

L'importance de la bartholinite chronique réside dans le fait suivant : comme elle est rebelle au traitement, elle peut devenir une *cause permanente de nouvelles infections* (démonstration des gonocoques dans le pus, ARNING) et cela d'autant plus que, chez les prostituées expérimentées, qui, peu avant la visite médicale, expriment le contenu de la glande, le diagnostic présente de très grandes difficultés.

Traitement. — Dans la bartholinite aiguë il faut d'abord prescrire le *repos au lit*; le malade lui-même en sent du reste la nécessité. Dans les premiers jours, avant la formation de l'abcès, on appliquera sur la partie malade des compresses imbibées d'eau de Goulard. Aussitôt que la fluctuation devient perceptible, on fera l'incision de la poche et, du coup, toute douleur disparaîtra comme par enchantement. Les lavages phéniqués ou sublimés, un pansement à l'iodoforme amèneront rapidement la guérison. Les résultats sont beaucoup moins brillants dans le traitement de la *bartholinite chronique*. Assez souvent, les injections astringentes ou légèrement caustiques faites dans le canal excréteur ne donnent aucun résultat. Il faut alors *débrider le conduit et cautériser au nitrate d'argent* ou même en arriver à *l'excision de la glande dans sa totalité*.

CHAPITRE XI

LA BLENNORRHAGIE DU RECTUM

La **blennorrhagie rectale** se produit de deux façons : directement à la suite d'un coït contre nature, ou indirectement, par transport sur le rectum du pus infectieux qui s'écoule des organes voisins. Ces deux causes d'infection sont beaucoup plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. La muqueuse malade paraît hyperémiée, tuméfiée et sécrète un pus abondant, mélangé de sang venant des excoriations et des rhagades si fréquentes au rectum. Les *douleurs* sont très vives surtout pendant la défécation : souvent aussi il y a du ténésme anal. La guérison

est la règle, mais l'affection peut aussi passer à l'état chronique. Cette inflammation chronique de la muqueuse rectale a peut-être une certaine importance dans la pathogénie des *ulcères du rectum*; ce sont des ulcérations de la muqueuse rectale, sans caractères bien tranchés, et qu'auparavant on croyait d'origine syphilitique. Cette dernière pathogénie soulève l'objection suivante : ces ulcères s'observent presque *exclusivement chez la femme*; cette prédilection, inexplicable si l'affection était d'origine syphilitique, se comprend très bien, si l'on tient compte de la fréquence de la blennorrhagie rectale chez la femme, de la rareté de cette affection chez l'homme. (JULLIEN, TARDIEU.)

Comme traitement on prescrira des *bains de siège*, des *lavements astringents* et on fera placer dans le sillon de l'anus des *tampons d'ouate secs*.

CHAPITRE XII

LA CONJONCTIVITE BLENNORRHAGIQUE

La *conjonctivite blennorrhagique* est, sans conteste, une des affections les plus sérieuses que puisse provoquer le virus de la blennorrhagie; elle se développe quand le pus infectant est transporté sur la muqueuse oculaire.

Symptômes et marche de la maladie. — Après une incubation de courte durée, allant de quelques heures à un jour environ, se manifestent les premiers symptômes : injection de la conjonctive, augmentation de la sécrétion lacrymale et picotements au niveau de l'œil; puis, en très peu de temps, souvent déjà dès le deuxième ou le troisième jour, les phénomènes inflammatoires atteignent leur maximum d'intensité. A ce moment, les paupières sont fortement hyperémiées et gonflées, au point qu'il est absolument impossible au malade de les entr'ouvrir; la paupière supérieure surplombe considérablement l'inférieure et la peau des parties voisines prend part à la tuméfaction. Si l'on écarte de force les paupières, il s'en écoule une

sécrétion abondante, aqueuse, qui contient quelques flocons de pus. La conjonctive palpébrale présente une coloration rouge-sombre; elle est lisse et brillante et, dans les cas les plus graves, elle est parfois recouverte d'un exsudat croupal ou même diphthéroïde; la tuméfaction de la muqueuse fait fortement saillir le sillon oculo-palpébral. Dans la conjonctive bulbaire on constate la même infiltration; elle se tuméfie, forme chémosis et entoure le limbe cornéen d'une sorte de rempart circulaire empiétant plus ou moins sur la circonférence de la cornée. Dans les cas sérieux, il s'y produit même des extravasations sanguines. — *Subjectivement* il existe une photophobie intense accompagnée de douleurs excessivement vives avec irradiations vers le front; les douleurs, l'insomnie, la fièvre qui s'allume dans les cas sérieux, ont un grand retentissement sur l'état général des malades; ceux-ci sont profondément déprimés et cela d'autant plus que, d'ordinaire, il ont conscience du danger auquel ils sont exposés.

