

généralement de courte durée, la blennorrhagie devient rapidement indolente, ce qui explique, en partie, la facilité avec laquelle s'effectue la contagion. Le muco-pus vaginal de la blennorrhagie aiguë contient des gonocoques, mais après la phase aiguë les gonocoques peuvent disparaître du pus vaginal, bien qu'ils existent encore dans l'urèthre (Welander¹). L'*urétrite blennorrhagique*, plus rare chez la femme que chez l'homme, provoque une vive douleur à la miction. On peut facilement faire sourdre une gouttelette de pus par le méat, en exerçant d'arrière en avant une pression sur la paroi inférieure de l'urèthre. La cystite du col est fréquente.

COMPLICATIONS DE LA BLENNORRHAGIE

Complications chez l'homme². — Pendant la période aiguë, l'infection gonococcique peut s'étendre soit en profondeur et déterminer des lésions péri-urétrales (folliculite, cavernite, cowpérite), soit en surface et atteindre les organes dont la muqueuse se continue avec celle de l'urèthre (balano-posthite, prostatite, épидидymite, cystite, pyélo-néphrite); ces derniers accidents sont le résultat de la *blennorrhagie ascendante*. Les lacunes, les cryptes, les canaux glandulaires, qui communiquent avec l'urèthre, sont souvent infectés, il en résulte soit des abcès, soit des réservoirs à gonocoques prêts à réinfecter l'urèthre après guérison apparente de la blennorrhagie. La *prostatite* blennorrhagique est aiguë ou chronique; elle est habituellement une conséquence directe de l'urétrite postérieure. Le plus souvent, tout se borne à une vive congestion de l'organe; mais parfois il y a suppuration.

L'orchite, ou plutôt l'*épididymite blennorrhagique*, apparaît surtout du quinzième au trentième jour; elle s'accom-

1. Welander. *Revue génér. de méd. chir. et obstétr.*, 1892, n° 6.

2. Pour l'étude des complications de la blennorrhagie, on trouvera les renseignements les plus documentés dans l'excellente thèse de Marcel Sée: *Le Gonococque*. Paris, 1896.

pagne de *vaginalite* et elle s'annonce par une douleur très vive au testicule et sur le trajet du cordon. La peau des bourses est rouge, violacée, et le scrotum est tuméfié. Les douleurs sont accrues par la marche, par le froissement des jambes (aussi les malades avancent-ils les jambes écartées); elles s'irradient jusque dans les lombes. Ordinairement unique, l'orchite peut être double, que les deux testicules soient pris simultanément ou consécutivement. Elle guérit sans suppuration, sauf dans quelques cas exceptionnels. On a constaté le gonococque dans le pus de l'orchite suppurée (cas de Routier, cas inédit de Griffon). Le repos au lit, les applications de sangsues dans les cas aigus et très douloureux, les frictions d'onguent napolitain belladonné ou de gaiacol, le suspensoir ouaté permettant la marche dans les cas moins intenses, tel est le traitement à mettre en usage. Le vrai danger de l'orchite blennorrhagique double, c'est la fréquence de l'*azoospermie* avec toutes ses conséquences au point de vue de la procréation. La résolution en tout cas est longue; et pendant des mois, quelquefois toujours, persiste une induration de la queue de l'épididyme.

La *péritonite* blennorrhagique est absolument rare chez l'homme; elle a néanmoins été signalée. C'est en tout cas une péritonite fort limitée (Norowitz). On explique sa pathogénie de différentes façons; la blennorrhagie ascendante se ferait par les vaisseaux lymphatiques et sanguins du cordon spermatique, ou par l'extrémité supérieure du canal déférent qui est recouverte par le péritoine ainsi que par la vésicule séminale (spermatocystite), ou enfin par un lymphatique particulier du canal déférent (Zeissl).

On donne le nom de blennorrhée au léger écoulement chronique qui peut être le reliquat de la blennorrhagie. La *blennorrhée* n'est généralement pas douloureuse; à part la goutte de pus que l'on fait sourdre du méat le matin au lever, le malade n'y prend pas garde; mais à l'occasion de fatigue, d'excès, d'abus de bière, l'écoulement peut augmenter tout en restant habituellement indolent. Dans l'intervalle des poussées, le muco-pus peut

contenir une foule de micro-organismes, hôtes habituels de l'urèthre, ou microbes de la suppuration; le gonocoque ne reparait habituellement qu'au moment des poussées.

