

Cette constatation est tellement banale qu'il n'y a pas lieu d'insister. La spécificité du gonocoque résulte encore de ce fait que, dans les urétrites que la clinique conduit à séparer de la blennorragie, on voit ce micro-organisme faire défaut.

Dans l'urétrite chronique, le gonocoque se rencontre d'autant plus souvent qu'on est moins éloigné du début et, en faisant des examens multipliés du pus blennorrhéique à plusieurs jours d'intervalle, on le trouve presque toujours (Neisser). Lorsqu'il fait défaut avant la guérison complète de l'urétrite, on peut provoquer sa réapparition dans le pus au moyen d'une injection de sublimé au 20 000<sup>e</sup> (Neisser), ou de nitrate d'argent au 1000<sup>e</sup>, ou de l'ingestion de bière. Le gonocoque persiste pendant plusieurs années dans l'urètre à la suite d'une blennorragie; ses reviviscences sont, plus encore que des inoculations nouvelles, l'origine des récurrences de la blennorragie. Cependant il se peut que certains cas d'urétrite chronique post-blennorrhagique soient dus à une infection urétrale par un microbe autre que le gonocoque.

Dans la blennorragie de la femme, on ne trouve jamais le gonocoque à l'état de pureté. Les associations microbiennes expliquent aisément le fait, que, dans beaucoup de vulvites, de métrites, de salpingites, causées par le gonocoque, on ne trouve plus à un moment donné que des microbes de la suppuration.

Le gonocoque se rencontre également dans les lésions blennorrhagiques des muqueuses extra-génitales. C'est ainsi qu'on l'observe dans les conjonctivites des nouveau-nés et les conjonctivites blennorrhagiques de l'adulte.

Quant au rôle du gonocoque dans les localisations profondes du processus blennorrhagique, il sera exposé à propos du rhumatisme blennorrhagique.

La valeur pathogène du gonocoque est démontrée d'une façon irréfutable par les inoculations de ses cultures. Les inoculations faites dans l'urètre de sujets sains par Bumm, Anfuso, Wertheim, Menge, Steinschneider, Finger, etc., ont donné des résultats absolument démonstratifs. Ces inoculations semblent ne réussir que chez l'homme : Wertheim est parvenu à produire des péritonites chez la souris et le cobaye, mais les expériences sur les muqueuses des animaux ont échoué sans exception.

**Localisations diverses du processus blennorrhagique.** — Par ses localisations sur les muqueuses des voies urinaires, la blennorragie appartient plus à la chirurgie qu'à la médecine. Aussi nous ne donnerons qu'une description très résumée de la blennorragie uro-génitale.

Quant à ses localisations viscérales, leur description complète ferait double emploi avec celles qui doivent en être données dans les divers chapitres ayant trait aux affections des divers viscères. Nous n'en rappellerons ici que les données utiles pour la compréhension générale du processus blennorrhagique.

Nous insisterons davantage sur ses manifestations articulaires, qui constituent ce que l'on a appelé le rhumatisme blennorrhagique.

### BLENNORRAGIE URO-GÉNITALE DE L'HOMME

(URÉTRITE BLENNORRAGIQUE)

**Etiologie.** — La blennorragie urétrale de l'homme a pour origine l'importation du gonocoque : l'existence de ce parasite à l'état saprophytique, admise par Zeissl et par Eraud, est aujourd'hui rejetée.

Le gonocoque se transmet presque toujours dans les rapports sexuels : sa longue persistance chez la femme, dans des replis de la muqueuse ou dans les orifices glandulaires, facilite la contagion.

La contamination se fait bien plus rarement par les objets de toilette, des linges, des sondes, divers instruments.

La blennorragie urétrale peut s'observer chez les jeunes garçons, à la suite de rapports sexuels précoces ou de contaminations accidentelles, elle est cependant très rare et surtout si on la compare à la fréquence de la blennorragie uro-génitale des petites filles.

**Symptômes.** — Bien différente des urétrites banales provoquées par des causes banales, malpropreté, injections irritantes, coït avec une femme atteinte de leucorrhée simple, l'urétrite de la blennorragie ne survient que trois, quatre ou cinq jours après la contagion. Latente est la période d'incubation et aucun symptôme ne révèle la lésion urétrale qui est en train de se développer.

