

s'ouvre spontanément dans le vestibule ou entre les deux lèvres, plus rarement au périnée.

Les bords de l'ouverture sont souvent amincis sur une grande étendue, décollés, gangreneux, ils se nécrosent alors et occasionnent de grandes pertes de substance, mais qui guérissent, en général, rapidement, en laissant une cicatrice en forme de bourrelet. De larges portions des grandes et petites lèvres peuvent ainsi être détruites; les petites lèvres en particulier subissent souvent des déformations extraordinaires. L'induration est une terminaison plus rare que la suppuration.

TRAITEMENT. — Tant qu'on ne constate pas de suppuration, il faut se borner au traitement antiphlogistique; s'il y a de la suppuration, il y a lieu d'intervenir chirurgicalement. Une large incision suivie de drainage, l'écartement des bords de la plaie avec précautions antiseptiques, telles sont les bases du traitement.

*b. Bartholinite chronique.* — Dans le cours d'une blennorrhagie subaiguë ou pendant l'exacerbation d'une blennorrhagie chronique, il n'est pas rare de voir la glande de Bartholin présenter dès le début le caractère d'une inflammation chronique. On sent alors la glande au-dessous de la petite lèvre sous forme d'une nodosité dure, non douloureuse; si on la comprime, il s'écoule par le canal excréteur un liquide muco-purulent contenant des gonocoques, pouvant, par conséquent, être contagieux. Le pourtour du conduit excréteur est rouge et exulcéré. Souvent la glande et sa capsule sont relâchées, il se forme dans la glande ou dans son canal excréteur des dilatations kystiques qui retiennent la sécrétion morbide produite en abondance, jusqu'à ce qu'une pression extérieure l'évacue.

Si on examine la femme au moment où la glande et ses kystes sont remplis, l'issue du liquide muco-purulent du conduit excréteur indique qu'elle est atteinte d'une affection blennorrhagique contagieuse. Mais si le kyste est vide, l'examen au spéculum est souvent absolument négatif et la femme peut être déclarée saine. La bartholinite chronique a, par conséquent, une grande importance pour le médecin de police sanitaire. Quand l'heure de la visite des prostituées est indiquée à l'avance, elles peuvent très facilement, en pressant sur le kyste et par des lavages, supprimer les conditions qui trahiraient la blennorrhagie et les obligeraient à interrompre leur métier jusqu'à la guérison. Cette affection n'étant pas rare chez les filles publiques, on s'explique aussi que sur plusieurs hommes qui

fréquentent successivement la même femme, à peu d'intervalle, le premier et peut-être aussi le deuxième contractent une blennorrhagie, tandis que les suivants s'en tirent indemnes. Le premier et le deuxième ont vidé le kyste en introduisant le pénis, et se sont infectés, les suivants ont trouvé le kyste vide et pas de virus.

TRAITEMENT. — La bartholinite chronique est une maladie rebelle, qui ne peut se guérir radicalement que par la destruction de la glande. On incise le kyste plein avec le bistouri, on l'ouvre complètement et on cautérise la paroi interne avec la potasse caustique, le thermo-cautère de Paquelin, etc. On a aussi conseillé l'extirpation de la glande.

### C. — COMPLICATIONS DE LA BLENNORRHAGIE DANS LES DEUX SEXES

#### 1. Rhumatisme blennorrhagique.

Cette complication rare se rencontre plus fréquemment chez l'homme que chez la femme; elle consiste en une tuméfaction et une inflammation des articulations, avec fièvre; la marche de cette affection présente très souvent une grande analogie avec le rhumatisme articulaire aigu, mais le plus ordinairement, après le décours de la période aiguë, le rhumatisme blennorrhagique a de la tendance à passer à l'état subaigu et chronique. Il est, en général, limité aux grandes articulations; il devient alors plus fixe et n'a pas la même tendance à se déplacer.

Dans quelques cas on a trouvé des gonocoques dans la sécrétion séro-purulente provenant des cavités articulaires atteintes.