Plus tard, la tuméfaction de la muqueuse diminue quelque peu; la surface perd son aspect lisse: elle devient légèrement bosselée, des fissures s'y forment, surtout dans le sillon oculo-palpébral et, sans diminuer d'abondance, l'exsudat change de caractère; les grumeaux deviennent plus abondants, la sécrétion se trouble et finit par se transformer en véritable pus. Cette sécrétion s'écoule des commissures sur les joues, se concrète et détermine des excoriations de l'épiderme.

Ce qui donne à la maladie son caractère de haute gravité, est le danger que fait courir à l'œil la *participation de la cornée au processus morbide*. Cette complication survient soit pendant la période d'acmé, soit plus tardivement et offre d'autant plus de danger que le développement en est plus précoce. Ces kératites se présentent sous différents aspects: tantôt il se fait dans une partie quelconque de la cornée des ulcérations peu étendues. D'autres fois, on voit se développer à la limite du limbe cornéen un ulcère en forme de croissant; ces pertes de substances gagnent en étendue et en profondeur; si le processus n'est pas arrêté dans sa marche, il finit par produire une nécrose plus ou moins grande de la cornée et la perforation de cette membrane avec toutes les conséquences qu'elle entraîne, hernie de l'iris, staphylôme.

Il est facile de comprendre que l'importance des troubles visuels qui persistent après cette affection soit sous la dépen-

dance directe de la localisation et de l'extension du processus ulcéreux; même dans les cas heureux, le pouvoir visuel ne récupère jamais toute son intégrité. Bien que ces formes ulcérales puissent entraîner la destruction complète de la cornée et à sa suite la perte de l'œil, cette terminaison malheureuse est beaucoup plus souvent consécutive à d'autres formes de kératite blennorrhagique; ce sont celles dans lesquelles, dès le début du mal, la cornée se trouble rapidement, s'exfolie par couches successives jusqu'à fonte complète de toute la membrane; le cristallin est expulsé ainsi qu'une partie du corps vitré et le processus aboutit à la phtisie du globe oculaire.

Abstraction faite de ces graves complications, on voit, sous l'influence d'un traitement convenable, la tuméfaction et la sécrétion de la conjonctive diminuer graduellement et, dans les cas favorables, la guérison se produire au bout de quelques semaines; d'autres fois il persiste pendant longtemps encore un état inflammatoire chronique, une *blennorrhée chronique de la conjonctive*. Assez souvent, la muqueuse se recouvre de végétations papillaires qui, au sillon oculo-palpébral sont parfois exubérantes et prennent l'aspect d'un crête de coq.

Le **pronostic** de la conjonctivite blennorrhagique est toujours réservé; il l'est d'autant plus que la tuméfaction de la conjonctive est plus intense, surtout au pourtour de la cornée et que les complications du côté de cette membrane sont plus précoces.

Le **diagnostic** est facile en présence des symptômes que nous venons de décrire; il ne faut cependant pas perdre de vue que certains agents infectieux autres que les gonocoques, peuvent donner naissance à une blennorrhée conjonctivale, non gonorrhéique, mais dont l'évolution est en tout semblable à l'affection dont nous nous occupons; aussi pour établir rigoureusement le diagnostic, est-il nécessaire de démontrer la présence de gonocoques dans l'exsudat ou de retrouver dans l'anamnèse la preuve du transport du pus blennorrhagique sur l'œil.

Anatomie pathologique. — Aucune affection blennorrhagique n'est mieux connue au point de vue microscopique que la conjonctivite gonorrhéique. Ces résultats sont surtout dus aux recherches de BUMM qui portent, il est vrai, presque exclusivement sur des yeux de nouveau-nés atteints de cette affection. Ces