Du troisième au cinquième jour, le malade éprouve quelques sensations de prurit, de cuisson légère, surtout pendant la miction. Il examine le gland qui est un peu tuméfié, le méat est un peu rouge, et la pression fait sortir une goutte de liquide clair ou grisâtre, filant. Rarement, il y a des douleurs péri-néales et un malaise général avec troubles gastriques.

Les jours suivants, l'écoulement se modifie, les douleurs augmentent ; vers le dixième jour, l'urétrite se présente avec tous ses symptômes.

La verge et surtout le gland sont tuméfiés, sensibles à la pression ; l'urètre fait saillie sous la verge, il est dur et noueux, la palpation en est douloureuse.

Le méat est rouge, humide, ses lèvres sont tuméfiées ; si l'on presse sur le canal, il en sort un liquide caractéristique : clair au début, il se fonce ensuite et devient de plus en plus épais ; il est gris, puis jaunâtre, puis verdâtre, quelquefois strié de sang ; il détermine sur la chemise du malade de larges taches empesées, d'une teinte verte au centre, jaune à la périphérie. Sous l'influence du moindre écart de régime, sa quantité augmente.

Les douleurs spontanées sont peu vives. Cependant elles peuvent être éveillées par la station assise longtemps prolongée ou par une marche un peu longue, la fatigue, etc. Mais si le malade souffre peu, quand le canal est au repos, il en est autrement pendant la miction, qui est horriblement pénible dans les urétrites aiguës survenant chez des individus vigoureux. Le passage de l'urine détermine une sensation que le malade compare à une brûlure extraordinaire, celle d'un fer rouge, par exemple. Aussi le voit-on retarder de plus en plus le moment où il urinerait, et, quand il est forcé de vider sa vessie, prendre les positions les plus bizarres pour diminuer sa torture.

La nuit surtout, il souffre atrocement. Des érections continuelles le tourmentent; elles sont d'autant plus cruelles que le canal, modifié dans son élasticité, ne peut suivre le mouvement de la verge, il fait saillie au-dessous d'elle « comme la corde d'un arc », et telle est la douleur que certains malades croient la calmer en brisant la corde, manœuvre qui produit la rupture de l'urètre avec tous ses accidents. Qu'une éjaculation, spontanée ou non, survienne, et ce sera une autre souffrance, différente de caractère : le sperme sera rare, quelquefois sanguinolent.

C'est pendant cette période, du dixième au cinquantième jour, que surviennent les complications de voisinage, balanite, cystite, prostatite, épiddymite.

Avec ou sans ces complications, vers le quarante-cinquième jour en moyenne, en réalité à un moment très variable suivant les sujets et le traitement employé, les douleurs diminuent un peu et l'écoulement urétral se modifie. Il redevient jaune, puis grisâtre, puis blanchâtre, les mictions sont moins pénibles, les érections moins fréquentes. Le malade, se hâtant quelquefois trop de se soustraire à l'hygiène sévère qui lui a été imposée, provoque une nouvelle poussée d'urétrite aiguë qui, du reste, peut survenir spontanément, peu d'affections étant aussi sujettes aux rechutes comme aux récidives.

Enfin, le malade parvient à la fin de sa triste histoire : l'écoulement devient imperceptible, ne se montre plus que le matin, longtemps après que le malade a uriné. La guérison se fait, à moins que l'urétrite ne passe à l'état chronique.

La maladie peut présenter une marche subaiguë, avec écoulement moins abondant, moins verdâtre, douleurs moins vives. Elle survient surtout chez les individus de faible santé et tend encore plus souvent que l'urétrite aiguë à être suivie de blennorrhée.

La durée de l'urétrite aiguë est difficile à déterminer; si l'on connaît la date du début, on ne peut fixer exactement celle de la fin, et beaucoup de malades, à la fin du troisième mois de leur chaudepisse, présentent encore une légère goutte, au réveil. Mais la durée peut être beaucoup plus longue, s'il se fait des poussées nouvelles d'urétrite, et atteindre 8 mois, 10 mois avant la guérison ou le passage à l'état chronique.

**Anatomie pathologique.** — La blennorrhagie urétrale débute par un catarrhe épithélial avec infiltration, tuméfaction et hyperémie de la muqueuse; il se produit une exsudation d'abord composée de mucus pauvre en leucocytes, puis de plus en plus purulent, et ayant pour origine non seulement la surface de la muqueuse mais encore les glandes.

