

des *fibres élastiques* (Balzer et Thiery) ou du bacille de Ducrey. Si cet examen est impossible, on tentera l'auto-inoculation.

XXXV. — BLENNORRAGIE

Notions étiologiques générales. — La blennorragie est une affection presque toujours, mais non toujours vénérienne, constamment déterminée par le *gonocoque*, et se traduisant, quel qu'en soit le siège (urètre, vulve, vagin, conjonctive), par un abondant écoulement purulent. Très anciennement

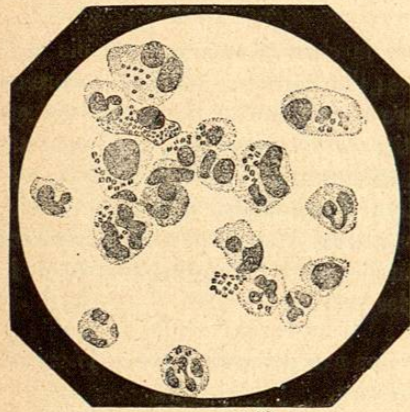


FIG. 257. — Gonocoques dans le pus urétral. (Thoinot et Masselin.)

connue, elle a été fort longtemps confondue avec la syphilis dont Ricord l'a définitivement séparée.

Le gonocoque décrit par Neisser en 1879 est un diplocoque dont les éléments, mesurant 1 μ . de diamètre, ont la forme de *grains de café* se regardant par leur face plane. Presque toujours inclus dans les leucocytes, ce germe prend les couleurs basiques d'aniline et est décoloré par la solution de Gram. Il cultive à 34° C., sur gélose mêlée, à parties égales, soit de sérum humain, soit de liquide pleurétique et ascitique, et ensemencée avec une grosse goutte de pus : au bout de 24 heures apparaissent

des colonies blanc grisâtre, visqueuses et filantes qui restent vivaces des semaines au moins. La spécificité du gonocoque repose sur le succès des inoculations de ses cultures sur les animaux, et même sur l'homme.

Blennorragie chez l'homme. — *Signes étiologiques.* — Chez l'homme, la contagion résulte habituellement du coït avec une femme atteinte de blennorragie soit aiguë, soit plus souvent chronique et latente, amenant le gonocoque au contact de l'urètre. Dans les cas où la virulence du germe est atténuée, les écarts de régime (excès de boisson), le surmenage génital interviennent pour préparer le terrain à l'infection. La contagion indirecte au contact d'instruments ou de vêtements souillés de pus spécifique est très rare. La blennorragie éclate après une incubation de 3 à 5 jours, 8 au plus.

Urétrite aiguë. — La chaude-pisse débute par un peu de rougeur au méat, de chatouillement au niveau du gland, de chaleur dans le canal, pendant et après la miction, et par un léger suintement visqueux ou grisâtre. Au bout de 2 à 3 jours, l'écoulement est nettement purulent, le méat est rouge, ses lèvres sont gonflées et renversées en dehors, le gland est turgide et violacé, le prépuce infiltré. Les troncs lymphatiques du dos de la verge sont souvent

durs et sensibles, ainsi que les ganglions inguinaux. L'urètre est gonflé et dur : en le comprimant d'avant en arrière, on fait sourdre au méat une goutte de pus.

D'abord muco-purulent, l'écoulement devient ensuite purulent, blanc, jaune, puis verdâtre, teinte qu'il conserve pendant toute la période d'état, pour s'éclaircir et redevenir jaune, puis blanc, au déclin de la maladie. L'écoulement peut être très abondant, il l'est davantage la nuit.

D'abord modérée, la *douleur* ne tarde pas à devenir très vive ; pendant la miction, le malade ressent, tout le long du canal, une cuisson atroce. Du reste la douleur varie avec les phases du mal, les heures du jour et les malades. A la période d'état, l'urètre, privé d'élasticité, subit des tiraillements douloureux lors des érections, exaspérées et prolongées la nuit, dans le décubitus ; ces douleurs sont à leur comble dans la *chaude-pisse* dite *cordée*. Extrêmement douloureuse, l'éjaculation peut provoquer la syncope.

Le gonflement de la muqueuse urétrale rend le jet d'urine petit, filiforme, intermittent.

La fièvre est exceptionnelle, mais le sujet, anémié et déprimé, est pâle et fatigué par l'insomnie.

