

jamais calculer l'importance et provoque fréquemment des infiltrations urineuses et des décollements. Je ne m'arrêterai pas à décrire son manuel opératoire et je passe de suite à un procédé qui en dérive tout en n'ayant aucun de ses inconvénients.

5° Dilatation immédiate progressive.

Procédé Le Fort.

M. Le Fort a imaginé un procédé moins brutal que la divulsion, moins dangereux que l'uréthrotomie interne, et plus rapide que la dilatation graduelle ordinaire.

Il commence par passer dans le rétrécissement une bougie conductrice munie d'un pas de vis à son extrémité extérieure.

Si cette bougie conductrice est introduite avec quelque difficulté, on fixe sur le pas de vis une petite plaque à boucle qui sert à maintenir la bougie dans le canal pendant vingt-quatre heures, afin de ramollir les parois quand on juge ce ramollissement suffisant.

On visse alors sur la bougie le plus petit des trois cathéters, qui est du numéro 12 de la filière française.

On le pousse doucement en le plaçant d'abord parallèlement à l'aine du malade, puis, quand toute la partie courbe est introduite, on relève lentement l'instrument, tout en le poussant et en exerçant une traction forte sur la verge avec la main gauche.

On continue ce mouvement jusqu'à ce qu'on puisse abaisser l'extrémité du cathéter entre les jambes du malade, de façon à faire passer sous les pubis la portion courbée de la sonde, qui pénètre ensuite facilement jusque dans la vessie.

On imprime au cathéter deux ou trois mouvements de va-et-vient et on le retire lentement en ayant soin de laisser la bougie conductrice dans le canal.

On visse sur cette bougie le second cathéter qui correspond au numéro 17, et on l'introduit par le même procédé que le précédent.

Dans quelques cas très rares on pourra dans la même séance introduire immédiatement le troisième cathéter qui porte le n° 22 de la filière.

Je préfère laisser un intervalle d'un jour ou deux entre l'introduction de chacun des cathéters. De cette façon on évite les ruptures qui peuvent se produire si l'on agit trop brusquement.

J'ai coutume de fixer dans le canal du malade après chaque séance une sonde de gomme d'un ou deux numéros inférieurs à celui du cathéter qui a été introduit. Cette sonde est gardée le plus longtemps possible par le malade. Cette pratique facilite d'une façon remarquable l'introduction d'un cathéter plus volumineux dans la séance suivante.

La dilatation immédiate progressive de Le Fort, pratiquée de cette façon, m'a toujours donné d'excellents résultats; elle peut être pratiquée sans chloroforme, et elle est aussi bénigne que la dilatation graduelle lente, si pénible à pratiquer chez les malades qui ont l'urèthre sensible et pour lesquels chaque séance de dilatation est suivie d'un accès de fièvre.

Dans toutes ces opérations j'ai coutume de donner au malade, immédiatement après la manœuvre opératoire, quelle qu'elle soit, une dose de quinine de cinquante centigrammes à un gramme.

6° Dilatation lente.

Dans tous les cas les plus ordinaires de rétrécissement de l'urèthre, c'est à la dilatation lente et graduelle qu'il faut avoir recours.

Guyon en France et **Thompson** en Angleterre sont arrivés à cette conclusion après une très longue pratique.

La dilatation lente se fera en introduisant dans le canal une bougie du calibre du rétrécissement. On la laisse une minute environ, puis on la retire pour en introduire

une seconde d'un numéro supérieur, qu'on laisse de cinq à dix minutes selon les degrés de tolérance du malade.

Dans certains cas on peut introduire un troisième numéro dans la même séance.

Cette manœuvre est répétée de deux en deux jours, jusqu'à ce qu'on ait atteint les numéros 20 ou 22.

J'ai coutume de rendre mes bougies dilatatrices plus glissantes en les enduisant d'un liquide gras aseptique. Cette pratique a l'avantage de diminuer l'inflammation du canal consécutive à la dilatation et d'empêcher complètement l'infection qui se fait parfois par les bougies.

7° Électrolyse.

Cette méthode, inaugurée en France par **Mallez** et **Tripier**, a été reprise depuis par **Jardin** en France et **Bruce Clark** en Angleterre.

Je dois dire cependant que les observations présentées jusqu'à ce jour par les divers auteurs ne sont pas satisfaisantes.