Les gonocoques occupent non seulement la surface de l'épithélium, mais encore ses cellules; ils ne pénètrent cependant pas profondément dans le chorion, sauf lorsque celui-ci n'est pas protégé par un épithélium résistant (Finger, Ghon et Schlagenhauser). On les voit pénétrer dans les glandes, où leur persistance est la cause des rechutes et où ils peuvent déterminer des suppurations périglandulaires (Pellizzari, etc.).

Les travaux récents de Lohnstein, Jadassohn<sup>(1)</sup>, etc., ont montré que la blennorrhagie, loin de se limiter à l'urètre antérieur, envahit l'urètre postérieur dans un très grand nombre de cas (75 pour 100 environ). L'urétrite postérieure ne

<sup>(1)</sup> F. KOCH. Zur Diagnose und Häufigkeit der Urethritis posterior gonorrhoea. *Archiv f. Dermatol.*, 1894, t. XXIX, p. 399.

peut donc plus être considérée comme une complication de la blennorrhagie, comme on le pensait auparavant.

**Diagnostic.** — Il est des plus simples en général. Une *balano-posthite* avec phimosis consécutif donne lieu à un écoulement abondant par l'orifice préputial; mais les douleurs sont limitées à l'extrémité du gland, l'écoulement n'est pas aussi épais, ni aussi jaunâtre; cependant on sera forcé de guérir la balano-posthite avant d'être sûr qu'elle ne cache pas une blennorrhagie urétrale.

Les *chancres intra-urétraux*, syphilitiques ou simples, siègent de préférence dans la fosse naviculaire. S'ils sont plus profonds, on ne peut les constater par la vue, ils forment une petite tumeur urétrale limitée, et s'accompagnent d'un écoulement blanchâtre, sanieux, toujours moins abondant que celui de l'urétrite, sans douleurs dans la partie profonde de l'urètre.

Le diagnostic le plus difficile est celui de l'*urétrite simple*, et il y a peu de temps que nombre d'auteurs le déclaraient impossible ou inutile au moins, toutes les urétrites étant considérées comme de même nature<sup>(1)</sup>. Mais la notion de la spécificité de la blennorrhagie a fait disparaître la confusion. L'urétrite simple est due à l'onanisme, à la malpropreté du gland et du méat, à une injection urétrale irritante ou septique; elle peut même être due au coït avec une femme atteinte d'écoulement vaginal ou de vulvite simples, non blennorrhagiques. Les symptômes sont peu graves, elle ne dure que quelques jours; les douleurs sont peu prononcées, l'écoulement n'a jamais les caractères de celui de la chaudepisse vraie; l'examen du pus ne permet pas d'y constater la présence du gonocoque.

**Pronostic.** — Le pronostic de l'urétrite blennorrhagique est à réserver. En outre des complications de voisinage, le malade est toujours exposé à des attaques de rhumatisme blennorrhagique. S'il est imparfaitement soigné, ou si sa santé générale laisse quelque peu à désirer, il a toutes les chances possibles de ne pas guérir de son urétrite, qui devient chronique.

**Traitement.** — Non moins que des prescriptions médicamenteuses, le traitement de l'urétrite blennorrhagique comporte des prescriptions hygiéniques.

Tout d'abord, la propreté absolue de la verge, qui doit être enveloppée d'un linge de toile, et du méat, qui doit être protégé avec un tampon d'ouate hydrophile inséré sous le prépuce, des lavages répétés des organes génitaux. Le malade, prévenu du danger de la conjonctivite purulente, doit éviter le contact des yeux avec les mains souillées de pus urétral.

Les boissons alcooliques quelles qu'elles soient, le café, le thé, les aliments épicés, les crustacés, les coquillages, les aliments acides doivent être proscrits de son régime alimentaire, tant que durent les phénomènes aigus, et tolérés en petites quantités seulement lorsque ceux-ci sont calmés. Les boissons consistent en lait, tisanes de chiendent, de graine de lin, données abondamment s'il n'y a pas de douleurs.

Le malade conservera le repos, relatif si la blennorrhagie est d'intensité moyenne, complet si elle est très aiguë. Les bains sont généralement un bon moyen calmant.

<sup>(1)</sup> ERAUD, Des uréthrites non gonococciques. *C. R. de la 2<sup>e</sup> session de l'Association française d'urologie* 1897, p. 54. — NOGÈS, Des uréthrites non gonococciques. *Idem*, p. 69.

Le traitement proprement dit peut être soit interne soit local.

Le traitement interne est un traitement opportuniste, car il n'y a aucun spécifique de la blennorragie.