recherches ont démontré que les gonocoques pénètrent dans l'épithélium cylindrique et s'avancent, par la substance intercellulaire, jusque contre le corps papillaire; ils respectent les parties recouvertes d'épithélium pavimenteux ou d'épithélium de transition, telles que les bords des paupières, la cornée. Ils arrivent même jusque dans les couches superficielles du tissu sous-épithélial où on les trouve le plus souvent en liberté, rarement englobés dans une cellule de pus. Il est rare de les voir s'enfoncer plus profondément dans les tissus en formant des traînées qui répondent peut-être à des espaces lymphatiques. Cette invasion microbienne amène d'une part la chute de toute la couche épithéliale, d'autre part elle détermine, au sein du tissu cellulaire de la conjonctive, une abondante diapédèse de globules blancs, de cellules d'infiltration et enfin, la suppuration. Lors du travail de régénération, il se forme, aux dépens des débris restés intacts, un nouvel épithélium dont la couche superficielle s'aplatit comme un épithélium pavimenteux et forme un rempart protecteur contre toute nouvelle invasion de gonocoques, contre une récurrence du mal. Le foyer principal de pullulation des gonocoques se trouve dans le pus et l'épithélium; au contraire, ceux qu'on rencontre dans le tissu sous-épithélial périssent bientôt, parce qu'ils n'y trouvent pas les éléments nécessaires à leur accroissement. Aussi, dès que l'épithélium pavimenteux néoformé a établi une barrière contre une nouvelle invasion microbienne, voit-on les phénomènes morbides s'amender et la guérison s'établir. Bien que ces résultats ne soient acquis qu'à la suite des recherches sur la conjonctive, nous pouvons cependant conclure avec assez de vraisemblance que le processus pathologique est analogue sur les autres muqueuses dont nous avons eu à nous occuper jusqu'ici.

Étiologie. — Le transport du pus infectieux sur la conjonctive se fait de différentes façons: tantôt un malade atteint d'urétrite blennorrhagique se frotte l'œil au moyen du doigt souillé par le pus; tantôt, il met au contact de l'œil des linges contaminés, essuie-mains, chemises, mouchoirs. Suivant un préjugé encore répandu par places, il suffirait pour guérir les maux d'yeux d'appliquer sur l'œil malade des linges trempés dans l'urine: on comprend que ce remède peu ragoûtant puisse devenir une cause d'infection pour la conjonctive. Les médecins, les garde-malades, les accoucheuses peuvent aussi s'infecter en

se salissant les doigts lors de l'examen de malades atteints d'affections vénériennes blennorrhagiques. Dans d'autres cas, ce n'est pas de l'appareil génital que part l'affection; elle peut être transmise par un malade atteint de conjonctivite blennorrhagique; ce mode de contagion menace surtout le médecin et l'entourage, ainsi que les autres malades qui se trouvent en rapport avec les individus atteints de conjonctivite blennorrhagique.

Signalons encore tout particulièrement le danger pour l'œil sain d'être infecté par l'œil primitivement malade. Ordinairement l'affection n'atteint d'abord qu'un seul œil et pour des motifs faciles à comprendre, plus souvent l'œil droit; la situation s'aggrave naturellement quand le second œil est entrepris. — Malgré la gravité et la violence que présentent les symptômes aussitôt que le contagion a pris racine sur la muqueuse conjonctivale, nous devons cependant admettre que l'inoculation du microbe sur cette muqueuse doit rencontrer de grands obstacles et ne peut s'effectuer que dans certaines conditions prédisposantes. On ne saurait expliquer autrement que la conjonctivite blennorrhagique soit, en définitive, une complication rare de la chaude-pisse, étant donné la fréquence si grande de cette dernière affection, l'absence de toute précaution et le manque souvent incroyable des soins les plus élémentaires de propreté. — La conjonctive des nouveau-nés paraît présenter une plus grande réceptivité à l'infection que celle des adultes.

Traitement. — Il est exceptionnel que l'aide du médecin soit réclamée dans les premières heures qui suivent l'inoculation bien constatée de la conjonctive; dans ces cas, on peut arriver à faire avorter la maladie à l'aide de solutions antiseptiques et d'instillations de nitrate d'argent à 1-2 p. 100. — Si la maladie s'est déclarée, le premier soin, le plus important de tous, sera, si les deux yeux ne sont déjà pas atteints, de protéger l'œil sain contre le *danger imminent de la contamination*. On se sert dans ce but d'un pansement imperméable combiné de la manière suivante: l'œil est recouvert d'un petit morceau de toile muni d'un tampon d'ouate; au-dessus se place un morceau de toile un peu plus grand, enduit de collodion et dont les bords sont fixés soigneusement par ce collodion au front, au dos du nez, aux joues. Pour arriver à une occlusion plus complète encore, on se sert d'une feuille de gutta-percha (gutta-percha laminée) dont on