Le plus souvent la maladie commence subitement, rarement dès le début de l'urétrite, mais d'ordinaire quand celle-ci a atteint son plus fort développement, c'est-à-dire de la deuxième à la troisième semaine. On voit apparaître rapidement une tuméfaction souvent très considérable d'une articulation encore saine quelques heures auparavant; cet état s'accompagne de douleurs vives, d'une fièvre intense et continue. Les mouvements sont impossibles, l'exploration fait reconnaître un épanchement de liquide dans la cavité articulaire. Les grandes articulations du genou, du coude, de l'épaule sont les plus fréquemment atteintes. La maladie se localise, en général, dès le

début, dans deux ou trois de ces articulations et y reste fixée pendant toute sa durée, sans passer à d'autres articulations. Au bout de quelques jours les symptômes aigus s'apaisent, la fièvre et la douleur disparaissent, la sécrétion diminue dans l'articulation, mais elle persiste habituellement encore pendant des semaines avant la résorption complète. Durant ce temps les rechutes, qui évoluent de la même manière que la première attaque, ne sont pas rares et sont habituellement occasionnées surtout par une exacerbation de l'urétrite.

Des rechutes répétées de ce genre peuvent, bien que rarement, donner lieu à des altérations permanentes dans l'articulation; il se produit une hydarthrose chronique. Une terminaison encore plus rare est l'inflammation purulente de l'articulation, avec suppuration survenant à la période aiguë et qui, dans un petit nombre de cas, a même rendu l'amputation nécessaire. Les complications du côté de l'endocarde, du péricarde, de la plèvre sont extrêmement rares, elles ont été toutefois observées<sup>1</sup>. Les malades atteints de cette complication au cours d'une urétrite en sont habituellement affectés à chaque nouvelle infection.

On n'est pas autorisé à désigner sous le nom de rhumatisme blennorrhagique toute affection articulaire rhumatismale se produisant au cours d'une urétrite, mais on n'est pas en droit non plus d'en nier l'existence. Quand un rhumatisme se développe avec les symptômes ci-dessus décrits, dans le cours d'une urétrite, quand ce rhumatisme avec ses rémissions et ses exacerbations suit la marche de l'urétrite, quand il s'est manifesté peut-être deux ou trois fois comme complication de deux ou trois infections nouvelles, alors, mais alors seulement, on peut porter le diagnostic de rhumatisme blennorrhagique. Comment, par quelle voie, le rhumatisme se produit-il? Nous ne le savons pas. Toutefois, le fait qu'un premier cathétérisme, notamment chez des sujets jeunes, peut être suivi de douleurs articulaires, de tuméfaction d'une articulation, prouve qu'il y a une certaine connexité entre l'urèthre et les articulations.

*Traitement.* — Il est le même que celui du rhumatisme habituel. Pendant la période aiguë, il faut suspendre le traitement local de l'urétrite et avoir recours aux antiphlogistiques, à la quinine, à

(1) On a signalé également dans ces dernières années des lésions des centres nerveux consécutives à la blennorrhagie (accidents spinaux de la blennorrhagie, observés par MM. Hayem, Haushalter et Spillmann, Leyden).

A. D. — P. S.

l'acide salicylique. On traite l'état subaigu et chronique par des badiageonnages iodés, le massage, des bains chauds et sulfureux<sup>1</sup>.

Comme complications extrêmement rares de l'urétrite aiguë, on observe, surtout chez les femmes, certains exanthèmes.

## 2. Exanthèmes du groupe des angionévroses.

L'irritation de l'urèthre provoque aussi des érythèmes et du purpura qui participent aux exacerbations et aux rémissions de l'urétrite. Ces phénomènes sont en connexion avec l'urétrite, mais sans que cette dernière produise autre chose qu'une simple irritation périphérique dont l'angionévrose représente l'action réflexe<sup>2</sup>.

## 3. Blennorrhagie de la conjonctive.

Rédigé par le D<sup>r</sup> FR. DIMMER.

On peut distinguer deux variétés de la blennorrhagie de la conjonctive. Dans l'une, l'affection s'étend à toute la conjonctive et s'accompagne d'un gonflement considérable des paupières — ophtalmo-blennorrhagie; dans l'autre, la blépharo-blennorrhagie, les symptômes sont limités à la conjonctive palpébrale.

