

II. — DE L'ENDOCARDITE BLENNORRHAGIQUE

Le fait que la blennorrhagie pouvait se compliquer d'affections cardiaques a été reconnu au siècle dernier. Et si, à une époque plus rapprochée de nous, on connaissait bien le rhumatisme blennorrhagique, du moins beaucoup d'auteurs, TROUSSEAU (1854) entre autres, déclaraient-ils que le rhumatisme ne se compliquait jamais d'affection du cœur. BRANDES (1854) rapporte, le premier, deux cas de rhumatisme, l'un de sa propre pratique, l'autre de la pratique de LEHMANN, où il s'était respectivement produit de l'endocardite et de la péricardite. HERVIEUX (1858) et SIGMUND (1858), MEURIOT (1868), LACASAGNE (1872), DESNOS et LEMAITRE (1874) ont fait des observations analogues. MARTY (1879), BESNIER (1876), DESNOS (1877) ont traité longuement de l'endocardite blennorrhagique. Le dernier relata un cas où, la terminaison fatale s'étant produite, l'autopsie avait pu être faite. MOREL a pu, déjà en 1878, réunir treize cas d'endocardite blennorrhagique. PFUHL (1878) a vu un cas de blennorrhagie où, en dépit de complications graves : cystite, conjonctivite, rhumatisme polyarticulaire, endocardite, péricardite, le malade finit par guérir. D'autres exemples ont été fournis par BAUDIN (1879) (endocardite, sans rhumatisme), CIANCIOSI (1880), SCHEDLER (1880).

Dans la thèse de DELPRAT (1882), on trouve l'histoire de quinze malades de cette catégorie.

Enfin, DRAPER (1882), FLEURY (1882), MOREL (1883), DERIGNAC et MOUSSOU (1884), RAILTON (1885), VAN DER VELDEN (1887), ELY (1889), GLUZINSKI (1889) et HIS (1892) ont apporté à la statistique le tribut de leurs observations. Le nombre des cas connus est aujourd'hui d'une quarantaine.

L'endocardite blennorrhagique est, nous le voyons, une affection rare, qui tantôt complique le rhumatisme, tantôt, mais plus rarement, apparaît d'emblée au cours d'une urétrite simple. Cette proposition vient contredire l'opinion ancienne suivant laquelle le rhumatisme blennorrhagique ne serait jamais suivi d'une endocardite. Il est plus fréquent, en effet, de pouvoir observer simultanément le

rhumatisme et l'endocardite, que l'endocardite seule. Parmi les treize cas rassemblés par MOREL (1878), il en est onze où l'affection cardiaque compliquait un rhumatisme blennorrhagique et deux seulement où l'endocardite s'était ajoutée directement à la blennorrhagie. C'est presque toujours chez l'homme qu'on a vu s'établir l'endocardite blennorrhagique; SIGMUND (1858) est le seul observateur qui ait vu l'affection se développer chez la femme.

L'étiologie de l'endocardite était jusqu'ici très obscure. Un cas rapporté par WEICHSELBAUM (1887) est venu jeter un jour nouveau sur la question : un malade, porteur d'une tumeur récente de la rate et d'une blennorrhagie à gonocoques datant de trois semaines, avait succombé à une endocardite. A l'autopsie, on trouva au niveau de la valvule aortique médiane une grande perte de substance intéressant également les valvules aortiques voisines, la valvule mitrale et la valvule tricuspide à travers la paroi aortique; au niveau de cette ulcération il y avait d'abondantes végétations molles, grises ou gris rougeâtre. La valvule gauche de l'orifice aortique était épaissie à son bord libre. Dans ces végétations, on put découvrir à l'examen microscopique des *staphylocoques pyogènes démontrés par la culture*. *L'endocardite était donc le résultat d'une infection mixte; la blennorrhagie devait être considérée comme la circonstance occasionnelle qui avait ouvert la voie aux microbes de la suppuration.* Dans les cas d'endocardite et de rhumatisme simultanés, les microcoques du pus introduits tardivement et accidentellement dans l'économie affectent une double localisation. Dans les cas d'endocardite seule, cette localisation est simple, une.