Dans quelques cas l'électrolyse paraît faciliter l'introduction d'une sonde au travers d'un rétrécissement, mais on est toujours obligé de recourir ensuite à la dilatation progressive si l'on veut maintenir le calibre du canal.

Rien n'a encore prouvé la vérité de la théorie imaginée par **Tripier** ni même la réalité des résultats éloignés qu'il attribue à l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements.

Le plus souvent les résultats que l'on obtient par ce procédé seraient aussi bien obtenus par le passage d'une simple bougie sans qu'il soit besoin de faire intervenir l'électricité.

Guyon en France, **Thompson** en Angleterre, et en général tous les spécialistes autorisés repoussent l'emploi de l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, comme un moyen empirique qui n'offre aucune garantie ni pour le malade ni pour l'opérateur.

URÉTHRITE

INJECTIONS. — INSTILLATIONS.

Le traitement des affections inflammatoires de l'urèthre a bénéficié largement des applications de la théorie microbienne de **Pasteur**. — Les recherches encore récentes que l'on a faites sur la nature du pus de la blennorrhagie aiguë et chronique ont démontré l'existence d'organismes particuliers, gonococcus, qui sont infectieux au plus haut degré.

Ces organismes pullulent facilement dans le conduit étroit de l'urèthre; ils se cantonnent dans les dépressions du canal, et trouvent dans les glandules en tube et en grappe dont la muqueuse uréthrale est semée un abri d'où il est difficile de les déloger.

De ces données nouvelles est née une thérapeutique assez différente de celle employée jusqu'à ces derniers temps. — La blennorrhagie ne relève plus principalement comme autrefois du traitement médical. — C'est avant tout une maladie infectieuse locale, siégeant en un point de l'économie, et la partie la plus importante de son traitement consiste à aller détruire ses germes là où ils se trouvent.

Les manœuvres nécessitées par ce traitement sont souvent assez délicates pour qu'il ne soit pas permis de les confier aux malades. C'est le chirurgien lui-même qui, le plus souvent, devra les pratiquer.

A ce titre la description du traitement de la blennorrhagie rentre dans le cadre de cet ouvrage.

1° URÉTHRITE AIGUE.

BLENNORRHAGIE

On comprend facilement que le premier devoir du praticien devant lequel se présente un malade porteur d'une blennorrhagie commençante sera de faire tous ses efforts pour détruire dès le début les germes déposés dans le canal de l'urèthre.

Il est important d'empêcher ces germes infectieux d'élire domicile dans le canal étroit d'où il sera difficile plus tard de les déloger. Aussi tous les spécialistes modernes sont d'avis que l'on doit pratiquer d'abord le traitement abortif.

Ce traitement doit être pratiqué dans le courant de la première semaine du début de l'urétrite aiguë. Plus tard il ne donne que peu de chances de succès et il peut alors ajouter un élément fâcheux d'inflammation à celle qui existe déjà dans la profondeur du canal.

L'injection de nitrate d'argent est la base du traitement abortif de la chaudepisse aiguë.

La manière dont ces injections sont faites a la plus grande importance, aussi ne les laissera-t-on jamais faire par les malades.

Ce qu'il faut éviter avant tout, c'est que l'injection soit un moyen de propager l'infection dans la partie du canal qui n'en est pas encore atteinte.

Pour cela, voici de quelle façon j'ai coutume de pratiquer l'injection abortive dans la blennorrhagie aiguë dont le début ne date que de trois à quatre jours :

Je fais d'abord uriner le malade de façon que le jet d'urine soit un premier lavage qui chasse devant lui la plus grande partie du pus infectieux. Je lie ensuite la verge à sa racine, le plus près possible des bourses, à l'aide d'un cordon de caoutchouc maintenu par des serres fortes.

Le malade étant placé debout ou à demi assis sur le

Traitement
abortif de la blen-
norragie.

rebord du fauteuil à exploration, les jambes un peu fléchies et écartées, je pousse dans l'urèthre plusieurs injections d'eau tiède jusqu'à ce que l'eau injectée revienne complètement claire et ne contenant plus aucun débris.

En liant ainsi la verge le plus bas possible, j'empêche le pus qui peut rester dans le canal d'être porté dans sa profondeur par les injections de lavage.

Quand le canal est parfaitement nettoyé, à l'aide de la seringue à instillation de Guyon, je vais porter sur toute la muqueuse du canal comprise en avant de la ligature quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent au vingt-cinquième.