Les rétrécissements de l'urèthre, avec tout leur cortège de complications, constituent un des accidents à longue échéance de la blennorrhagie.

Complications chez la femme. — La blennorrhagie ascendante ou pelvienne est autrement grave chez la femme que chez l'homme. Cette blennorrhagie ascendante débute par le col de l'utérus, ce qui est presque constant; elle gagne de là le corps de l'utérus et détermine une métrite blennorrhagique aiguë due au gonocoque avec ou sans autres associations microbiennes. La métrite chronique peut succéder à la métrite aiguë, ou s'installer d'emblée sous forme de métrite chronique dans le cours d'une blennorrhagie chronique.

La bartholinite aiguë est presque constamment blennorrhagique; la bartholinite chronique l'est toujours. L'analyse bactériologique y décèle, soit le gonocoque seul, soit une association du gonocoque avec des microbes anaérobies. Le pus de l'abcès glandulaire dans ce dernier cas est souvent fétide.

Dans sa migration ascendante, le gonocoque, associé ou non à d'autres microbes, peut provoquer les redoutables affections des annexes et du péritoine, *salpingites, ovarites, périmétrites, péritonites*. Bosc a réuni 20 cas dans lesquels le gonocoque pouvait être incriminé (Schmitt, Zweifel, Menge, etc.); dans ces cas rentrent trois observations de Wertheim, qui a trouvé le gonocoque non seulement dans le pus, mais même dans la paroi des trompes; il a pu démontrer ainsi que les microbes traversent les parois tubaires pour atteindre les ovaires et le péritoine. Dans un travail fort intéressant, Hartmann et Morax¹ ont signalé 13 fois le gonocoque dans le pus des trompes, 15 fois le pus était stérile; il contenait des streptocoques

1. Hartmann et Morax. *Soc. de chir.*, mai 1894.

4 fois, des coli-bacilles 1 fois, du pneumocoque 1 fois. Reymond¹ a bien montré le processus de l'infection blennorrhagique se faisant de l'utérus à la trompe par migration ascendante le long de la muqueuse.

Il est donc avéré aujourd'hui que, dans un grand nombre de maladies de l'utérus, des annexes et du péritoine pelvien, c'est le gonocoque qui est le plus souvent en cause, et les lésions que provoque le gonocoque prédisposent au développement de l'infection streptococcique après l'accouchement ou après l'avortement. Toutes ces considérations ont été mises en relief et méthodiquement discutées dans la remarquable thèse de mon ancien interne Charrier². Nous savons maintenant que l'infection gonococcique et l'infection puerpérale, isolées ou associées, sont les deux grandes causes des salpingites, ovarites, périmétrites, péri-salpingites, péri-ovarites, péritonites. Leyden³ vient de publier un cas curieux de péritonite à gonocoques.

Cliniquement, la *blennorrhagie pelvienne* chez la femme a des allures qui sont différentes suivant qu'elle affecte une forme aiguë ou une forme chronique. La blennorrhagie pelvienne aiguë, qui survient chez les jeunes filles récemment déflorées, chez les jeunes femmes récemment mariées, est caractérisée par des réactions péritonéales parfois très marquées se produisant quelques jours après la contamination. C'est surtout à la première époque menstruelle qui suit la contagion que surviennent les symptômes de l'infection pelvienne. Tantôt les règles sont en retard, tantôt elles sont en avance, presque toujours elles sont modifiées. En même temps éclatent au bas-ventre, avec ou sans fièvre, de violentes douleurs, avec sensibilité extrême des parois, vomissements, constipation, en un mot le syndrome péritonitique; la prédominance des lé-

1. Reymond. *Th. de Paris*, 1895.

2. Charrier. *De la péritonite blennorrhagique chez la femme, périmétrisalpingite, péri-ovarite*. Paris, 1892 (ouvrage couronné par l'Académie de médecine).