*Symptômes et marche.* — Pour les deux variétés il n'est pas possible de faire le diagnostic dans les premières heures ou même le premier jour. L'injection de la conjonctive palpébrale, le larmolement, peuvent tout aussi bien survenir dans un catarrhe. Mais le deuxième jour, parfois même au bout de quelques heures, les symptômes de l'ophtalmo-blennorrhagie sont beaucoup plus intenses. Les paupières sont tuméfiées, la conjonctive palpébrale est infiltrée, la conjonctive bulbaire est également très injectée et œdémateuse (chémosis). Dans le liquide lacrymal sécrété en abondance, il y a maintenant en suspension de nombreux flocons muqueux. Plus tard

(1) Les préparations salicylées qui calment si rapidement les douleurs du rhumatisme articulaire aigu, restent ici sans effet. C'est même là un critérium important pour le diagnostic différentiel. Les révulsifs et la glace, loco dolenti, donnent les meilleurs résultats.

A. D. — P. S.

(2) Dans bon nombre de cas le purpura relève dans la blennorrhagie d'un véritable état infectieux.

A. D. — P. S.

on voit les deux paupières très tuméfiées jusqu'au bord orbitaire, très rouges, avec la peau tendue et brillante. Le malade ne peut pas ouvrir l'œil; le médecin n'y arrive qu'avec peine. La conjonctive palpébrale ainsi que la conjonctive bulbaire sont rouge foncé, uniformément injectées, très épaissies; en abaissant la paupière inférieure, la ligne de démarcation se projette en avant sous forme d'un pli épais. La conjonctive s'élève à la façon d'un bourrelet au-dessus du bord de la cornée. La surface de la conjonctive palpébrale est recouverte de granulations fines, uniformes; celle de la conjonctive de la partie de transition et de la conjonctive bulbaire est en général plus lisse. Par suite de l'infiltration dure de la conjonctive, le globe de l'œil n'est plus, ou n'est que très peu mobile. La sécrétion est alors plus analogue à du petit lait et très abondante, elle est souvent un peu coagulable, de sorte qu'elle bouche facilement l'ouverture des paupières. Parfois il se forme sur la conjonctive palpébrale un dépôt fibrineux, facile à détacher, qui laisse apparaître, après qu'on l'a enlevé, la muqueuse un peu saignante. Plus rarement il arrive que de petites parties circonscrites de la conjonctive prennent un caractère réellement diphtéroïde. Dans ce cas, on aperçoit dans la muqueuse des îlots gris. Si on essaye de les enlever, on reconnaît qu'ils pénètrent profondément dans le parenchyme. La sécrétion devient ensuite de plus en plus épaisse, de plus en plus jaune et prend facilement toutes les propriétés du pus; elle s'écoule en abondance dès qu'on écarte les paupières.

Cette marche progressive du processus peut avoir lieu en peu de jours, voire même en trente-six heures.

Après que l'inflammation s'est maintenue quelque temps à son point culminant, la tuméfaction des paupières commence à diminuer et on aperçoit alors de fines rides transversales. Le malade peut ouvrir l'œil, bien qu'avec peine et incomplètement. Le globe de l'œil redevient mobile. L'infiltration, la tuméfaction et l'injection de la conjonctive diminuent de plus en plus. Les dépôts fibrineux ou diphtéroïdes de la muqueuse, s'il y en a, se détachent. La sécrétion diminue de plus en plus et prend ensuite une consistance fluide, muqueuse.

Dans la blépharo-blennorrhagie, les phénomènes sont les mêmes. Toutefois la tuméfaction des paupières est moindre et la conjonctive bulbaire ne participe que faiblement à la maladie; elle présente seulement une légère injection et un chémosis des parties périphériques voisines du pli de transition.

