguë les douleurs sont aiguës, violentes et spontanées; elles s'exaspèrent par la pression et les mouvements.

Plus tard, les douleurs spontanées s'apaisent, mais celles que provoquent les mouvements ne disparaissent que petit à petit en même temps que diminue le gonflement lui-même.

L'inflammation entreprend aussi bien un système de tendons qui possèdent des gaines communes, que des tendons séparés. Ce sont les tendons de l'extenseur commun des doigts, du fléchisseur du pouce, du fléchisseur dorsal des orteils qui sont le plus souvent atteints. Après une période aiguë de quelques jours, les phénomènes inflammatoires s'apaisent. Toutefois, l'exsudat n'est, en général, complètement résorbé qu'au bout de quelques semaines. Quand le canal de l'urèthre se réinfecte à nouveau ou quand la blennorrhagie fait une nouvelle poussée, on voit de même se rétablir ou s'aggraver la tendosynovite. Celle-ci se combine d'ailleurs très souvent aux différentes formes d'arthrites que nous avons passées en revue.

8. — A côté des complications précédentes, signalons enfin une série de *phénomènes nerveux spinaux* qui s'ajoutent souvent au rhumatisme blennorrhagique mais qui peuvent aussi succéder directement à la blennorrhagie sans rhumatisme, ainsi que j'ai pu l'observer plusieurs fois. GUTHERZ (1852) a publié notamment un cas de névralgie rebelle du nerf honteux interne qui ne guérit pas avant que la blennorrhagie fût elle-même complètement éteinte. FOURNIER (1868) a vu chez des sujets atteints de blennorrhagie, avec et sans arthrite ou synovite, s'établir une névralgie sciatique très tenace qui se reproduisit lors d'une nouvelle infection. SCARENZIO (1868) a de même observé deux cas de rhumatisme blennorrhagique rebelle compliqué de névralgie sciatique. COUTAGNE (1870) a vu deux fois survenir des névralgies crurale et inguino-scrotale à la suite d'arthrite blennorrhagique; deux fois, GALLIARD (1878) a constaté une névralgie sciatique double, chez des malades atteints d'épididymite. URDY a fait remarquer que le rhumatisme peut se compliquer d'atrophie musculaire, spécialement d'atrophie des muscles extenseurs des grandes articulations. C'est là un fait confirmé depuis par FOURNIER (1888), HAYEM et PARMENTIER (1888), CHARRIER et FÉVRIER (1888), DERCEM (1888), MYRTLE

(1889), STRUMPELL (1890), JAROSCHEWSKI (1890), RAYMOND (1890), SPIELMANN et HAUSHALTER (1891), POLOZOFF (1891).

Ces auteurs, et notamment FOURNIER, HAYEM et PARMENTIER, MYRTLE, STRUMPELL, ont vu à côté des phénomènes précédents d'autres accidents encore : douleurs en ceinture, douleurs ostéocopes, hyperesthésie de la peau, exagération des réflexes, sensibilité des apophyses épineuses, symptômes qui ont autorisé ces auteurs à parler dans ces cas : « *d'affections médullaires* ».

Anatomie pathologique.

Les autopsies relatives à des cas de rhumatisme blennorrhagique ne sont pas précisément rares; mais, comme elles se rapportent à des formes très graves, rapidement funestes, elles ne fournissent aucune donnée anatomo-pathologique sur les formes bénignes, les plus habituelles.

Ainsi, FOURNIER (1869) a publié un cas d'arthrite suppurée aiguë du coude dans lequel il a trouvé l'articulation complètement remplie de pus; le cartilage était érodé en maints endroits et faisait même complètement défaut au niveau des surfaces articulaires du cubitus. HASLUND (1880) a de même relaté quatre cas d'arthrite purulente dont l'un avait nécessité l'amputation du membre. Ici l'on put constater que l'articulation du genou était remplie d'un pus fétide, sanieux, les cartilages étaient détruits, les extrémités articulaires rongées en quelque sorte; le périoste du fémur était décollé sur une grande étendue, l'os était rugueux.