Une fois l'écoulement établi, le malade devra éviter toutes les causes d'irritation urétrale : boissons alcooliques, aliments épicés, etc. Les boissons alcalines, l'eau de Vichy naturelle ou artificielle, prises en grande quantité, agissent utilement en diluant l'urine et en diminuant son acidité.

Parmi les médicaments empiriques qu'on a essayés, un grand nombre ont été abandonnés sans espoir de retour. Dans les premiers jours d'une urétrite blennorragique, on doit se garder de toute médication interne énergique. A cette époque, on peut administrer à la dose de 2 à 5 grammes par jour le salol qui semble avoir quelque utilité en communiquant à l'urine des propriétés antiseptiques, le salicylate de soude à la dose de 2 à 4 grammes par jour, le bicarbonate de soude à la dose de 5 à 6 grammes par jour, qui ont pour effet de diminuer l'acidité des urines et de les rendre moins irritantes pour l'urètre. Puis, lorsque l'écoulement commence à décroître, mais à cette époque seulement, peuvent intervenir les balsamiques, copahu, cubèbe, santal : l'opiat de copahu et de cubèbe, qui a été pendant longtemps d'emploi courant dans le traitement de la blennorragie, est aujourd'hui remplacé le plus souvent par le santal. Dans la règle, sous l'action des balsamiques, l'écoulement se modifie rapidement et diminue ou même disparaît dans l'espace de 10 à 15 jours.

Cependant la durée du traitement interne est si longue, les balsamiques à doses suffisantes et prolongées déterminent si souvent des troubles digestifs, qu'on a depuis longtemps cherché à les remplacer par l'introduction directe dans l'urètre de substances médicamenteuses.

On a tout d'abord tenté de faire avorter la blennorragie; pratiquée dans les premières heures de l'écoulement, une injection de nitrate d'argent a de grandes chances d'en arrêter le cours; il ne faut pas cependant promettre au malade un succès certain, et il faut au contraire lui faire savoir que si l'écoulement n'est pas arrêté, la maladie sera aggravée. L'injection de nitrate d'argent, en solution au 100<sup>e</sup> ou au 50<sup>e</sup>, est faite dans la fosse naviculaire et l'urètre antérieur, sans dépasser la région pénienne : elle détermine au bout de quelques heures un gonflement de la verge et un écoulement douloureux qui cesse en 2 ou 3 jours.

A la période de début, il est préférable de recourir aux injections de résorcine ou de permanganate de potasse à 0,20 ou 0,50 pour 1000. Les injections de protéinate d'argent (protargol) à 0,25 pour 100, vantées dans ces derniers temps par Neisser<sup>(1)</sup>, ont le grand avantage d'être beaucoup mieux supportées que les injections de nitrate d'argent et semblent appelées à réaliser un progrès très notable dans la thérapeutique de la blennorragie aiguë.

A la période d'état, sauf les injections détersives à la résorcine et au permanganate de potasse, et peut-être les injections de protargol, le traitement est peu utile.

A la période de décroissance, les injections reprennent une grande importance : c'est le moment de recourir aux astringents : sulfate de cuivre, sulfate de zinc, sulfate de fer, tanin.

Les grands lavages de l'urètre avec une solution de permanganate de potasse, introduite dans la vessie, soit au moyen d'une sonde (Reverdin), soit au moyen

(1) A. NEISSER. Zur Behandlung der acuten Gonorrhoe. Ein neues Silverpräparat : Protargol Prolongirte Injektionen. *Dermatologisches Centralblatt*, 1897, p. 5.

du siphon sans sonde (Janet), ont eu dans ces dernières années une grande vogue. Cette méthode, dans les détails de laquelle nous ne pouvons entrer ici, et qui a l'inconvénient majeur de nécessiter l'intervention biquotidienne du médecin, est surtout applicable aux blennorragies qui ont dépassé la période d'acuité : elle donne parfois des résultats très rapides. Les solutions de protargol peuvent également être employées pour les lavages de l'urètre.

#### URÉTRITE BLENNORRAGIQUE CHRONIQUE

L'urétrite chronique qui survient à la suite de la chaudepisse est en général comme elle de nature gonococcique, ainsi que l'ont établi les recherches de Neisser. Si l'on examine avec soin l'écoulement purulent, on y trouvera le gonocoque, mais il faudra multiplier les préparations et les examens. Cependant il est difficile, actuellement, d'affirmer que toujours une urétrite chronique est gonococcique.