**Diagnostic différentiel.** — Quelque typique que soit l'aspect d'une blennorrhagie aiguë déclarée, il n'est cependant pas inutile de faire certaines remarques à propos du diagnostic. C'est naturellement une faute grossière de confondre une blennorrhagie aiguë avec un orgelet accompagné d'un gonflement considérable des paupières ou avec une dacryocystite. Pourtant, à première vue, l'aspect est le même. L'état normal ou l'absence d'infiltration de la conjonctive doit immédiatement faire cesser le doute. Dans les affections orbitaires et la panophtalmie il y a procidence du bulbe. Au début de la maladie, il est impossible de faire un diagnostic certain. Il faut attendre pour voir si la progression rapide de l'affection, l'apparition du chémosis et de l'infiltration de la conjonctive, permettent de reconnaître une blennorrhagie.

**Terminaison.** — La conjonctive peut reprendre son aspect normal. Cependant elle présente assez souvent un état de flaccidité caractéristique après la disparition de l'infiltration et de la tuméfaction. Dans d'autres cas on trouve des proliférations papillaires, notamment sur les parties de la conjonctive voisines du pli de transition et sur ce pli lui-même. Plus rarement on observe dans la muqueuse des granulations grisâtres, transparentes. Les parties de la conjonctive atteintes de dépôts diphtéroïdes font place à des cicatrices qui peuvent déterminer l'adhérence des paupières avec le globe de l'œil — (symblépharon).

**Complications et leurs terminaisons.** — La gravité de la blennorrhagie aiguë de la conjonctive est due précisément à la complication, malheureusement très fréquente, d'une lésion de la cornée. Celle-ci peut être affectée de diverses manières. Dans une série de cas il se produit des ulcères falciformes, partant de la périphérie, avec des bords à pic, décollés, et un fond en général assez net. Très souvent ils se développent juste au point où la conjonctive épaissie constitue le bourrelet le plus saillant au-dessus de la cornée. Il y a là un sillon où la sécrétion s'accumule très facilement et d'où il est difficile de l'enlever. Ces ulcérations peuvent aboutir à de simples opacités périphériques de la cornée ou bien à la perforation. Dans ce dernier cas la progression de l'ulcère est d'ordinaire arrêtée. Il reste alors une cicatrice de la cornée; l'iris est conservé éventuellement avec une légère déformation de la pupille. Mais il peut arriver aussi, surtout quand il n'a été fait aucun traitement, un staphylome par-

tiel et ses conséquences, augmentation de la pression (glaucome dit secondaire et perte de la vue). La cornée entière peut même être menacée par ces ulcères périphériques qui en occupent parfois une grande partie et peuvent être le point de départ d'une infiltration de la partie restée saine. Il en résulte en général une fonte de toute la cornée.

Des ulcères se forment aussi en d'autres points de la cornée et, suivant leur situation, portent ou non atteinte à la vue.

Mais la complication la plus dangereuse est l'infiltration rapide de toute la cornée. Celle-ci devient inégale, blanc grisâtre, et tellement trouble, que bientôt il est impossible d'apercevoir la pupille. Puis elle se ramollit, sa coloration tourne au blanc jaunâtre; une couche se détache après l'autre et un beau jour l'iris est à nu ainsi que le cristallin. L'œil est alors naturellement perdu pour la vue. Il peut conserver sa forme, par suite d'une cicatrice qui retient l'iris. L'œil garde dans ce cas une bonne perception de la lumière. Mais si cette cicatrice se dilate, il en résulte un staphylome total de la cornée, L'œil est souvent alors atteint d'amaurose, au cours de l'affection, par l'augmentation de pression. Mais avant qu'il en soit ainsi, il peut survenir aussi un grossissement de tout le globe oculaire ou des ectasies de la sclérotique — (sclérostaphylomes). Le globe de l'œil peut aussi diminuer de volume. Il en est ainsi notamment lorsque, avant qu'une cicatrice se soit formée, le cristallin et une partie du corps vitré sortent brusquement de l'œil. Il en résulte en général une panophtalmie et l'atrophie (phtisie) du globe de l'œil.

Les affections de la cornée surviennent à divers moments au cours de la blennorrhagie. Les formes graves, dont nous avons parlé en dernier lieu, débutent en général à l'époque de la plus grande tuméfaction de la conjonctive, alors que la sécrétion n'est pas encore purulente. Les formes plus légères ont habituellement un début tardif.