La phase d'état dure 15 jours ou 3 semaines, puis commence celle de *déclin*. La douleur s'apaise ; le pus, plus clair, devient séreux et finit par se tarir. Souvent prolongée par les écarts de régime, cette période dure 15 jours à 3 semaines. Le lymphatisme, l'arthritisme peuvent en accroître beaucoup la durée.

Les affections fébriles intercurrentes suspendent l'écoulement. L'intensité varie beaucoup, suivant les cas, depuis l'*urétrite suraiguë* (ancienne *urétrite phlegmoneuse*) jusqu'au simple *échauffement*.

Urétrite postérieure. — Les signes précédents sont ceux de l'*urétrite antérieure* (portion pénienne et bulbeuse de l'urètre), mais l'infection peut envahir l'*urètre postérieur* (portions membraneuse et prostatique) et l'urétrite devient *totale*. Cette propagation s'observe 7 à 8 fois sur 100, surtout si la période d'état s'est prolongée, souvent sous l'influence d'excès alcooliques ou génitaux, d'une injection mal faite. L'état général du sujet (syphilis, tuberculose, lymphatisme) peut également être en cause. Insidieux, le début, se manifeste à la fin de la 5^e semaine, par de fréquents et impérieux besoins d'uriner, souvent par l'apparition de sang dans l'urine à la fin de la miction. Les régions anale, périnéale et péri-rectale sont le siège de douleurs qu'exagèrent la miction et la défécation. Cette forme comporte des érections moins douloureuses, mais des pollutions nocturnes plus fréquentes. L'écoulement n'offre pas de caractères spéciaux. La fièvre n'est observée, les premiers jours, que dans la forme suraiguë. Souvent survient de l'albuminurie dont la cause est discutée.

Diagnostic. — Le diagnostic de la blennorragie aiguë est le plus souvent très simple. Il convient pourtant de s'assurer qu'il s'agit d'une urétrite à gonocoques, car il existe des *urétrites non gonococciques* dont la nature demande à être précisée. Les *urétrites traumatiques*, succédant très vite à des causes bien déterminées, cathétérisme septique, sonde à demeure,

introduction de corps étrangers dans le canal, ne durent que 5 à 6 jours. Les *urétrites provoquées par des injections irritantes* (sublimé, nitrate d'argent) n'ont ni incubation, ni durée. On a signalé des urétrites consécutives : à des érections prolongées, à la masturbation, à des excès de coït avec une femme saine; elles sont alors, soit très fugaces, soit imputables au réveil d'une blennorrhagie ancienne dénoncée par la présence du gonocoque. Sous le nom de *blennorroïdes, d'urétrite pseudo-gonorrhéique*, on a décrit (Diday-Bockhardt) des urétrites contractées avec des femmes leucorrhéiques, ou, durant la période menstruelle. Elles consistent en un écoulement muqueux, muco-purulent ou purulent, mais jamais vert, peu ou pas douloureux, survenant après 2 à 5 jours et guéri en 5 à 8 jours. Le pus ne contient pas de gonocoque; Bockhardt y a trouvé soit un *gros staphylocoque*, soit des *bacilles*, soit un *petit streptocoque* ou un *petit coccus*, qui, inoculé dans l'urètre sain, a donné un écoulement purulent. Certains *herpès génitaux* comportent un écoulement urétral passager. On a observé un écoulement fugitif et fébrile, imputable au *bactérium coli* (Van der Blayn et Laag).

Il faut aussi distraire de la blennorrhagie les *urétrites diathésiques*, telles : l'urétrite prodromique ou contemporaine de l'accès de goutte, où le gonocoque fait défaut; l'urétrite dite *rhumatismale*, débutant avec le rhumatisme ou à son déclin et rapidement curable. Le *diabète*, le *paludisme*, les *oreillons* sont également des causes possibles (douteuses) d'urétrite. Certaines urétrites ressortissent à la *syphilis* et tiennent, soit à un *chancre urétral* perceptible au palper, soit à une éruption érythémateuse ou papuleuse; l'écoulement dure peu. Rarement, les *ulcérations tuberculeuses de l'urètre* se traduisent par un écoulement purulent. La bière, le cidre, les asperges, la cantharide peuvent déterminer des écoulements légers non purulents.

Urétrite chronique. — **Signes étiologiques.** — La blennorrhagie peut se prolonger outre mesure, pour des raisons *générales* : anémie, arthritisme, tuberculose; ou *locales* : traitements intempestifs, injections irritantes. Cette chronicité est toujours entretenue par des lésions circonscrites et profondes de l'urètre antérieur ou postérieur, susceptibles d'aboutir, plus tard, au rétrécissement du canal, ou (sur le *veru-montanum*) à l'oblitération des canaux éjaculateurs (stérilité).