J'ai bien soin que cette solution, en sortant de l'urèthre, soit recueillie dans un verre que le malade tient sous le méat, afin qu'elle ne souille pas ses vêtements.

Cette instillation est suivie d'une douleur légère très tolérable.

Au bout de quelques heures il survient un écoulement parfois sanguinolent, qui devient ensuite épais et crémeux. Ce dernier, qui dure quelques heures seulement, est suivi d'un écoulement clair, muqueux, peu abondant, qui se tarit ordinairement au bout de vingt-quatre heures.

Si après deux jours l'écoulement n'est pas complètement disparu, on doit faire une seconde injection ; deux jours après, on en fait encore une troisième, s'il y a lieu, car souvent ce n'est qu'après la deuxième ou la troisième injection que l'on est maître de la maladie.

Ce traitement, pratiqué avec les soins que j'indique, a presque toujours arrêté l'écoulement en moins d'une semaine chez les malades qui se sont présentés à moi dans les premiers huit jours de la blennorrhagie.

Dans les cas où il a échoué, cela a tenu à la nature du terrain sur lequel était ensemencé le gonococcus et aussi au manque de précautions du malade, qui ne suivait pas les prescriptions indiquées.

Quelques auteurs pratiquent d'une façon différente le traitement abortif.

Le Dr **Aubert**, chirurgien en chef de l'hôpital de Lyon, Procédé du Dr Aubert.

recommande avant tout de ne pas faire d'injection uréthrale qui ne soit complètement aseptique, parce que, dit-il, on risque d'ensemencer le canal ou même la vessie par l'introduction de bacilles variés qui à leur tour peuvent jouer un rôle pathogénique, de sorte qu'après avoir tué par le sublimé ou par une autre injection le gonococcus, on détermine une uréthrite bactérienne qu'il faut ensuite combattre.

Selon lui, on devra faire bouillir la seringue à injection, l'injection et aussi le vase qui la contient.

Cette pratique permet de se servir d'injections très faibles, ce qui, d'après l'auteur, est un avantage, parce qu'il croit que les injections un peu fortes provoquent sur la muqueuse une inflammation qui fait de cette muqueuse un terrain favorable au repullulement des microbes échappés à l'action de l'injection.

Il recommande aussi de ne jamais employer pour les injections les liquides contenant en suspension des particules solides, comme le bismuth ou l'iodoforme; les particules pouvant devenir le noyau de concrétions nuisibles dans la vessie et dans le canal.

Procédé de Langlebert.

Le Dr **Langlebert** se sert, pour le traitement abortif de la blennorrhagie aiguë, d'une seringue spéciale à jet récurrent.

L'extrémité de cette seringue, longue de six à sept centimètres, est effilée, recourbée et percée de trous dirigés d'arrière en avant.

Il introduit cette extrémité dans l'urèthre, à une profondeur de quatre à huit centimètres, selon que l'uréthrite remonte à une date plus ou moins éloignée, et pousse lentement l'injection, qui revient d'arrière en avant. Le liquide de l'injection est recueilli dans un petit vase que le malade tient à la main.

Cette méthode a l'inconvénient d'ensemencer, avec le bout de la sonde, le pus blennorrhagique dans une région où l'injection ne pénètre pas; de plus la pénétration de l'injection n'est pas toujours assez profonde pour que l'on soit bien sûr d'avoir atteint toutes les parties malades.

C'est pour obvier à ces inconvénients que M. Langlebert a imaginé un instrument qu'il appelle *bobine uréthrale*.

Cet instrument consiste en une sonde molle, ouverte à ses deux extrémités, renfermant un mandrin gommé et entouré d'ouate hydrophile trempée dans la solution de nitrate d'argent.

Ce mandrin recouvert par la sonde est introduit dans l'urèthre, au niveau de la portion malade et sans la dépasser; on retire doucement la sonde, et le coton imbibé de nitrate d'argent se trouve directement appliqué contre la muqueuse malade.

On retire à son tour le mandrin en lui imprimant un léger mouvement de rotation.

Si, par ces procédés, le malade n'est pas guéri après la troisième application, on devra suspendre le traitement abortif et revenir à la méthode ordinaire. Néanmoins la maladie aura été fortement atténuée et durera beaucoup moins que si, dès le début, elle avait été traitée par les moyens ordinaires.