3. Leyden. *Soc. de méd. interne de Berlin*, séance du 27 novembre 1899.

sions au niveau des annexes droites peut simuler l'appendicite. Le toucher est douloureux et difficile; on arrive parfois à constater une masse assez volumineuse, résistante, qui occupe les culs-de-sac, et au milieu de laquelle l'utérus est comme enclavé et immobilisé.

Cette blennorrhagie pelvienne aiguë garde toute son intensité pendant la durée des règles, puis les symptômes s'amendent au point de faire croire à la guérison. Mais à mesure que l'époque cataméniale suivante se rapproche, le syndrome péritonitique, lui aussi, se montre à nouveau. C'est la forme rémittente de Noggerath; non traitée, elle peut aboutir à la suppuration, bien qu'il s'agisse, au début, de périméto-salpingite séro-cédémateuse, plus que de suppuration pelvienne vraie. Ce sont ces formes qui, anatomiquement, ressemblent à l'orchite blennorrhagique de l'homme.

La blennorrhagie pelvienne *chronique* succède aux poussées aiguës ou s'installe chronique d'emblée. Elle est caractérisée par des réactions péritonéales peu marquées, par des troubles de la menstruation avec aménorrhée précédant les métrorrhagies périodiques. Chez une jeune femme qui, après les premiers rapprochements sexuels, présente des douleurs et des anomalies de menstruation que l'état général ne peut pas expliquer, il faut penser à la blennorrhagie. Le syndrome péritonitique de la forme aiguë n'existe pas ici, mais par contre il y a un syndrome utérin (Pozzi) caractérisé par des douleurs au bas-ventre, surtout pendant la marche, par des névralgies dans le petit bassin, par de la leucorrhée.

L'infection blennorrhagique pelvienne de la femme, aiguë ou chronique, ne met jamais la vie en danger, mais elle peut entraîner la stérilité et tout un cortège de troubles nerveux, la femme devenant une valétudinaire; aussi faut-il la traiter le mieux possible et le plus vite possible. Le *diagnostic* de ces accidents pelviens blennorrhagiques est surtout un diagnostic de gynécologie. Quand on se trouve en face d'accidents pelviens, tels que ceux que je viens de

décrire, il ne faut jamais oublier que les masses inflammatoires, suppurées ou non, qui siègent autour de l'utérus et de ses annexes, sont souvent d'origine blennorrhagique; pour en avoir la certitude, on doit se livrer à un examen minutieux de la malade, et quand on ne retrouve dans son passé pathologique, ni accouchement, ni avortement, quand on ne peut incriminer aucun traumatisme utérin, il faut aussitôt penser au gonocoque. Les petites filles, elles-mêmes, à la suite de vulvites gonococciques, peuvent avoir les mêmes accidents péritonéaux, car la blennorrhagie est loin d'être rare chez les enfants; elle peut chez eux revêtir trois formes principales: péritonite généralisée aiguë, tantôt grave, tantôt bénigne; péritonite localisée et péritonite chronique subaiguë¹.

Le *traitement* des accidents pelviens blennorrhagiques chez la femme comprend deux parties distinctes: Il y a un traitement prophylactique dont le but est de prévenir la suppuration des lésions en évolution et il y a un traitement curatif qui a pour mission de remédier aux accidents de pelvipéritonite suppurée, les ovaires, les trompes et le péritoine pelvien formant une zone inflammatoire autour de l'utérus immobilisé.

En fait de traitement prophylactique, il faut distinguer les cas dans lesquels l'infection gonorrhéique est limitée à l'utérus avec ou sans participation d'une légère salpingite, et les cas dans lesquels l'infection gonorrhéique a franchi l'utérus et s'est généralisée aux annexes. Au cas de métrite blennorrhagique, il faut dilater largement l'utérus et pratiquer journellement de grandes irrigations au moyen de sondes intra-utérines; la sonde de Bozeman permet de franchir des cols très étroits. On fait usage pour ces irrigations intra-utérines d'une solution de sublimé au 1/2000 ou d'une solution de permanganate au 1/1000. La solution de sublimé au 1/1000 est également employée. Si ces lavages ne suffisent pas à guérir la métrite, s'ils ne s'opposent

1. Rousseau. Th. de Bordeaux, 1899.

pas à l'extension du gonocoque aux trompes et au péritoine, on pratique deux fois par semaine une injection intra-utérine de teinture d'iode avec une seringue de Braun; cette cautérisation, qui produit les meilleurs effets, doit être suivie d'un lavage de l'utérus à l'eau bouillie dont le but est de chasser l'excès de teinture d'iode. Pendant le traitement, les malades doivent garder le repos absolu au lit. On ne saurait trop insister sur la nécessité de commencer le traitement avant même que les règles soient complètement terminées et ne l'interrompre que juste pendant la période menstruelle active; on sait en effet combien la menstruation favorise la pullulation des gonocoques et exalte leur virulence.