Le cas de ELY (1889) se rapproche beaucoup de celui de WEICHSELBAUM. Il s'agissait d'un malade qui mourut après avoir présenté une fièvre intense, des symptômes cérébraux, de l'hémiplégie à gauche et qui était porteur d'une urétrite à gonocoques. A l'autopsie, on découvrit de l'hypérémie cérébrale, une péricardite ancienne avec adhérence, des végétations marginales récentes de la valvule mitrale; la rate était augmentée de volume et parsemée de petits infarctus; dans le rein, il existait de nombreux foyers emboliques. Dans les excroissances mitrales, dans les infarctus du rein, de la rate, on a pu voir de nombreux microcoques du pus. A côté de ces cas, on peut citer encore celui de MARTIN, moins net au point de vue bactériologique. Il se rapporte à un malade atteint d'urétrite et chez lequel il s'était produit des arthrites multiples, de la parotidite, de la pleuro-pneumonie à droite, de l'hématurie, de la kératite et de l'hipopyon de la chambre

antérieure de l'œil, finalement de l'endo et de la péricardite. La mort était survenue après une fièvre intense. A l'autopsie on constata des foyers métastatiques dans les poumons, dans le myocarde, le foie, la rate. Il existait en outre de la pleurésie, de la péricardite et de l'endocardite. Dans tous les foyers malades, MARTIN a vu de nombreux coques qu'il a pris pour des gonocoques. Enfin, il y avait de la synovite du genou. Comme, dans ce cas, il y avait eu abcès de la prostate, on peut considérer tous les accidents dont il vient d'être question comme résultant de la pyémie. On y est encore autorisé par la marche de la maladie. Ajoutons encore que dans un cas où la mort était survenue au milieu de symptômes septicémiques, HIS (1892) dit avoir trouvé des gonocoques dans les végétations ulcérées d'une endocardite.

Nous voyons donc que si l'endocardite complique parfois la blennorrhagie (à titre d'affection isolée et bénigne), elle peut aussi faire partie intégrante du tableau morbide de la pyémie. Il est certain que, dans le dernier cas, elle dépend d'une infection mixte. Celle-ci peut-elle toujours être incriminée dans les cas moins graves? On l'ignore jusqu'ici.

LEYDEN (1881) a relaté, lui aussi, un cas de péri- et d'endocardite rentrant vraisemblablement dans le cadre de la pyémie. Il s'agissait d'un malade dont l'urétrite s'était compliquée d'une épидidymite, d'un rhumatisme périarticulaire et qui était mort après avoir présenté des frissons, une fièvre intense, intermittente, de l'œdème pulmonaire. A la section, on trouva de la péricardite, de l'endocardite des orifices aortiques; la rate était volumineuse, hyperémée, parsemée d'infarctus; le foie et les reins étaient très hypertrophiés, la corticale de ces organes était trouble.

Les *symptômes* ne diffèrent en rien de ceux que l'on observe dans l'endocardite ordinaire ou dans l'endocardite qui succède au rhumatisme articulaire.

Le début est brusque, accompagné de fièvre, de frissons, des phénomènes graves, ou bien il est lent et s'annonce par une courbe thermique modérée et quelques symptômes gastriques. Dans les premiers cas, la température monte jusqu'à 40 et même 41° C. C'est là aussi que l'on observe de l'abattement, une grande fatigue, des frissons.

Le malade présente de l'angoisse, de l'oppression, de la dyspnée; les contractions du cœur deviennent tumultueuses et irrégulières. L'auscultation révèle ces troubles fonctionnels. Après quelques jours

survient une rémission qui persiste ou qui bientôt est suivie d'une exacerbation nouvelle. Dans le premier accès ou dans la suite, une embolie peut amener rapidement une terminaison fatale. Ou bien, profitant d'une rémission, l'affection évolue vers la chronicité. Il se développe alors une *insuffisance du cœur* avec toutes ses conséquences. La valvule mitrale est plus souvent que l'orifice aortique le siège des altérations.

A côté de l'endocardite, on peut voir s'établir la *péricardite*; celle-ci se montre rarement isolément. L'inflammation envahit parfois le myocarde et donne lieu à une *myocardite aiguë* qui peut, elle aussi, amener rapidement la mort.

L'*anatomie pathologique* nous est connue par les autopsies de WEICHELBAUM, ÉLY, MARTIN, LEYDEN, HIS, auxquelles il convient d'ajouter celles de MEURIOT (1868) (insuffisance mitrale et tricuspide), de DESNOS (1876) (insuffisance des valvules mitrale et aortiques), de FLEURY (destruction étendue de deux valvules aortiques).

Le *pronostic* des endocardites aiguës est toujours douteux.

Le *traitement* est celui de l'endocardite ordinaire.

III. — DES EXANTHÈMES BLENNORRHAGIQUES

SELLE (1781) avait déjà dit que « le pus blennorrhagique pouvait se résorber et provoquer des éruptions de la peau ». Ces paroles furent oubliées, et l'on rapporta, dans la suite, les exanthèmes survenant au cours de la blennorrhagie, à l'administration si fréquente du baume de copahu. PIDOUX (1866) attira de nouveau l'attention sur les complications cutanées de la blennorrhagie.