Signes cliniques. — **a. Urétrite antérieure.** — La gêne fonctionnelle est nulle ou très fugace, éveillée par une fatigue, un écart de régime. Le malade constate seulement chaque matin, après la première miction, quand il presse sur le canal, une gouttelette de pus au méat (*goutte militaire*), pus soit jaune, soit laiteux, soit visqueux et grisâtre; dans le jour, les lèvres du méat sont seulement collées. Si on recueille l'urine d'une miction dans deux verres, le premier seul contient quelques filaments. Quand l'urétrite est *bornée à la portion bulbeuse*, le pus, restant dans le cul-de-sac du bulbe, n'apparaît pas le matin au méat; le diagnostic ne repose alors que sur la présence de *filaments dans le premier verre d'urine*; cette forme, souvent méconnue, est susceptible de s'étendre, à l'occasion d'un excès de table ou de coït.

b. Urétrite postérieure. — Le processus, tantôt est limité à la muqueuse,

tantôt atteint les glandes et le parenchyme de la prostate. Dans le premier cas, les signes fonctionnels manquent habituellement et la maladie n'est dénoncée que par l'épreuve des deux verres; l'urine du premier verre contient des filaments purulents; celle du second renferme souvent du mucus et encore quelques filaments. Cette recherche démontre l'origine de certaines cystites ou épидидymites, autrement inexplicables. Si la prostate est atteinte, on constate, de plus, des besoins d'uriner fréquents et impérieux, exaspérés par le coït et la défécation. *Troublée, l'éjaculation* est ralentie ou hâtive, douloureuse ou non voluptueuse; l'*impuissance* peut même devenir complète. Assez souvent surviennent la *prostatorrhée* ou la *spermatorrhée*, susceptibles de démoraliser beaucoup certains malades.

Diagnostic. — L'absence de signes fonctionnels le rend assez difficile. Des cellules de pus de la goutte militaire, quelques-unes seulement contiennent le gonocoque. Certains suintements matinaux, étrangers à la blennorrhagie, ne contiennent pas de globules de pus, mais soit des granulations muqueuses et des cellules épithéliales (*suintement muqueux*), soit seulement des cellules épithéliales abondantes contenant un petit bacille non spécifique (*suintement laiteux*). Ces suintements, dus à une hypersécrétion glandulaire, se rencontrent après la guérison de la chaude-pisse. Toutefois, la nature non gonococcienne d'un écoulement ne sera affirmée qu'à la suite de plusieurs examens microscopiques pratiqués, au besoin, après un coït ou une instillation de nitrate d'argent au 1/5 qui ramène, dans les cas douteux, la purulence et le gonocoque.

L'*urétrite postérieure chronique* est surtout caractérisée par la présence de *filaments* dans l'urine; ceux-ci sont formés de mucus englobant des cellules épithéliales et des globules de pus. Pour distinguer l'origine antérieure ou postérieure de ces filaments, on injecte et on laisse 2 à 5 minutes, dans l'urètre antérieur, une solution de bleu de méthylène; quand le malade urine, seuls les filaments venant de cette portion du canal sont colorés (Kronmayer). L'exploration de l'urètre postérieur avec l'explorateur à boule, après lavage de l'urètre antérieur, est également concluante, quand celui-ci ramène du pus. L'examen microscopique de ce dernier s'impose dans tous les cas; tant qu'il contient des globules de pus, l'urétrite n'est pas guérie.

Le *liquide prostatorrhéique* se caractérise par la présence de cellules épithéliales cylindriques et polygonales et de *cristaux spermatiques* de Bötticher mis en évidence par le phosphate d'ammoniaque (solution à 1/100). La présence de *spermatozoïdes* différencie le sperme. L'urine peut emprunter son aspect laiteux et grisâtre à la présence de phosphates ou de carbonates en excès; en ce cas, quelques gouttes d'acide acétique l'éclaircissent.

Dans les cas rebelles, seul l'*endoscope* peut indiquer *de visu* le siège des lésions urétrales.

La recherche du gonocoque dissimulé dans les follicules du méat, de la prostate, dans les glandes de Cowper, exige une manœuvre spéciale; après avoir fait uriner le malade, on exprime : les follicules du méat par pression directe; les glandes de Cowper et la prostate, par le toucher rectal; on recueille le liquide directement (méat) et avec l'explorateur à boule.