WYSZÉMIRSKY (1885) trouva chez un jeune soldat de vingt-cinq ans, ayant succombé à la pyémie après un rhumatisme blennorrhagique suppuré, du pus dans les deux articulations du coude et dans l'articulation de l'épaule gauche; dans ce pus il a pu découvrir des gonocoques. POLLARD (1885) présenta, à la société des médecins de Londres, les pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'une jeune fille de dix-neuf ans, qui souffrait depuis trente-six jours d'une vaginite et qui avait eu de la fièvre, des douleurs dans le genou, de la raideur de l'articulation coxo-fémorale. La malade avait succombé à une embolie pulmonaire. A la section on découvrit une thrombose de la veine iliaque interne et des veines vaginales. Dans les articulations du genou et de la hanche il y avait du pus, le cartilage était détruit en partie.

Dans les cas plus bénins, les ponctions et les incisions d'articulations

enflammées ont fourni quelques données sur le liquide qui s'y était collecté : VOLKMANN (1861) a ponctionné une arthrite blennorrhagique du genou et en a retiré quatre onces d'un liquide très visqueux, louche, verdâtre dont le sédiment renfermait des cellules de pus dont le plus grand nombre en voie de dégénérescence graisseuse. Il n'y avait pas dans ce dépôt de cellules épithéliales.

Dans les deux cas où il pratiqua la ponction, LABOULBÈNE (1872) retira du genou un liquide séreux assez foncé, alcalin, louche, purulent qui ne renfermait pas de mucine, mais des globules de pus et de la fibrine. HASLUND (1880) a pu extraire dans des conditions analogues 100 grammes d'un liquide séro-purulent.

C'est aussi à l'aide des ponctions qu'on se rendit compte de la présence des gonocoques dans les exsudats intra-articulaires. PETRONE (1883) fit le premier cette constatation. KAMMERER (1883) a trouvé, lui aussi, ces microorganismes en grand nombre dans l'un des deux cas qu'il avait examinés à ce point de vue. Nous avons relaté plus haut les observations de WYSZÉMIRSKI (1885). HORTELOUP (1885) a trouvé le micrococcus gonorrhœ dans le pus d'une arthrite sterno-claviculaire. HALL (1886) les a vus à l'intérieur des cellules épithéliales et purulentes (aussi bien qu'en dehors de ces éléments) dans le liquide ponctionné d'une arthrite du genou. SMIRNOFF (1886) a trouvé les gonocoques en groupe à l'intérieur des cellules purulentes d'un exsudat intra-articulaire du genou. Nous avons parlé des quatre examens de HARTLEY, positifs à cet égard; AUBERT (1887), BORNEMANN (1887), PARK (1888), WELANDER (1888) n'ont, par contre, jamais vu le microbe de la chaudepisse dans le pus de l'arthrite du genou.

Plus récemment, DEUTSCHMANN (1890) dans un cas d'arthrite que nous avons relaté, a trouvé des gonocoques bien nets (situation intracellulaire, décoloration par la méthode de Gram, essais de culture négatifs sur les milieux nutritifs ordinaires). LINDEMANN (1892) a pu cultiver les gonocoques qu'il avait découverts dans ces conditions. STERN (1892) a également retrouvé ces microorganismes dans un épanchement articulaire.

La démonstration des gonocoques d'une part, la gravité de certains cas de l'autre (notamment ceux de HASLUND, WYSZÉMIRSKI, POLLARD qui semblent rentrer dans le cadre de la pyémie), nous confirme dans l'opinion émise plus haut, opinion suivant laquelle le rhumatisme blennorrhagique serait, tantôt une véritable affection gonorrhéique, tantôt le résultat d'une infection mixte entraînant des accidents pyémiques.