J'ai publié (1880) trois cas de purpura rhumatismal survenu chez des sujets atteints d'urétrite blennorrhagique compliquée de cystite et de pleurésie. Dans ces trois cas, quand l'urétrite ou la cystite subissait une exacerbation, on observait aussi une poussée du côté d'une articulation et du côté de la peau. Depuis, BALLET et LANDOUZY (1882), MESNET (1883), ANDRET (1884), BALZER (1884), PÉTRONE (1884), BALLET (1885), FEULARD (1883), KLIPPEL (1885), JULLIEN (1886), PHILIPPS (1889), PERRIN (1890), FLESCH (1890), RAYNAND (1891), ont relaté des cas analogues. Dans tous, il s'agissait d'exanthèmes appartenant au groupe des *angio-névroses* : érythème polymorphe, noueux ; urticaire, purpura. Ces manifestations cutanées ne coexistaient pas toujours avec le rhumatisme. Les symptômes et la marche en sont décrits dans les traités de dermatologie. Nous y renvoyons le lecteur.

Récemment LANG (1892) a décrit un cas qui n'a pas d'exemple dans la littérature et dont nous croyons pouvoir parler dans ce chapitre. Il s'agissait d'une dermatite suppurée circonscrite du dos de la main survenue chez un malade atteint d'uréthro-cystite. Dans le pus, l'auteur a retrouvé des gonocoques démontrés par la culture.

IV. — DES OPHTALMIES BLENNORRHAGIQUES

Abstraction faite des affections oculaires primitives qui reconnaissent comme cause le transport du pus blennorrhagique à l'œil, on peut aussi voir se développer des ophtalmies blennorrhagiques secondaires, coexistant ou non avec des accidents rhumatismaux. Le propre de ces ophtalmies secondaires est de se reproduire à chaque infection blennorrhagique nouvelle.

Dans les *Annales de l'Hôpital Saint-Barthélemy, à Londres*, on trouve la relation de quelques cas de conjonctivite et d'iritis blennorrhagiques avec accidents rhumatismaux concomitants.

GUÉNAU DE MUSSY (1866) rapporte l'histoire d'un jeune homme qui présenta, à deux reprises, du rhumatisme, de la conjonctivite, de l'irido-choroïdite, de la kératite. GALEZOWSKI (1867) parle en détails du traitement et de la symptomatologie de « l'iritis rhumatismale blennorrhagique ». KÖNIGER (1873) cite le cas d'un jeune homme qui, à sa première chaudepisse prit un rhumatisme ; à sa seconde, un rhumatisme et une iritis ; à sa troisième, une irido-choroïdite. PANAS (1875) décrit la « kératite ponctuée », forme dans laquelle il se produit des précipitations à la face postérieure de la cornée. Ce serait là une complication fréquente de la blennorrhagie. Les observations intéressantes de SCHENKL (1877), HALTENHOF (1880), MENGIN (1880), KIPP (1880), COLSMAN (1882), SEELY (1883), ont encore enrichi la statistique à cet égard.

L'iritis blennorrhagique est une maladie assez rare. Le plus souvent elle coïncide avec des manifestations rhumatismales.

Parmi les 21 cas réunis par JULLIEN (1886), 3 seulement existaient concurremment avec un rhumatisme monoarticulaire, 13 compliquaient des formes polyarticulaires. La symptomatologie est tout à fait analogue à celle de « l'iritis rhumatismale » : modifications de couleur, motilité altérée, pupille rétrécie, parfois irrégulière ; dans les cas rares, synéchies postérieures. On observe de la photophobie, de l'injection ciliaire. La cornée a un aspect enfumé, nuageux ; à l'éclairage oblique et à l'aide du miroir, on voit que ce trouble est formé d'une

quantité de petites taches blanches, louches. C'est sur la moitié inférieure de la cornée, sous forme d'un triangle à sommet supérieur, que se concentrent ces taches.

Le traitement ne diffère pas de celui de l'iritis rhumatismale ordinaire.