L'iris et le corps ciliaire ne sont affectés qu'à la suite de complications sur la cornée. Il peut alors se produire une iridocyclite déterminant l'occlusion de la pupille. Nous avons signalé plus haut la panophtalmie résultant de la fonte purulente de la cornée.

**Étiologie.** — La blennorrhagie aiguë de la conjonctive atteint le plus souvent des adolescents ou des individus dans la force de l'âge, ce qui s'explique facilement par la grande fréquence de la blennorrhagie à cette période de la vie.

La maladie résulte du transport de la sécrétion d'une blennor-

rhagie uréthrale ou vaginale ou de l'autre œil atteint de blennorrhagie. Dans le cas d'une affection des parties génitales, la contagion peut avoir lieu par les mains du malade, l'eau de toilette, les linges, par l'absence de précautions en pratiquant des injections. Le lavage des yeux avec l'urine, employé dans certains pays comme remède populaire contre le catarrhe de la conjonctive, est aussi parfois une cause d'infection. La transmission de la blennorrhagie de l'autre œil a lieu principalement par l'eau de lavage, les éponges, les serviettes, etc. Enfin, le médecin et les gardes-malades peuvent s'infecter eux-mêmes en pratiquant des injections ou des irrigations chez des individus atteints de blennorrhagie (de la conjonctive, de l'urèthre ou du vagin).

Étant donné le grand nombre de blennorrhagies, on est frappé de la proportion relativement très faible des blennorrhagies de la conjonctive, surtout si l'on songe à l'insouciance et à la malpropreté de la plupart des personnes atteintes, particulièrement dans les basses classes. Peut-être la conjonctive présente-t-elle des dispositions particulières à l'infection dans certaines circonstances, par exemple en cas de catarrhe.

Les complications de la cornée sont dues à l'action infectante directe de la sécrétion, notamment dans les points où de légères exfoliations épithéliales ouvrent une voie à la pénétration du virus. Mais l'infiltration, avec tension de la conjonctive bulbaire, constitue également un facteur important. Elle met obstacle à la circulation dans le réseau sinueux marginal de la cornée et en trouble ainsi la nutrition. La cornée peut alors être atteinte directement de nécrose, ou bien sa résistance à l'infection est du moins diminuée.

Haab, Krause et Hirschberg ont trouvé dans la blennorrhagie de la conjonctive des microcoques dont les caractères sont identiques à ceux de la blennorrhagie de l'urèthre et même du vagin.

**Pronostic.** — Dans la blennorrhagie aiguë le pronostic est toujours très douteux. Même quand les premiers jours de la maladie se sont passés sans que la cornée ait été atteinte, il peut encore survenir un ulcère qui en amène la destruction partielle ou complète. Les cas où le chémosis et le gonflement des paupières se produisent rapidement et atteignent tout leur développement en trente-six à quarante-huit heures, sont les plus dangereux pour la cornée. Quant à l'affection de la cornée, elle est d'autant plus grave qu'elle survient plus tôt.

**Prophylaxie et traitement.** — Pour tout médecin qui traite un malade atteint de blennorrhagie, c'est un devoir d'appeler son attention de la façon la plus expresse sur le danger de l'infection de la conjonctive et sur la gravité de la blennorrhagie de cette membrane. Il faut recommander au malade de se laver les mains avec le plus grand soin après tout contact avec les parties génitales, et de se servir de linges et de cuvettes affectés spécialement à cet usage.

Les médecins et gardes-malades qui pratiquent des injections sur des malades atteints de blennorrhagie de la conjonctivite, de l'urèthre ou du vagin, ne doivent jamais le faire sans lunettes protectrices.

Si, ce qui arrive rarement, on était appelé auprès d'une personne venant de recevoir dans l'œil de la sécrétion d'une blennorrhagie, il faudrait faire un lavage soigneux avec un liquide antiseptique (sublimé, 1 p. 4000), puis cautériser avec une solution à 2 p. 100 de nitrate d'argent et appliquer une vessie remplie de glace.