frotte les bords à l'aide d'un tampon d'ouate imbibé de chloroforme, ce qui lui permet d'adhérer à la peau. On enlève cet appareil tous les jours (en observant évidemment les précautions les plus minutieuses) afin de pouvoir nettoyer l'œil sain et de s'assurer de son intégrité. — Le traitement de l'œil malade lui-même comprend deux phases bien distinctes : aussi longtemps que les phénomènes inflammatoires sont encore en progrès ou qu'ils restent à leur apogée, l'indication première est d'enlever la sécrétion qui baigne le sac conjonctival et de faire sur l'œil des applications froides. Pour nettoyer l'œil, on met, autant que possible, les paupières en ectropion, puis on enlève la sécrétion en tamponnant la conjonctive avec de l'ouate mouillée et en exprimant dans l'œil une compresse imbibée d'un liquide antiseptique (Ac. borique 3 p. 100 ; sublimé 0,1 : 500,0 ; eau de chlore). Il faut éviter de seringuer l'œil en raison du danger que présente cette petite opération pour celui qui la fait. Ces lavages doivent être répétés toutes les demi-heures pendant le jour et au moins toutes les heures la nuit. Pour faire ces applications froides on se sert avec avantage de compresses de toile refroidies sur de la glace et qu'on renouvelle toutes les deux ou trois minutes. Les scarifications de la conjonctive réussissent à diminuer la tension exagérée dont celle-ci est le siège. Lorsque les phénomènes inflammatoires sont très intenses, l'atropine en instillations, une émission sanguine locale et parfois un purgatif trouvent leur indication. Il va sans dire qu'il faut observer un repos absolu au lit. A ce stade de la maladie, l'emploi des caustiques est contre-indiqué d'une façon absolue.

On continue ce traitement jusqu'au moment où le gonflement a disparu et que l'exsudat a pris un aspect purulent ; c'est alors seulement qu'intervient le traitement par les caustiques. L'agent le plus actif est le nitrate d'argent, sous forme de crayon mitigé ou en solution à 1 ou 2 p. 100 ; on met la paupière en ectropion, puis, en protégeant le mieux possible la conjonctive bulbaire, on badigeonne la muqueuse palpébrale, au moyen d'un pinceau trempé dans cette solution. Pour réussir à bien préserver le bulbe oculaire, un aide le recouvre au moyen de la paupière qu'on n'a pas renversée. Après la cautérisation on neutralise l'excès de nitrate d'argent au moyen d'une solution de chlorure de sodium. Il faut, au début, être très prudent dans ces cautérisations ; on fera bien d'employer d'abord une solution un

peu faible, afin de s'assurer si la maladie est bien arrivée au stade auquel les caustiques sont indiqués. On ne répète cette cautérisation que lorsque l'escarre produite par la cautérisation précédente est tout-à-fait éliminée, en moyenne toutes les 24 heures. Après chaque séance, on fait, pendant quelques heures des applications froides sur l'œil.

Pour le traitement des complications cornéennes, nous renvoyons le lecteur aux traités spéciaux d'oculistique.

La conjonctivite blennorrhagique des nouveau-nés mérite une description spéciale : dans beaucoup de cas (et ce sont les plus graves) elle est déterminée par le transport sur l'œil d'un pus contenant des gonocoques ; dans d'autres, au contraire, la sécrétion infectante n'est pas gonorrhéique. Souvent la contamination se fait déjà pendant l'accouchement, le pus blennorrhagique arrivant au contact des yeux de l'enfant lors du passage de la tête dans le canal cervico-vaginal. Mais même après la naissance, la contagion se produit assez souvent encore ; la mère ou les personnes qui soignent l'enfant servent alors d'intermédiaires en mettant en contact avec les yeux du nouveau-né leurs doigts ou des linges souillés de pus. Dans les maternités et dans les asiles d'enfants trouvés, on voit parfois par négligence ou malpropreté du personnel, la maladie passer d'un enfant à un autre et prendre, dans ces conditions, une extension considérable.

La maladie débute ordinairement dans les premiers jours qui suivent la naissance ; elle a tout-à-fait la même évolution que chez l'adulte. On constate aussi comme symptômes principaux l'énorme tuméfaction des paupières et l'abondance de l'exsudat ; lorsqu'on entr'ouvre les paupières, énergiquement contractées par le blépharospasme, il arrive souvent que le pus s'échappe sous forme de jet. Malheureusement les complications cornéennes sont précoces et c'est là une des principales causes de la cécité. Le traitement sera dirigé suivant les principes énoncés plus haut ; seulement, la prophylaxie de l'affection présente ici une importance toute spéciale. Lorsqu'on a la certitude ou seulement le soupçon que la mère est atteinte d'une affection gonorrhéique, il faut avant tout pratiquer une désinfection minutieuse des voies génitales. Le traitement prophylactique appliqué aux yeux du nouveau-né donne encore de meilleurs résultats ; le moyen par

excellence consiste à faire dans chaque œil, immédiatement après la naissance, une seule instillation de deux gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 2 % (CRÉDÉ). C'est en observant strictement ces précautions qu'on parvient à réduire à un minimum insignifiant le nombre des cas d'ophtalmie purulente observés dans les maternités où, avant l'adoption de ce traitement, on les rencontrait d'une façon courante.