Complications. — Les complications directes tiennent à l'invasion par le gonocoque, des annexes de l'urètre (gland, canal déférent, épидидyme) et de l'appareil génito-urinaire, quelques-unes ressortissent à la chirurgie.

Balano-posthite. — La *balano-posthite*, très fréquente, est due aussi au gonocoque, quoique la richesse bactérienne de cette région rende la constatation du fait difficile. Elle précède parfois la blennorragie et peut même rester isolée. Elle est favorisée par la malpropreté, la longueur du prépuce et le phimosis. A un premier degré, on constate la rougeur du gland, des érosions sur sa couronne, l'œdème du prépuce. A un second, le gland, couvert de larges érosions géographiques, baigne dans une abondante sécrétion laiteuse. Très infiltré et très sensible, le prépuce est l'origine de trainées lymphangitiques, et même d'adénites. Au degré extrême, la verge se renfle en *battant de cloche*, l'orifice préputial, immobilisé par des fissures douloureuses, laisse couler, en abondance, du pus sanieux; l'extérieur du prépuce est rouge, la lymphangite pénienne et l'adénite inguinale sont intenses. Les tentatives du malade pour découvrir le gland peuvent déterminer un *paraphimosis*. Il arrive même que le gland franchisse une perforation de la face dorsale du prépuce. Quoique guérissant complètement, la balano-posthite peut laisser un *phimosis cicatriciel* ou des *adhérences du prépuce au gland*. Pour reconnaître l'urétrite, derrière la balano-posthite, il suffit de découvrir le méat et de presser sur le canal.

Folliculite, cavernite. — La *folliculite* et la *cavernite* ne compliquant que l'urétrite aiguë, relèvent d'habitude, d'une *infection mixte*. Très souvent enflammés, les follicules du méat et de la fosse naviculaire peuvent former de petits abcès et cacher longtemps le gonocoque dans leurs cavités. Quand les follicules des régions pénienne et bulbaire suppurent, des nodosités douloureuses, grosses comme une noisette, apparaissent sur le corps caverneux et le bulbe, se terminant par résolution ou abcès. Ceux-ci s'ouvrent : soit au dehors (favorable); soit dans l'urètre, origines fréquentes alors d'*infiltration d'urine*; soit à la fois dans le canal et au dehors, ce qui détermine des *fistules urinaires* rebelles. La *cavernite* peut également laisser une nodosité dont la sclérose peut gêner l'érection.

Cowperite. — Complication de la seule urétrite postérieure, occasionnée par le coït, la danse, l'équitation, les traumatismes, la *cowperite* n'éclate que vers la 5^e semaine de la blennorragie. Le malade ressent de la pesanteur et des élancements périnéaux, des douleurs pendant la défécation. Entre les bourses et l'anus, on constate, latéralement, un noyau douloureux gros comme une noisette ou une noix, qui finit par devenir fluctuant. L'abcès s'ouvre au dehors ou dans le canal; en ce cas l'*infiltration urinaire* est possible sans être fatale; double, l'ouverture peut laisser une *fistule*. En cas de résolution, l'induration persiste souvent longtemps. La *blennorrhée chronique* est du reste souvent cantonnée dans les glandes de Cowper.

Prostatite. — L'urétrite postérieure épargne rarement la prostate, souvent atteinte de *congestion simple* que traduisent la pollakiurie, la pesanteur périnéale, la douleur pendant la défécation et une tuméfaction douloureuse de la glande, au toucher rectal. *Quand les follicules prostatiques sont pris*, la

douleur est plus marquée, les mictions sont plus fréquentes (plusieurs fois l'heure), et le toucher rectal constate, dans un lobe ou dans les deux, une nodosité très douloureuse, grosse comme un pois ou une noisette. Généralement, le foyer se termine par résolution; en cas de suppuration, il s'ouvre dans l'urètre.

Rare mais grave, la *prostatite parenchymateuse* se traduit par des douleurs bien plus vives, irradiées dans tout le bassin, vers le rectum surtout, exaspérées encore par la défécation et la miction qui peut devenir presque impossible. La *fièvre* manque rarement, le périnée est bombé et tendu. La résolution peut se déclarer après 7 à 8 jours; plus souvent, l'exaspération fébrile, des frissons, annoncent la suppuration. L'abcès s'ouvre, soit dans l'urètre (1 fois sur 2), avec une douleur déchirante suivie de l'apparition de pus sanguinolent, au méat; soit, dans le rectum (1/5 des cas), ou, plus rarement, au périnée. Le développement possible d'une pyo-septicémie ou d'une infiltration d'urine rend cette complication particulièrement grave, car elle aboutit à la mort dans un quart des cas.