Traitement ordinaire de la blennorrhagie — Quand la blennorrhagie a dépassé le dixième jour de son évolution, on devra avant tout chercher à diminuer l'écoulement et la douleur. Ce résultat sera atteint ordinairement par l'emploi des injections de sulfate de zinc. La formule la plus usitée est la suivante :

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| Sulfate de zinc. | 0 ^{gr} ,50 |
| Eau. | 125 gram. |
| Laudanum de Sydenham. | 2 — |

Cette injection sera faite par le malade lui-même, avec les précautions que nous allons indiquer.

Avant de pratiquer une injection, le malade devra toujours uriner. De cette façon, il nettoie le canal et, de plus, en éloignant le plus possible la prochaine miction, il laissera plus longtemps le canal en contact avec la substance active de l'injection dont il reste toujours une partie dans l'urèthre.

La quantité de liquide qu'on doit injecter ne doit pas dépasser 4 à 5 grammes chaque fois.

Les seringues que l'on trouve habituellement dans le commerce contenant environ 8 grammes, on ne doit en injecter que la moitié chaque fois.

La première moitié sera injectée à canal ouvert; car elle n'est qu'un simple lavage de l'urèthre. On doit fermer le méat, entre le pouce et l'index, sur la canule de la seringue, pendant qu'on pousse la seconde moitié de l'injection, qui cette fois sera conservée dans le canal pendant quatre à cinq minutes.

Cette injection sera pratiquée quatre ou cinq fois par jour, au début de la maladie.

A mesure que l'écoulement diminue, on diminue aussi la fréquence des injections, que l'on ne fait plus, vers la fin, que deux fois par jour, le matin et le soir. On continuera de la pratiquer ainsi pendant quinze jours encore, après que l'écoulement sera complètement tari.

En même temps, l'on fera suivre au malade un traitement qui sera varié selon la période de la maladie.

Avant tout il faut se rappeler que *dans les premiers temps*, c'est-à-dire dans la période aiguë, il ne faut donner ni copahu ni cubèbe.

Il faudra aussi recommander aux malades de ne pas absorber trop de boissons émollientes. Ces boissons, en surchargeant la vessie, favorisent la tendance de l'urétrite à gagner les parties profondes, et déterminent aussi un excès de la fonction urinaire qui ne peut être que nuisible à l'appareil urinaire tout entier.

Dans cette première période, l'indication principale est le repos, les grands bains prolongés et une hygiène bien entendue.

Le malade évitera avec soin les aliments qui peuvent produire la constipation ou ceux qui, comme les fraises, les asperges, etc., amènent un peu de congestion du côté des voies urinaires.

Les excitations génésiques de toutes sortes seront aussi soigneusement éloignées.

A cette période il sera bon de recommander quelques balsamiques légers : *bourgeons de sapin, sirop de Tolu*.

Contre les érections nocturnes, si pénibles, on ordonnera le bromure de camphre ou le bromure de potassium à la dose de un à trois grammes.

Quand la période aiguë est passée, vers le dix-huitième jour environ, on ordonnera les balsamiques énergiques à doses massives, de façon à couper net l'écoulement. Le copahu associé au cubèbe donne à cette période de très bons résultats.

Je conseille d'habitude la formule suivante :

| | |
|----------------------------|----------|
| Cubèbe. | 50 gram. |
| Copahu. | 25 — |
| Cachou. | 25 — |
| Essence de menthe. | q. s. |

Trois fois par jour on prendra de cet opiat gros comme une noix chaque fois, enveloppé dans du pain azyme mouillé.

Si le copahu est mal supporté et provoque la roséole copahique, on le suspendra et on le remplacera par le santal ou le matico, dont on donnera de 10 à 15 capsules par jour.

Comme pour les injections, le traitement interne sera continué une quinzaine de jours encore après la disparition complète de l'écoulement. C'est, en effet, le seul moyen d'assurer la cure bien radicale de l'écoulement.

2° URÉTHRITE CHRONIQUE. — BLENNORRHÉE.

J'envisagerai d'abord l'urétrite d'une façon générale dans ses caractères d'ensemble et dans son diagnostic.

J'étudierai ensuite dans deux paragraphes distincts chacune des localisations les mieux connues de la maladie, à savoir :

1° *L'urétrite antérieure* et surtout 2° *L'urétrite postérieure*.