CHAPITRE XIII

LA BLENNORRHAGIE, MALADIE GÉNÉRALE

Longtemps on a cru que la blennorrhagie était et restait une maladie locale et que le virus n'avait aucune tendance à se répandre dans l'organisme. Une étude clinique plus attentive a fait modifier cette manière de voir : l'apparition, au cours d'une uréthrite, de certains phénomènes généraux, indiquant une véritable infection, ainsi que la constatation de foyers métastatiques aux articulations, au cœur, ont fait voir que dans certaines circonstances, la blennorrhagie pouvant devenir un processus à retentissement éloigné, soit par les métastases du gonocoque lui-même, soit par l'action de ses toxines.

Nous avons vu, en parlant du gonocoque, que celui-ci pouvait traverser toutes les variétés d'épithéliums, avec une facilité variable suivant la structure de ceux-ci. Non seulement ils les traversent, mais ils peuvent pénétrer dans le tissu cellulaire, se répandre autour des vaisseaux et y pénétrer (Wertheim); cette dernière constatation permet d'expliquer la possibilité d'une infection générale ou d'une métastase. Cette infection générale dérive de l'envahissement du sang par les gonocoques. Or celui-ci a été expérimentalement démontré (WILANDER, AHMAN). On a pu constater leur présence dans le sang, en faire des cultures, et dans un cas d'Ahman l'inoculation de la culture sur un homme jeune donna des résultats positifs.

Ces généralisations et ces métastases ne sont pas des complica-

tions fréquentes de l'urétrite blennorrhagique; beaucoup d'entre elles évoluent sans les présenter. Il est toutefois bon de remarquer que les recherches récentes tendent à augmenter le nombre de ces manifestations de la gonorrhée.

Les affections blennorrhagiques dont nous nous occupons actuellement atteignent; 1° l'appareil locomoteur (articulations, tendons, bourses synoviales, muscles); 2° le système nerveux central et périphérique; 3° le cœur et enfin 4° les yeux et 5° la peau.

1° Appareil locomoteur. — Pour l'étude des localisations articulaires de la blennorrhagie, nous renvoyons au chapitre XIV.

La **périostite blennorrhagique** atteint de préférence les doigts, les orteils, la clavicule, le calcanéum. Ce sont des tuméfactions circonscrites, douloureuses à la pression, montrant peu de tendance à la disparition spontanée. Après leur guérison, il n'est pas rare de voir persister une nodosité dure, par prolifération osseuse. C'est à la périostite du calcanéum que certains auteurs attribuent la *talalgie* blennorrhagique, assez caractéristique par elle-même. Cette talalgie existe en un point, le plus souvent à la face plantaire du talon. La pression du doigt, la station debout l'exagèrent notablement.

La **ténosite blennorrhagique** a un début relativement aigu; elle se manifeste surtout aux mains et aux pieds. L'évolution de ces ténosites ressemble dans l'ensemble à celle d'une ténosite banale, sauf la lenteur de la régression.

La **synovite blennorrhagique** est tantôt aiguë, tantôt chronique; d'habitude elle guérit bien, mais dans d'autres cas elle passe à l'état chronique.

La **myosite blennorrhagique** est infiniment plus rare; elle n'est même pas jusqu'ici démontrée d'une façon indiscutable.

Le traitement du rhumatisme blennorrhagique sera développé au chapitre XIV. Pour les ténosites, synovites, on s'occupera de guérir l'urétrite, point de départ de l'affection et de chercher la régression du mal par la révulsion locale, spécialement par l'application de pointes de feu. Quand le cas a une tendance à devenir chronique ou à laisser un résidu gênant, on prescrira avec avantage de l'*iodure de potassium*.

2° Système nerveux.

a) Système nerveux central.

La **méningo-myélite blennorrhagique** se présente sous deux formes. Dans sa forme **aiguë**, elle donne rapidement