Quand un œil est atteint de blennorrhagie aiguë, ou même si l'on a seulement des raisons de soupçonner qu'il s'agit d'une maladie de ce genre à son début, il faut avoir soin de recouvrir l'autre œil d'un bandage protecteur. Le meilleur et le plus simple est constitué par plusieurs bandelettes de taffetas anglais (trois environ de près de 1 centimètre de long et de 3 centimètres de large) que l'on applique verticalement de façon à fermer l'ouverture des paupières. On place par-dessus un petit tampon d'ouate sur lequel on a étendu de l'emplâtre diachylon. Ce dernier doit adhérer exactement à la peau des bords de de l'orbite et du dos du nez; dans ce but on y fait des incisions d'environ un demi-centimètre. Il ne faut pas qu'il y ait de coton interposé entre la peau et la bande de toile enduite d'emplâtre. On recouvre ensuite tout l'appareil d'un bandeau ordinaire. Il faut changer ce bandeau une fois chaque jour, d'une part pour nettoyer l'œil et de l'autre pour voir s'il n'y a pas de symptômes d'une affection commençante. Il faut en outre défendre au malade de se coucher sur le côté sain, de peur que la sécrétion ne coule par-dessus le dos du nez et ne pénètre sous le bandage dans le cas où celui-ci se déplacerait. Si l'on n'a pas immédiatement sous la main d'emplâtre adhésif, on peut appliquer provisoirement un morceau de toile enduit de graisse qu'on fixe à l'aide d'une bande.

Du côté malade on fait d'abord une forte saignée par l'application sur la tempe de six à huit sangsues; on laisse ensuite saigner pendant au moins une heure.

Il ne faut pas se servir de caustique tant que la sécrétion n'est pas

purulente et surtout tant que la muqueuse est le siège de plaques fibrineuses et diphtéroïdes. Le traitement doit se borner à un lavage soigneux avec une solution antiseptique et à l'application de vessies remplies de glace. Il faut changer ces dernières jour et nuit. Pour le lavage du sac conjonctival, on emploie des solutions de permanganate de potassium ou de sublimé (1 p. 4000). Quant au premier remède, qui est recommandé d'une façon tout à fait particulière, il faut l'employer en solution couleur lilas et le faire renouveler très souvent. Le liquide utilisé doit être appliqué le plus souvent possible, toutes les dix minutes ou tous les quarts d'heure, suivant l'abondance de la sécrétion. L'infirmière ouvre les paupières et lave la conjonctive en pressant à plusieurs reprises une éponge ou un petit tampon d'ouate trempé dans la solution.

Si les paupières et la conjonctive sont fortement tendues par la tuméfaction, de telle sorte qu'il en résulte un obstacle à la circulation, il est nécessaire de faire avec les ciseaux une incision horizontale aussi longue que possible dans la commissure externe. Cette petite opération est très utile à trois points de vue. D'abord, la tension des paupières est supprimée; en second lieu il en résulte une hémorragie artérielle assez abondante qu'on laisse durer un certain temps. En général on peut attendre qu'elle s'arrête d'elle-même. Enfin il est beaucoup plus facile de laver le sac conjonctival, parce qu'on peut le mettre plus aisément à découvert.

En présence d'un très fort chémosis, recouvrant en partie la cornée, il est nécessaire de faire des scarifications; on peut même sectionner avec la pince et les ciseaux d'étroites bandes de la conjonctive. Il ne saurait être question d'une rétraction appréciable de cette membrane. Une fois celle-ci revenue à l'état normal, les cicatrices fines, blanchâtres, qui en résultent n'ont aucun inconvénient. Mais la diminution du chémosis et la disparition de ces culs-de-sac, entre la cornée et le rebord formé par la conjonctive, peuvent empêcher la production des maladies de la cornée ou exercer une influence favorable sur de graves affections déjà existantes.