L'urétrite chronique, par son traitement et ses complications, est du ressort de la chirurgie. Les recherches de Guyon et de ses élèves ont prouvé qu'elle est liée à une lésion du cul-de-sac du bulbe, lésion qui consiste anatomiquement en un catarrhe chronique de la muqueuse avec tendance à la sclérose des tissus sous-jacents (Brissaud), et qui souvent s'accompagne, à une époque plus ou moins éloignée, de rétrécissement. La lésion du cul-de-sac du bulbe est constante, elle peut être accompagnée de lésions de l'urètre postérieur se traduisant par des signes de cystite cervicale qui en rendent le traitement plus difficile.

Un écoulement peu abondant, qu'on n'observe bien que le matin quand le malade a uriné depuis longtemps, écoulement tantôt transparent, tantôt un peu purulent, empesant un peu la chemise du malade, quelquefois la colorant légèrement en jaune, est le symptôme essentiel de l'urétrite chronique. Dans les premières fractions de l'urine, il y a toujours quelques filaments qui la rendent trouble.

En raison de l'insidiosité des symptômes, le malade n'attache aucune importance à son affection; mais, de temps à autre, à la suite d'un excès de boisson surtout, l'écoulement augmente et redevient purulent. Au cours de ces petites poussées d'urétrite aiguë peuvent survenir une épididymite, une cystite du col, et toutes les complications de la blennorragie aiguë. De plus, le malade est exposé au rétrécissement, et là est le plus grand danger de sa maladie.

Le diagnostic est facile, mais il faudra éliminer la tuberculose urétrale et juxta-urétrale par les commémoratifs, le toucher rectal surtout. En outre, on devra rechercher au moyen de la sonde s'il existe un rétrécissement.

#### COMPLICATIONS DE L'URÉTRITE BLENNORRAGIQUE

La plupart surviennent au cours de l'urétrite aiguë, mais cependant elles peuvent intervenir dans l'urétrite chronique, au moins au cours d'une poussée d'urétrite aiguë. Ces complications sont : les abcès péri-urétraux qui n'ont pas de gravité, et qui siègent soit au niveau de la fosse naviculaire, soit autour du bulbe de l'urètre, soit dans les glandes de Mery-Cooper, et dans ce dernier cas s'ouvrent sur les côtés du rectum; la prostatite, qui peut se terminer par résolution ou aboutir à la suppuration de la glande et du tissu cellulaire du voisinage; la cystite du col et enfin l'épididymite, dont la pathogénie, longtemps

discutée, doit être aujourd'hui rapportée à la propagation de l'inflammation urétrale. Ces diverses complications sont toutes du ressort de la chirurgie et il n'y a pas lieu de les décrire ici.

#### BLENNORRAGIE URO-GÉNITALE DE LA FEMME

L'étude de la blennorragie de la femme est loin d'être achevée. Il est nécessaire de contrôler le diagnostic par l'examen bactériologique, et c'est seulement quand celui-ci aura été fait qu'on pourra affirmer la blennorragie. Et même il est impossible d'affirmer qu'une vaginite, qu'une salpingite, etc., dont le pus ne contient que les agents ordinaires de la suppuration, n'a pas été causée par le gonocoque, et qu'il ne s'est pas fait une infection secondaire.

Ainsi les muqueuses uro-génitales de la femme ne réagissent pas autrement en présence du gonocoque qu'en présence de tout autre microbe, ou du moins nous ne connaissons pas encore les différences de leurs réactions suivant les différents microbes.

**Urétrite blennorragique.** — L'urétrite de la femme est plus souvent due au gonocoque qu'à un autre agent : Horand a rencontré le gonocoque 164 fois sur 288 cas qu'il a examinés à ce point de vue. Elle est également due le plus souvent au gonocoque chez les petites filles et chez les vierges.

Elle débute par une période aiguë qui dure en moyenne 20 à 50 jours. Les besoins d'uriner sont fréquents, les mictions douloureuses et accompagnées d'une sensation de cuisson. Si l'on introduit le doigt dans le vagin et qu'on pèse de bas en haut sur l'orifice urétral, on fait sortir une goutte de pus.

L'urétrite de la femme se complique rarement de cystite. Son plus grand inconvénient est le passage habituel à l'état chronique et sa durée indéfinie.

Le traitement consiste principalement dans les badigeonnages de la muqueuse avec une solution de nitrate d'argent.