Épididymite. — Commune (1/5 à l'hôpital; 1/10 en ville) cette complication, d'égale fréquence à droite et à gauche, est bilatérale 1 fois sur 8. Elle éclate de la 2^e à la 5^e semaine, parfois bien plus tard, quand l'écoulement est devenu latent. Elle est favorisée par les excès, la fatigue ou une injection mal faite. Le début, quelquefois brusque, est, plus souvent, marqué par une pesanteur testiculaire dont les rapides progrès forcent bientôt le sujet à prendre le lit. Le scrotum est rouge et tendu; très tuméfié et très sensible, l'épididyme coiffe le testicule habituellement indemne, mais quelquefois entouré d'un épanchement aigu dans la vaginale. Le *canal déférent* est généralement pris, dans le cordon et l'abdomen; souvent aussi, le processus atteint la vésicule séminale et le lobe de la prostate du même côté, comme l'indique le toucher rectal. Toujours terminée par résolution, exceptionnellement par suppuration, l'épididymite laisse très souvent, à la queue de l'épididyme, un noyau induré. L'*épididymite double* entraîne très fréquemment l'oblitération des canaux déférents et la *stérilité*.

Cystite. — Quoique souvent confondue avec l'urétrite postérieure, la cystite est une complication assez commune de la blennorragie, mais ne ressortit généralement pas au gonocoque. C'est une *urétro-cystite*, contemporaine de l'urétrite postérieure dont elle partage les signes fonctionnels, ne s'en distinguant que par le trouble muqueux constant de l'urine du second verre. Quelquefois pourtant indépendante de l'urétrite postérieure, la cystite aiguë ne se trahit alors que par la présence, dans l'urine du second verre, d'un *dépôt purulent* contenant des cellules épithéliales de la vessie. La cystite peut passer à l'état chronique, ou, plus rarement, se compliquer de *pyélite* et de *pyélo-néphrite*.

Blennorragie chez la femme. — *Signes étiologiques.* — La fréquence de la blennorragie féminine (gonocoque décelé 1 fois sur 10) est plus grande qu'on ne l'estimait jadis. Les localisations en sont variables : *urètre, vagin, glande de Bartholin, utérus*, isolées ou simultanées. Elle est

tantôt *aiguë*, tirant son origine d'une urétrite aiguë masculine; tantôt *chronique*, prise au contact d'un homme atteint d'une urétrite chronique.

Signes cliniques. — **Forme aiguë.** — Généralement, l'urètre, la vulve et le vagin sont pris ensemble. L'incubation dure 2 à 6 jours. On constate quelquefois, au début, des frissons et un léger train de fièvre, de la cuisson vulvaire et urétrale, exaspérée par les mictions qui sont fréquentes; le gonflement vulvaire gêne la marche. Les grandes lèvres sont enflées, rouges et sensibles; l'écoulement du pus rougit parfois la face interne des cuisses; les petites lèvres, turgides, débordent quelquefois les grandes. Le méat est également rouge et gonflé, les bords en sont renversés; tout le trajet de l'urètre est sensible. L'entrée du vagin est rouge, il en sort un pus crémeux. Le *vaginisme* peut s'opposer au toucher. Quand le spéculum peut être introduit, on voit la muqueuse vaginale rouge, semée de *granulations* grosses comme des grains de chènevis et, quelquefois, d'*érosions* saignantes; le col est tuméfié, sa lèvre inférieure érodée. Les symptômes inflammatoires et douloureux s'apaisent après 8 à 15 jours, mais la guérison n'est souvent qu'apparente et il reste une *blennorrhagie chronique*. Celle-ci peut, du reste, revêtir d'emblée cette forme; quelle qu'en soit l'origine, elle se cantonne souvent en un seul point de l'appareil génital.

Urétrite chronique. — Les principaux signes en sont : une légère douleur en urinant; l'état trouble de l'urine du premier verre (épreuve des 2 verres); l'apparition d'une gouttelette de muco-pus laiteux au méat, quand, avant la miction, on presse sur l'urètre par le toucher vaginal. Quand l'urétrite est limitée aux follicules du méat, la pression en fait sourdre du pus, après la miction.