Si les annexes sont envahies, si la malade est déjà atteinte de salpingo-ovarite, on pratique les mêmes lavages intra-utérins; on y ajoute de grandes irrigations vaginales très chaudes, à 45 ou 50 degrés; on enveloppe le ventre dans des compresses de tarlatane humides et chaudes, qui sont maintenues humides par l'ouate et le taffetas gommé.

Restent les cas où les lésions sont avancées, les cas où trompes, ovaires, utérus et péritoine pelvien sont transformés en un tissu aréolaire, avec pyosalpinx, ovarite suppurée, pelvipéritonite, etc. A ce degré, l'infection blennorrhagique n'est plus justiciable que du traitement chirurgical; on appliquera les diverses méthodes préconisées au Congrès de Genève¹, sans oublier que les suppurations gonococciques du petit bassin ont une tendance marquée à guérir et qu'on doit faire bénéficier la femme de cette heureuse disposition. Il suffira parfois de l'intervention la plus simple, telle que l'incision du cul-de-sac postérieur (opération de Laroyenne). Par cette incision, on évacue des collections parfois considérables, collections qui sont souvent aseptiques et non purulentes, car on voit, dans la blennorrhagie pelvienne, ces poussées de périméto-salpingite séreuses, qui ont, cliniquement, les plus grandes analogies avec les

1. Congrès de Genève, 1896.

collections purulentes streptococciques des organes et du péritoine pelvien.

Disons en terminant, qu'à aucun moment on ne doit conseiller le curettage. Autant le curettage donne d'excellents résultats quand l'utérus recèle des débris placentaires ou des débris membraneux, autant on doit s'abstenir de curetter l'utérus quand il s'agit d'endométrite purulente blennorrhagique. Dans ce dernier cas, en effet, l'infection est profondément localisée aux culs-de-sac glandulaires, la curette n'a aucune action utile, elle peut même être nuisible en favorisant la pénétration des gonocoques.

Complications communes aux deux sexes. — Après avoir étudié les complications blennorrhagiques qui sont spéciales à l'homme ou à la femme, passons aux complications communes aux deux sexes.

Rhumatisme blennorrhagique. — Le rhumatisme blennorrhagique apparaît pendant la phase aiguë de la blennorrhagie, ou à son déclin, alors que l'écoulement a cessé, ou bien encore chez les malades atteints de blennorrhée. Exceptionnellement, d'après Griffon¹, il pourrait devancer de quelques jours les symptômes d'urétrite, c'est-à-dire éclater entre le moment de la contagion et le début de l'écoulement (forme *pré-urétritique*). Enfin, Leyden² a présenté un cas d'arthrite à gonocoques sans aucune trace de gonorrhée.

Le rhumatisme survient généralement, mais non exclusivement au cours de la blennorrhagie uréthrale; on l'a observé également chez des sujets affectés de blennorrhagie conjonctivale. Plus fréquent chez l'homme que chez la femme, en apparence du moins, le rhumatisme blennorrhagique se voit également chez les enfants, à la suite d'une ophthalmie purulente, ou d'une vulvo-vaginite. Il peut se manifester sous des formes multiples. La forme rhumatismale généralisée, qui est fort rare, simule au premier