V. — ADÉNITE BLENNORRHAGIQUE

Nous avons dit que la lymphangite du pénis survenait parfois au cours de l'urétrite aiguë, chez l'homme. Chez la femme, bien que plus rarement, on peut observer l'inflammation des vaisseaux lymphatiques qui, du clitoris et des petites lèvres, se rendent dans l'aîne. Ces vaisseaux forment alors des cordons gonflés, douloureux, au-dessus desquels la peau est devenue rouge. Dans quelques cas, l'inflammation se propage aux ganglions lymphatiques. Une de ces glandes, ordinairement celle qui se trouve la plus rapprochée de la vulve, se tuméfie jusqu'à atteindre le volume d'une noix et devient douloureuse. Cette nodosité montre peu de tendance à la suppuration. On a cependant observé cette terminaison et BOCKHART (1887) a même pu retrouver dans le pus qui provenait d'une semblable adénite, des streptocoques pyogènes. Il est donc vraisemblable qu'il s'agit en l'espèce d'une infection mixte.

D'autres fois, chez les sujets cachectiques, scrofuleux ou tuberculeux, on voit se développer des tumeurs ganglionnaires multiples qui, sans qu'elles soient le siège de phénomènes inflammatoires ou douloureux, conduisent à la formation de paquets ganglionnaires énormes. Ceux-ci restent longtemps stationnaires, puis ils se résorbent ou se mettent à suppurer. Dans ce cas il persiste souvent, à leur niveau, des trajets fistuleux.

Enfin, il n'est pas rare d'observer, au début d'une urétrite très aiguë, une tuméfaction douloureuse de tous les ganglions inguinaux. Ces phénomènes disparaissent en même temps que prend fin la période aiguë.

Le traitement est celui des bubons aigus ou chroniques.

TABEAU SYNOPTIQUE DES SYMPTÔMES (URÉTHRITES, URÉTHRO-CYSTITE, CYSTITES AIGÜES)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LES :	URÉTHRITE ANTÉRIEURE AIGÜE	URÉTHRITE POSTÉRIEURE AIGÜE	URÉTHRO-CYSTITE POSTÉRIEURE AIGÜE	CYSTITE AIGÜE NON BLENNORRHOÏQUE	PHOSPHATURIE	BACTÉRIURIE
Sécrétion apparente au méat urinaire.	Abondante.	Ordinairement peu abondante et contraste souvent avec le trouble parfois considérable des urines.	Ordinairement peu abondante et contraste souvent avec le trouble des urines.	Nulle.	Nulle.	Nulle.
Épreuve des 2 verres.	1 ^{re} . Port. trouble. 2 ^e . Port. toujours claire.	1 ^{re} . Portion très trouble. 2 ^e . Portion trouble ou tantôt trouble, tantôt claire. Le trouble est toujours plus faible que dans 1 ^{re} portion.	1 ^{re} et 2 ^e . Portions presque toujours égales. troubles.	1 ^{re} . Portion trouble. 2 ^e . Portion toujours trouble que la première.	Les 2 portions sont également troubles.	Les 2 portions sont égales, troubles.
Épreuve des 3 verres.	1 ^{re} et 2 ^e . Portions toujours claires.	1 ^{re} . Portion trouble. 2 ^e et 3 ^e . Portions ou tantôt trouble, tantôt claire. En tout cas plus claire que 1 ^{re} portion.	1 ^{re} . Portion trouble. 2 ^e . Portion toujours trouble. 3 ^e . Portion très trouble et généralement plus trouble que 1 ^{re} portion.	1 ^{re} et 2 ^e . Portions également troubles. 3 ^e . Portion plus trouble que les 1 ^{re} et 2 ^e portions.	Les 3 portions sont également troubles.	Les 3 portions sont égales, troubles.
Épreuve des 2 verres après irrigation de l'urètre antérieur.	Les 2 portions sont claires.	1 ^{re} . Portion trouble. 2 ^e . Portion trouble ou bien tantôt trouble, tantôt claire. Quand il y a trouble il est plus faible que dans 1 ^{re} portion.	1 ^{re} . Portion trouble. 2 ^e . Généralement plus trouble que la première.	1 ^{re} . Portion trouble. 2 ^e . Portion plus trouble que la première.	Les 2 portions sont troubles.	Les 2 portions sont troubles.
Réaction des urines.	Acide.	Acide.	Acide.	Acide ou alcaline.	Faiblement acide ou alcaline.	Très acide.
Examen microscopique.	La sécrétion et le sédiment de la 1 ^{re} portion contiennent des cellules de pus qui renferment des gonocoques.	La sécrétion et le sédiment urinaire des 2 portions contiennent des cellules de pus qui renferment des gonocoques.	Dans la sécrétion : cellules de pus contenant des gonocoques. Mêmes éléments dans le sédiment urinaire plus de nombre, cellules de l'épithélium vésical.	Dans le sédiment des 2 portions d'urine : corps de pus, cell. épithél. vésicaux, pas de gonocoques, nombreux microbes.	Granulations amorphes ou cristaux de phosphate ou de carbonate de chaux.	Nombreux microbes, peu d'éléments cellulaires.
Par l'addition d'acide acétique.	Le trouble persiste ou augmente même un peu.	Le trouble persiste ou augmente même un peu.	Le trouble persiste ou augmente même un peu.	Le trouble persiste ou augmente même un peu.	L'urine s'éclaircit.	Le trouble persiste.
Autres phénomènes caractéristiques.		Besoins d'uriner fréquents et impérieux. Les dernières gouttes d'urine sont souvent mélangées de sang.	Besoins d'uriner exagérés. Hématurie (provenant de l'urètre prostatique).	Quand l'urine est alcaline, elle charrie un pus sauteux, fétide.	Symptômes très variables : la phosphaturie ne se présente qu'une fois ou deux par jour. Autrement les urines sont normales.	