En ce qui concerne les autres manifestations rhumatismales, nous possédons le protocole d'une autopsie relative à un cas de tendo-synovite (POLLOSON, 1888). Les gaines tendineuses renfermaient un liquide muco-purulent. Dans les parois de la gaine aussi bien que sur le tendon lui-même il y avait des granulations fongueuses. Malheureusement on ne fit pas dans ce cas la recherche des gonocoques.

Diagnostic. — Pronostic.

La diagnose se tire des symptômes exposés.

Un élément important est le fait bien établi que *le rhumatisme blennorrhagique, quand il s'est une fois présenté, tend à se reproduire à chaque atteinte d'urétrite.*

Nous n'hésiterons donc pas à poser le diagnostic, quand un malade viendra nous dire que dans une ou plusieurs chaudepisses antérieures il a déjà souffert de rhumatisme.

Nous sommes plus embarrassés quand il s'agit d'une première urétrite ou quand le rhumatisme complique pour la première fois la blennorrhagie. Il est possible, en effet, dans ces conditions, qu'un rhumatisme ordinaire ne fasse que coïncider avec la blennorrhagie. On a recours alors aux points de repère suivants, pour asseoir le diagnostic : 1) *Le petit nombre des articulations entreprises.* Le rhumatisme blennorrhagique est souvent mono-articulaire ou il n'intéresse que deux ou trois articles, rarement davantage. Le rhumatisme ordinaire est au contraire généralement polyarticulaire. Quand, dans le blennorrhagisme, plusieurs articulations sont atteintes, elles ne sont pas atteintes à la fois avec la même intensité. 2) *A l'inverse du rhumatisme ordinaire, dans le rhumatisme blennorrhagique, les phénomènes aigus sont modérés et de durée relativement courte.* La fièvre, les douleurs s'apaisent bientôt, ce qui contraste singulièrement avec la persistance des signes objectifs du côté de l'articulation malade. 3) *Les rechutes et les aggravations de l'urétrite retentissent sur les manifestations rhumatismales.* 4) *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.

Le pronostic du rhumatisme blennorrhagique doit toujours être posé avec une certaine réserve. Nous savons que la complication

peut conduire à la pyo-artrose et que, dans les cas où elle évolue d'une façon bénigne, la guérison complète n'est pas toujours obtenue; l'hydarthrose chronique se développe facilement. Il faut avoir présente à l'esprit l'éventualité de toutes ces lésions chroniques qui, pour n'être que peu incommodantes au début, n'en exposent pas moins, plus tard, les malades aux rechutes.

Traitement.

Il est jusqu'ici des plus ingrats. Nous ne possédons contre le mal aucun spécifique, et sommes donc réduits à la thérapeutique symptomatique : prescrire l'hygiène et la diète et faire éviter scrupuleusement toutes les influences qui peuvent peser défavorablement sur l'urétrite et par conséquent sur la complication articulaire. Il ne faut recourir aux remèdes antiblennorrhagiques énergiques qu'avec beaucoup de prudence. On attendra, en tout cas, que les exacerbations aiguës de cette urétrite se soient apaisées avant d'entreprendre la cure locale.

A la période aiguë, il faut songer aux moyens antiphlogistiques; on n'emploiera les résorbants, les compresses humides, les bains soufrés, les préparations d'iode que plus tard, quand les symptômes inflammatoires auront disparu, à moins que l'arthropathie affecte dès le début une allure chronique.

TAYLOR (1887) conseille l'usage de l'huile de Gaulthérie, 10 à 20 gouttes, trois à quatre fois par jour, dans des capsules gélatineuses.

RUBINSTEIN (1890) préconise l'iodure de potassium, 3 à 4 grammes par jour. RIFAT (1890) la phénacétine (on commence par 3 grammes puis l'on augmente jusqu'à 6 grammes par jour), MOREL-LAVALLÉE (1891) l'iodure mercurique 0,1 gramme par jour.