1. Griffon. *La Presse médicale*, 15 janvier 1897, p. 21.

2. Leyden. *Soc. de méd. interne de Berlin*, 1^{er} février 1897.

abord une attaque de rhumatisme articulaire aigu, fébrile, avec cette différence, toutefois, que les sueurs profuses font généralement défaut, que les symptômes généraux sont moins intenses et que le salicylate de soude reste sans effet; dans cette forme polyarticulaire aiguë, plusieurs jointures sont prises en même temps ou successivement, mais en peu de jours le rhumatisme se localise à une ou deux jointures, avec une prédilection bien marquée pour les *genoux*, pour les *coudes*, pour les poignets. Dans une autre forme, l'arthrite blennorrhagique est d'emblée mono-articulaire; son siège d'élection est encore le genou et le coude; néanmoins elle peut se développer au cou-de-pied, au poignet, aux articulations costo-sternales, à l'*articulation sterno-claviculaire*. Ces manifestations pseudo-rhumatismales, parfois très douloureuses, affectent les tissus péri-articulaires plus encore que l'articulation elle-même. Elles s'accompagnent de gonflement, d'empâtement, de rougeur des tissus, au point de simuler un phlegmon (forme *pseudophlegmoneuse*). L'épanchement de ces arthrites peut être séro-fibrineux, séro-purulent ou franchement purulent. Exceptionnellement, le pus peut franchir la capsule articulaire et fuser sous la peau ou entre les muscles voisins (forme *purulente*). L'arthrite aiguë peut n'être qu'esquissée (*arthralgie*) ou se transformer en une *hydarthrose* de longue durée. Le rhumatisme blennorrhagique peut d'ailleurs affecter d'emblée le type de l'hydarthrose.

La marche de ces arthrites est souvent subaiguë; elles ont une tendance à passer à l'état chronique; elles laissent à leur suite soit des adhérences (forme *plastique*) qui limitent les mouvements, soit des dislocations articulaires (forme *dislocante*) qui apportent, elles aussi, une entrave au jeu régulier des surfaces articulaires. Vidal¹ a bien montré le rôle préalable de l'hydarthrose dans la pathogénie de la luxation dite spontanée du coude d'origine blennorrhagique. L'ankylose vraie, qui est rare, succède à la forme dite *plas-*

1. Vidal. *Soc. méd. des hôp.*, 26 juillet 1895.

tique ankylosante (Nicaise). Cornil¹ vient d'avoir l'occasion de faire l'examen histologique d'un de ces cas de rhumatisme blennorrhagique avec ankyloses et déformations: les lésions sont surtout caractérisées par l'envahissement du cartilage articulaire par la synoviale qui le recouvre et se substitue à lui, et par la tendance à l'ankylose fibreuse et même osseuse.

Une autre particularité de l'arthrite blennorrhagique est de provoquer une *atrophie musculaire* rapide et précoce, atrophie qui, même en l'absence d'ankylose, entrave pendant longtemps les fonctions du membre atteint. On constate souvent des déformations articulaires, surtout dans certaines formes chroniques. Le *rhumatisme chronique blennorrhagique* peut affecter deux aspects différents: le type du rhumatisme chronique fibreux, ou celui du rhumatisme déformant, noueux, pseudo-goutteux (Fournier). Ce pseudo-rhumatisme *chronique, déformant*, a une prédilection pour les petites articulations. Les rayons de Rontgen ont permis d'étudier, sur le vivant, la nature et l'étendue des lésions osseuses, et Achard a vu que dans le rhumatisme déformant blennorrhagique, comme dans le rhumatisme déformant ordinaire, on trouve des lésions des os, des lésions du périoste, des ostéophytes². Quand il affecte les jointures des doigts, le rhumatisme chronique blennorrhagique peut donner à ceux-ci un aspect fusiforme particulier (*doigt en radis*, de Fournier). Enfin le rhumatisme blennorrhagique peut créer au niveau de la jointure touchée un lieu de moindre résistance: que le bacille tuberculeux vienne à s'y arrêter, et la tumeur blanche succédera au pseudo-rhumatisme.

Les *gaines tendineuses*, notamment celles de la face dorsale du poignet, les *bourses séreuses*, surtout la sous-calcanéenne, sont souvent infectées, isolément ou en même temps que les articulations. La douleur du talon, la *talalgie* d'origine blennorrhagique est aujourd'hui bien connue; elle

1. Cornil. *Soc. anat.*, 29 juin 1900.

2. Achard. *Soc. méd. des hôp.*, 10 juillet 1896.

a pour caractère de persister très longtemps, quelquefois pendant des mois. Elle a pour point de départ soit une lésion de la bourse séreuse calcanéenne, soit, plus souvent (Jacquet) un travail d'ossification des fibres d'insertions calcanéennes des aponévroses plantaires et du tendon d'Achille. La terminaison de la localisation sur les bourses séreuses se ferait toujours sans suppuration (Fournier, Verneuil).