Vulvite chronique. — Plus commune chez les petites filles que chez les femmes, la *vulvite chronique* se traduit par une sensation cuisante ou prurigineuse et par un écoulement léger muco-purulent, contenant du gonocoque. On constate entre la base des petites lèvres et les caroncules, autour des orifices des glandes de Bartholin, de petites plaques rouges, légèrement érodées (J. Renault). Ces lésions sont contagieuses.

Vaginite chronique. — Sans expression fonctionnelle, la vaginite chronique offre des signes physiques inconstants. Certains auteurs en nient l'existence et attribuent une origine utérine aux gonocoques trouvés dans le vagin; le gonocoque pourrait toutefois pénétrer entre les cellules épithéliales du vagin chez les petites filles, les femmes blondes ou en état de grossesse. La vaginite est tantôt *totale*, en ce cas, toute la muqueuse est rouge et pointillée, le col érodé; tantôt *limitée*, généralement au cul-de-sac postérieur qui est rouge et érodé. La *vaginite exfoliante*, observée chez les prostituées, consiste dans l'épaississement de la muqueuse qui devient blanche et dure (comme dans la leucoplasie).

Complications. — Elles sont très fréquentes.

Bartholinite aiguë. — Elle est presque toujours blennorrhagique, quoique le gonocoque y soit rarement pur. Quelquefois contemporaine de l'urétrite et de la vulvite, elle est annoncée par la tension douloureuse d'une des grandes

lèvres qui rougit se tuméfié et devient le siège d'une *nodosité*, grosse comme une noix, dont la pression fait sourdre une goutte de pus à l'orifice de la glande. Un abcès se forme généralement, qu'il faut inciser, au bout de 7 à 8 jours. Les deux glandes peuvent être prises ensemble ou successivement.

Bartholinite chronique. — Elle complique plutôt la blennorrhagie chronique. Une des grandes lèvres présente une *nodosité* dure et indolente; quand on la comprime, sort de l'orifice de la glande, un liquide muco-purulent ou clair et filant, contenant toujours du gonocoque, quelquefois même en l'absence de nodosité. Ce fait éclaire certains cas de contagion, inexplicables si la bartholinite est méconnue.

Complications utérines et annexielles. — La *métrite*, la *salpingite*, la *pelvi-péritonite*, qui relèvent de la gynécologie, sont très souvent de nature blennorrhagique, comme le prouve la présence très commune du gonocoque dans les écoulements utérins purulents, muco-purulents, ou même muqueux. Elle a été également très souvent constatée dans le pus des salpingites et même dans l'épaisseur de la muqueuse et de la paroi des trompes. Il est en outre démontré que les *phlegmasies utérines* et *annexielles* peuvent reconnaître pour unique origine, la blennorrhagie chronique de l'homme. Inversement, le catarrhe chronique du col peut communiquer à l'homme une urétrite aiguë.

Blennorrhagie ano-rectale. — Cette forme est rare. La contamination ano-rectale reconnaît pour origine, soit l'écoulement, sur l'anus, de la sécrétion vaginale, soit la pédérestie. Cette localisation est plus commune chez la femme que chez l'homme. Il s'agit, presque toujours, d'accidents aigus, suivant de 2 ou 5 jours le coït anal et consistant en démangeaisons, puis en vraie cuisson, au niveau de l'anus. Bientôt la douleur irradie dans le ventre, vers les lombes, les cuisses, la vessie, le bassin, exaspérée par la marche, la défécation qu'accompagne un violent ténésme, et par la miction. De l'anus, rouge et exulcéré, s'écoule un pus, d'abord laiteux, puis jaune verdâtre. La contracture du sphincter gêne beaucoup l'introduction du doigt et encore plus celle du spéculum ani; quand elle est possible, on aperçoit la muqueuse rouge, tuméfiée, enduite de pus, semée de points ecchymotiques. D'habitude, ces accidents s'apaisent puis disparaissent, au bout de 2 à 5 semaines. La guérison est la règle, à moins que le mal ne soit chroniquement entretenu par des habitudes spéciales, ne se traduisant alors que par un léger ténésme et un écoulement muco-purulent modéré dont la nature n'est décelée que par l'examen bactériologique. Celui-ci est du reste le procédé de choix, pour le diagnostic de la forme aiguë.

La blennorrhagie ano-rectale expose à des complications, rares mais graves : le *phlegmon péri-rectal*, les *fistules recto-périnéales*, le *rétrécissement du rectum* (blennorrhagie chronique).

Complications communes aux deux sexes. — Si, le plus souvent, la blennorrhagie se limite à l'urètre et à l'appareil génito-urinaire, elle détermine assez fréquemment des complications à distance qui l'assimilent