Il ne faut pas oublier que toutes ces affections peuvent s'accompagner de phosphaturie et que l'addition d'acide acétique produirait, dans ces cas, un éclaircissement partiel des urines.

TABEAU SYNOPTIQUE DES SYMPTÔMES (URÉTHRITES CHRONIQUES)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LES :	URÉTHRITE CHRONIQUE ANTÉRIEURE		URÉTHRITE CHRONIQUE POSTÉRIEURE	
	SUPERFICIELLE	PROFONDE	SUPERFICIELLE	PROFONDE
Sécrétion apparente au méat urinaire.	1 ^o). Dans les cas récents : Sécrétion muco-purulente continue ou le matin seulement. 2 ^o). Dans les cas anciens : Agglutination des lèvres du méat, continue ou le matin seulement. Parfois le méat est complètement sec, et l'on ne peut, par expression de la verge, obtenir aucune goutte uréthrale.	1 ^o). Dans les cas récents : Sécrétion muco-purulente continue ou le matin seulement. 2 ^o). Dans les cas anciens : Agglutination des lèvres du méat, continue ou le matin seulement. Parfois le méat est complètement sec, et l'on ne peut, par expression de la verge, obtenir aucune goutte uréthrale.	Nulle. <i>N. B.</i> — La présence d'une goutte dénote l'existence concomitante de l'urétrite antérieure, mais ne permet pas d'exclure l'urétrite postérieure.	Nulle. <i>N. B.</i> — La présence d'une goutte dénote l'existence concomitante de l'urétrite antérieure, mais ne permet pas d'exclure l'urétrite postérieure.
Épreuve des deux verres.	La 1 ^{re} portion est trouble ou bien elle est claire et contient des filaments.	La 1 ^{re} portion est trouble ou bien elle est claire et contient des filaments.	1 ^o). Dans les cas récents : 1 ^{re} . Portion légèrement trouble, muqueuse, avec filaments, Fürbringer. 2 ^o). Dans les cas anciens : 1 ^{re} . Portion claire avec filaments. 2 ^{re} . Portion claire avec ou sans les virgules de Fürbringer.	1 ^o). Dans les cas récents : 1 ^{re} . Portion légèrement trouble, muqueuse, avec filaments, Fürbringer. 2 ^o). Dans les cas anciens : 1 ^{re} . Portion claire avec ou sans les virgules de Fürbringer.
Épreuve des deux verres après irrigation de l'urètre antérieur.	Les deux portions sont claires.	Les deux portions sont claires.	1 ^o). Dans les cas récents : 1 ^{re} . Portion légèrement trouble, muqueuse, avec filaments, Fürbringer. 2 ^o). Dans les cas anciens : 1 ^{re} . Portion claire avec ou sans les virgules de Fürbringer.	1 ^o). Dans les cas récents : 1 ^{re} . Portion légèrement trouble, muqueuse, avec filaments, Fürbringer. 2 ^o). Dans les cas anciens : 1 ^{re} . Portion claire avec ou sans les virgules de Fürbringer.
Examen uréthrométrique.	Diminution de la dilatabilité uréthrale.	Diminution de la dilatabilité uréthrale en un ou plusieurs points du canal.		
Autres symptômes caractéristiques.	Aucun.	Aucun.	Besoins d'uriner plus fréquents et plus impérieux. Prostatorrhée.	Besoins d'uriner plus fréquents et plus impérieux. Prostatorrhée. Spermatorrhée des microns ou des déjections. Phénomènes d'excitation ou de paralysie sexuelles. Exaltation des appétits sexuels. Pollution fréquente. Ejaculation précipitée. Douleurs pendant les éjaculations; faiblesse des érections; impotence; neurasthénie.