Je viens cependant d'observer dans mon service un cas particulièrement intéressant de synovite *purulente* blennorrhagique de la bourse séreuse située entre le grand trochanter et le muscle tenseur du fascia lata. L'analyse bactériologique en a été soigneusement pratiquée dans mon laboratoire; elle a permis de déceler le gonocoque à l'état de pureté dans le contenu de la poche. Il s'agit d'une femme qui, sans antécédents blennorrhagiques sérieux (à tel point qu'il a fallu lui faire subir un interrogatoire très minutieux pour qu'ils ne passent pas inaperçus), présente une série de déterminations articulaires dont l'allure clinique était celle du rhumatisme blennorrhagique. Les genoux, les régions malléolaires, furent successivement touchés, lorsqu'un matin, à la visite, la malade se plaint d'éprouver une douleur extrêmement vive au niveau de la cuisse gauche. On découvre la région, et l'on voit tout le segment supérieur de la cuisse tuméfié, chaud, sillonné de veines dilatées, et douloureux au moindre attouchement. On arrive cependant à percevoir une masse très tendue, logée au-dessous des muscles fessiers et tenseur du fascia lata. Le lendemain, on localise plus nettement le siège de la lésion; l'articulation de la hanche est libre; il faut incriminer la bourse séreuse qui sépare le grand trochanter du tenseur du fascia lata. La fluctuation est manifeste. On ponctionne, et l'on retire un pus peu épais, qui est aussitôt soumis à l'examen bactériologique. La coloration de lamelles de pus et la mise en culture sur des milieux appropriés, pratiquées par mes internes Griffon et Nattan-LARRIER, montrent que le gonocoque est en cause, et *seul* en cause. Ce cas est même

le premier où l'on a pu appliquer au diagnostic du gonocoque le milieu récemment préconisé par Bezançon et Griffon¹, le *sang gélosé*. La malade guérit, après trois ponctions purement aspiratrices, non sans avoir présenté dans la suite d'autres localisations synoviales, articulaires ou tendineuses, fugaces d'ailleurs.

Toutes les opinions ont été émises sur la *nature du rhumatisme blennorrhagique*, lors de la célèbre discussion qui eut lieu à la Société médicale des hôpitaux en 1867. Quoique livrées à des hypothèses, puisque le gonocoque à cette époque était inconnu, elles peuvent se résumer de la façon suivante : 1° le rhumatisme blennorrhagique est un rhumatisme vulgaire développé à l'occasion d'une blennorrhagie; 2° l'arthrite blennorrhagique est le résultat d'une intoxication spéciale, différente de la diathèse rhumatismale.

Cette dernière théorie, émise par Féréol, à une époque où les théories microbiennes étaient encore dans l'enfance, a gagné du terrain de jour en jour; c'est la doctrine infectieuse, qui est admise aujourd'hui. Chez un individu atteint de blennorrhagie, quel que soit le siège de la blennorrhagie, le gonocoque peut pénétrer dans la circulation et déterminer consécutivement une série d'accidents, y compris le rhumatisme blennorrhagique. Cette pénétration du gonocoque dans le courant sanguin se fait à la manière de véritables « décharges microbiennes ». Thayer et Blumer ont pris ce phénomène sur le fait en obtenant des cultures de gonocoque sur les milieux ensemencés avec du sang puisé pendant la vie dans la veine du bras, dans un cas d'endocardite blennorrhagique. Mais il n'y a pas septicémie; le gonocoque ne pullule pas dans le sang de la circulation générale; il va rapidement se cantonner dans des points déterminés de l'organisme, dans les tissus séreux, et spécialement dans les synoviales articulaires et tendineuses. Pourquoi cette affinité pour les tissus

1. Bezançon et Griffon. *Soc. de biol.*, 30 juin 1900.

séreux? Bezançon et Griffon¹ pensent qu'à l'encontre des grands parenchymes, qui peuvent détruire sur place les microbes que leur apporte le sang, les séreuses (organes de faible vitalité et de différenciation cellulaire peu élevée) se défendent mal contre cet envahissement, et que la lutte, à l'avantage de l'organisme dans toutes les autres régions, reste au contraire dans les séreuses au microbe, qui y colonise.