Quand il y a un ulcère de la cornée, suivant qu'il aura son siège sur le bord ou vers le centre, on prescrira un collyre à l'ésérine ou à l'atropine pour préserver le bord pupillaire. Si l'ouverture d'un ulcère est imminente, on en ponctionnera la base avec la lancette. On peut ainsi enrayer la progression de l'ulcère et, d'autre part, empêcher une ouverture spontanée. En présence de l'infiltration totale de la cornée survenant rapidement, le traitement est en général

impuissant. Il faut se borner à empêcher la formation d'un staphylome. Il importe d'abord que le malade se tienne très tranquille pour que la perforation ne se fasse pas trop brusquement et que le cristallin et le corps vitré ne soient pas expulsés en même temps. S'il y a destruction complète de la cornée, on ouvre avec l'aiguille, par une incision cruciale, la capsule du cristallin qui fait saillie dans la pupille; le plus souvent le cristallin sort par suite de la pression des muscles de l'œil ou si on comprime légèrement le bulbe avec les doigts. Si la proportion de la sécrétion de la conjonctive est très faible, on fait un pansement par occlusion qui soutient le tissu cicatriciel en voie de formation et empêche ainsi l'ectasie. Dans les cicatrices de la cornée, avec ou sans synéchie antérieure, staphylomes totaux ou partiels de la cornée, consécutifs à la blennorrhagie, il faut appliquer un traitement approprié, dans les détails duquel nous n'avons pas à entrer ici.

Quelques observateurs (Ricord, Roosbrock, Haltenhoff, Rückert, etc.) ont décrit, comme suite de la blennorrhagie, une conjonctivite sous forme d'inflammation catarrhale aiguë. Elle surviendrait par voie métastatique (comme l'iritis blennorrhagique).

#### 4. Iritis blennorrhagique.

Fort rarement l'iritis s'associe à la blennorrhagie. Il y a toujours en même temps des affections articulaires. La relation causale entre la blennorrhagie et l'iritis est surtout évidente en ce que les malades atteints à plusieurs reprises de blennorrhagie ont aussi des accès répétés d'iritis. Il s'agit dans ces cas d'une infection générale provoquée par le gonocoque.

L'iritis même ne se distingue en rien d'une autre affection du même genre, par exemple d'une iritis rhumatismale. Dans l'iritis blennorrhagique les exsudations plastiques considérables sont plus rares que dans l'iritis spécifique.

Le pronostic est en général favorable.

Le traitement consiste dans l'administration de doses élevées d'iodure de potassium ou de quinine qui sont particulièrement efficaces dans ces variétés d'iritis. Il faut naturellement y ajouter localement l'atropine. Le malade doit porter des verres foncés, séjourner éventuellement dans une chambre obscure et éviter rigoureusement toute fatigue des yeux.

## IV

### QUELQUES MALADIES

DES

## ORGANES GÉNITAUX

QUI SURVIENNENT SOIT SPONTANÉMENT SOIT COMME COMPLICATIONS  
DES MALADIES VÉNÉRIENNES

#### 1. Balanite.

Nous désignons sous le nom de balanite une inflammation catarrhale aiguë du revêtement du gland et de la lamelle interne du prépuce. Elle constitue en partie une complication du processus vénérien. On peut la rencontrer avec la blennorrhagie, le chancre simple, la sclérose initiale, les papules de la syphilis secondaire, les gommages du gland et du prépuce; elle résulte de l'irritation produite par la sécrétion de ces maladies. Elle peut être due à l'action irritante d'une urine pathologique, généralement sucrée, qui donne lieu à la production de parasites; elle est alors d'origine mycosique. Enfin elle se présente aussi comme affection idiopathique. On a souvent attribué la balanite à la seule malpropreté; cela n'est pas exact. Le smegma normal, même laissé très longtemps dans le sac préputial, ne peut pas produire une balanite. Cela résulte de l'observation d'individus qui, par suite d'un phimosis congénital ou d'une grande négligence, ne lavent jamais le sac du prépuce, ont des calculs préputiaux résultant de l'accumulation et de l'épaississement du smegma, sans être atteints de balanite. D'autre part, il est vrai, on rencontre des individus qui ont une balanite dès qu'ils négligent pendant vingt-quatre heures le lavage scrupuleux du prépuce. Mais si l'on examine le smegma de ces derniers, on trouve non une masse caséeuse, épaisse, normale, mais une substance fluide, huileuse, nâtre, sécrétée en grande abondance. La production excessive