**Vulvite et vaginite.** — L'urétrite peut rester la seule lésion d'une blennorragie qui a disparu des muqueuses génitales une fois sa période aiguë passée; mais à la période aiguë il y a toujours une vulvite, qui est l'origine de la lésion urétrale.

La vulvite chez les petites filles est le plus souvent liée à la présence du gonocoque : les recherches de Fränkel, Morax, Weill et Barjon, Veillon et Hallé<sup>(1)</sup>, Berggrün, etc., ont établi cette relation : il ne faut pas conclure de la présence du gonocoque dans le pus d'une vulvite que celle-ci est le résultat d'un viol; la contamination peut avoir été produite accidentellement par des linges, des éponges, un thermomètre, et par le contact plus ou moins immédiat de parents atteints de blennorragie.

Les abcès de la glande vulvo-vaginale sont le plus habituellement liés à la présence du gonocoque; lorsqu'on y constate d'autres microbes, ceux-ci sont associés au gonocoque ou l'ont fait disparaître<sup>(2)</sup>.

<sup>(1)</sup> VEILLON et J. HALLÉ. Étude bactériologique des vulvo-vaginites chez les petites filles. *Archives de médecine expérimentale*, 1896.

<sup>(2)</sup> DUJON. Étude sur la glande vulvo-vaginale et ses abcès. Thèse de Paris, 1896-1897.

La *vaginite* est plus fréquente que la vulvite, parce que, bien plus souvent que celle-ci, elle persiste à l'état chronique.

**Métrite, salpingite, ovarite et péritonite.** — Il est rare de trouver le gonocoque dans les métrites, alors même qu'elles semblent, à l'origine, être blennorragiques.

La *salpingite* blennorragique a été signalée par Ricord, Requin et Bernutz; dans un nombre assez considérable d'examen bactériologiques du pus des salpingites, on a trouvé le gonocoque; pour Terrillon, la salpingite serait aussi fréquente que l'épididymite blennorragique, et se rencontrerait environ 2 fois sur 10 blennorragies. Les lésions sont ordinairement bilatérales. La salpingite peut être la seule localisation cliniquement appréciable du gonocoque.

Le péritoine est souvent enflammé, soit au voisinage de la trompe atteinte de salpingite, soit sous forme de péritonite aiguë ordinairement mortelle<sup>(1)</sup>.

#### LOCALISATIONS EXTRA-GÉNITALES DE LA BLENNORRAGIE

La plus fréquente des localisations extra-génitales de la blennorragie est la *conjonctivite* : résultant chez l'adulte d'un contact accidentel avec les doigts ou un linge souillé par le pus blennorragique et le plus souvent développée chez le sujet même qui est atteint de blennorragie urétrale, elle est chez le nouveau-né la conséquence de l'infection au passage à travers les parties génitales de la mère atteinte de vaginite ou d'urétrite gonococcique ou d'une contagion par des linges. Comme les autres localisations de la blennorragie, la conjonctivite peut donner lieu à des manifestations générales. L'étude de ses symptômes et de ses complications oculaires relève de l'ophtalmologie.

La *blennorragie de la bouche* peut s'observer à la suite de coït *ab ore*; chez le nouveau-né, elle a été rencontrée par Dohrn et Rosinski, probablement à la suite d'infection au passage. La blennorragie buccale se traduit par une stomatite diffuse et des érosions.

La *blennorragie de la muqueuse nasale* est rare, et quelque peu contestable.

La *blennorragie anale* ou mieux *ano-rectale* n'est pas fréquente<sup>(2)</sup>; elle peut être due à des rapports anormaux ou à la contamination de l'anus par le pus provenant des organes génitaux chez la femme. La rectite blennorragique se traduit par une rougeur intense de la muqueuse anale et des parties adjacentes de la peau, avec érosions ou ulcérations de la muqueuse, écoulement purulent, douleurs vives et ténésme. Elle est justiciable des mêmes modes de traitement que l'urétrite blennorragique.

#### MANIFESTATIONS GÉNÉRALES DE LA BLENNORRAGIE

Il y a peu d'années encore, le chapitre des manifestations générales de la blennorragie ne comprenait que le rhumatisme blennorragique. Son cadre s'est étendu et on a vu successivement s'y ranger, à la suite de recherches bacté-

<sup>(1)</sup> CHARRIER. De la péritonite blennorragique chez la femme (périmétrite, périsalpingite). Thèse de Paris, 1891-1892.

<sup>(2)</sup> A. HUBER. Ueber Gonorrhœa recti. *Wiener medicinische Wochenschrift*, 1898.