Quoi qu'il en soit, la liste est déjà longue, des observations qui relatent la présence du gonocoque dans les arthrites blennorrhagiques; je citerai les observations de Deutschmann (1890); de Lindemann (1892); de Stern (1892); l'observation de Rendu²; les observations de Höck (1895), de Neisser (1894), de Bordoni-Uffreduzzi (1894), de Finger (1894), concernant une arthrite du genou gauche, consécutive à une ophthalmie blennorrhagique chez un enfant nouveau-né. Haushalter³ a relaté un exemple de rhumatisme blennorrhagique survenu au cours d'une ophthalmie purulente à gonocoque chez un enfant de vingt-cinq jours. Griffon⁴ a publié sur le même sujet un cas des plus intéressants: il s'agit d'un enfant nouveau-né, atteint d'ophthalmie purulente blennorrhagique et d'arthrites multiples qui contenaient le gonocoque, à l'état de pureté ou associé à d'autres microbes. Je citerai aussi l'observation de Seiffert⁵ concernant une fillette de quatre ans qui avait une vulvite blennorrhagique avec arthrites multiples; un poignet étant devenu fluctuant, on le ponctionna, on trouva des gonocoques et l'on obtint également une culture de gonocoques par ensemencement du pus dans le liquide d'un kyste ovarique. Enfin, Mercier et Méténier⁶ ont observé

1. Bezançon et Griffon. Les localisations articulaires des infections générales. *Presse médicale*, 9 décembre 1899, p. 545.

2. Rendu. *Soc. méd. des hôp.*, mars 1895.

3. Haushalter. *Congrès de Bordeaux*, 1895.

4. Griffon. *La Presse médicale*, 1896, p. 88.

5. Seiffert. *La Presse médicale*, 1896, p. 550.

6. Mercier et Méténier. *Soc. méd. des hôp.*, 12 mars 1897.

dans le service de Vidal un cas d'arthrite du genou à gonocoques, au cours d'une blennorrhagie; l'identité du gonocoque a été établie par l'examen microscopique et par les cultures.

D'autre part, sans être aussi nombreux, les cas de synovite tendineuse avec constatation des gonocoques dans l'épanchement sont aussi démonstratifs. Je citerai celui de Tollemmer et Macaigne (1895), celui de Jacobi et Goldmann (1894), et enfin celui que j'ai rapporté plus haut, provenant de mon service, et qui peut rentrer dans ce groupe.

La question est donc jugée; les manifestations articulaires du pseudo-rumatisme blennorrhagique sont de nature infectieuse, elles sont dues à la présence du gonocoque dans les jointures, dans les synoviales, dans les bourses séreuses, dans les gaines tendineuses. Si, jusqu'à ces dernières années, la recherche du gonocoque dans l'épanchement aboutissait souvent à un résultat négatif, c'est qu'on ne savait guère cultiver ce microbe, qui exige des milieux spéciaux, et qui est d'une fragilité telle qu'il faut l'ensemencer et le mettre à l'étuve dès qu'il est sorti de la synoviale. D'autre part, il semble disparaître rapidement des exsudats; d'où ce précepte de pratiquer les analyses à une époque très rapprochée du début de la lésion. Le cas de synovite péritrochantérienne que j'ai rapporté plus haut est des plus instructifs à ce point de vue: trois ponctions furent pratiquées à quelques jours d'intervalle l'une de l'autre; à la première (faite le lendemain du jour d'apparition des symptômes de début), l'examen microscopique et la culture décelèrent de très nombreux gonocoques; à la deuxième, la culture seule donnait un résultat positif, et encore les colonies étaient-elles en petit nombre; à la troisième, culture et examen direct offraient un résultat négatif. Ainsi, différée de quelques jours, notre analyse eût abouti à un échec.

Burci et Bepighi ont publié une observation très suggestive. Le liquide d'une arthrite du genou, recueilli par ponction, se montra stérile; mais une boutonnière, prati-