

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 émoullientes. 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*.

Quand la blennorrhagie n'a pas été traitée à ses débuts d'une façon convenable, ou si le terrain sur lequel elle se trouve est très favorable à son développement, il arrive que, malgré le traitement le mieux ordonné et le mieux suivi, l'inflammation se cantonne dans les parties profondes de l'urèthre, là où les injections ordinaires ne peuvent l'atteindre, et elle passe alors à l'état chronique.

C'est ce que l'on appelle *blennorrhée* ou, plus habituellement, *goutte militaire*.

Depuis quelques années, des études très sérieuses ont été faites sur l'anatomie pathologique de l'urétrite chronique.

Le Dr **Segond**, dans un travail remarquable, a bien déterminé le siège de l'inflammation blennorrhéique.

D'après lui, au point de vue pathologique, l'urèthre doit être divisé en deux portions :

La *portion antérieure*, qui commence au cul-de-sac du bulbe, pour finir au méat.

La *portion postérieure*, qui va de ce même cul-de-sac du bulbe au col de la vessie.

La blennorrhée simple, la plus commune, a son siège dans le *cul-de-sac du bulbe* ou un peu en avant de la région du bulbe; c'est dans ce diverticule que se cantonne généralement l'inflammation qui produit l'écoulement rebelle, si difficile à faire disparaître.

Diagnostic différentiel de l'urétrite chronique antérieure et postérieure.

Le diagnostic de ce que j'appelle l'urétrite chronique antérieure est assez difficile à bien établir. Un des signes qui la différencie de l'urétrite postérieure, c'est que l'écoulement se fait le jour aussi bien que la nuit; de plus, l'urèthre est généralement insensible même au moment de la miction, ce qui n'arrive pas quand l'inflammation se cantonne dans le voisinage du col de la vessie. Dans ce dernier cas, en effet, la fin de la miction est ordinairement accompagnée d'une douleur légère, qui s'irradie du côté de l'anus.

Pour bien établir ce diagnostic, on procède de la façon suivante :

On recommande au malade de rester sans uriner pendant

quatre heures au moins, avant l'exploration que l'on doit pratiquer.

Le malade sera placé debout, appuyé au rebord du fauteuil à exploration, les jambes légèrement fléchies et écartées. On placera entre ses jambes un bassin pour recueillir les liquides.

On introduit dans l'urèthre un explorateur de gomme à boule olivaire du n° 14 ou 15.

On pousse doucement cet explorateur, jusqu'à ce que l'on sente une légère résistance que l'on rencontre à environ seize centimètres du méat. Cette résistance est due à la contraction du sphincter urétral qui, lorsqu'à son niveau la muqueuse est irritée, se contracte spasmodiquement et produit une sorte d'occlusion que l'on franchirait si l'on forçait un peu, ce que l'on doit bien éviter de faire¹.

On retire alors l'explorateur en lui imprimant de légers mouvements de rotation, et il sort avec le talon de l'olive couvert de pus.

L'on est bien certain alors que du pus existe dans le cul-de-sac de la région membraneuse, surtout si, avant de pénétrer jusqu'à ce point, l'on a, à diverses reprises, retiré l'explorateur sans qu'il amène du pus.

On fait alors avec un peu d'eau tiède des lavages successifs à demi-seringue, de toute la région antérieure, jusqu'à ce que l'eau revienne complètement claire et sans avoir en suspension de petites particules de pus.

On introduit ensuite un second explorateur à boule, que l'on pousse jusque sur l'entrée de la région membraneuse.

On le fait pénétrer doucement en arrière du sphincter urétral, à une profondeur de trois centimètres environ. On le retire alors lentement en lui imprimant de légers mouvements de rotation; il arrive souvent que ce premier sondage de la partie postérieure n'amène rien, tandis

1. Dans certains cas, des praticiens prennent cette résistance spasmodique pour un symptôme de rétrécissement véritable. C'est dans ces cas que l'on fait jouer à l'électrolyse le rôle merveilleux de guérir radicalement, en une minute, des rétrécissements qui n'ont jamais existé.

que, à la suite d'un second pratiqué immédiatement après, le talon de l'olive reviendra chargé d'un pus séreux mélangé du liquide prostatique.

Après ce dernier sondage, si l'olive revient chargée de pus, l'urétrite chronique est postérieure, c'est-à-dire que son siège se trouve dans les trois ou quatre derniers centimètres de l'urèthre.

Goutte militaire due au rétrécissement de l'urèthre.

Il arrive assez fréquemment que l'écoulement chronique rebelle est dû à l'existence d'un rétrécissement véritable.

Les conditions de la muqueuse urétrale sont en effet complètement modifiées par le rétrécissement.

Celui-ci occasionne d'habitude la stagnation d'un peu d'urine dans le canal en arrière de son point rétréci.

La pression que supporte le canal rétréci, sous l'effort de la vessie pendant la miction, est aussi une cause d'inflammation chronique de la muqueuse dans la région du rétrécissement.

Il faut également tenir compte des altérations profondes des glandules de cette région chez les rétrécis.

L'exploration méthodiquement faite indiquera facilement si c'est un rétrécissement qui est la cause de l'écoulement; dans ce cas la dilatation sera évidemment le remède indiqué.

Causes générales de la blennorrhée.

En outre de ces causes locales, la blennorrhée peut être due, comme nous l'avons signalé plus haut, à l'état général du malade : comme la *diathèse herpétique* et, dans des cas plus rares, la *lithiase rénale*.

Cette dernière affection peut agir d'une façon mécanique sur l'urèthre, par les petits sables qui sont déposés dans les diverticules de la muqueuse.

1° Urétrite chronique antérieure.

C'est encore à l'injection à base de sulfate de zinc que l'on devra donner la préférence au commencement du traitement de cette affection. On pourra associer avec

avantage cette substance à l'acétate de plomb selon cette formule de Ricord :

Eau distillée.	200 gram.
Sulfate de zinc.	1 —
Acétate de plomb.	2 —
Teinture de cachou.	4 —

Ce mélange donne une injection qui ne contient plus du sulfate de zinc, mais bien du sulfate de plomb et de l'acétate de plomb et de zinc.

Aussi je préfère la formule indiquée par Langlebert :

Eau distillée.	125 gram.
Sulfate de zinc.	0 ^{rs} ,50
Oxyde de zinc.	4 gram.

Quand on veut obtenir une injection contenant en suspension une poudre inerte, pour servir d'isolateur entre les parois du canal, on emploiera l'injection suivante :

Eau de rose.	125 gram.
Sulfate de zinc.	0 ^{rs} ,50
Magistère de soufre.	4 gram.

Ces injections seront poussées à demi-seringue, comme je l'ai indiqué dans le traitement de l'urétrite aiguë, en poussant la première moitié de la seringue dans le canal ouvert, et en laissant séjourner la seconde pendant quelques minutes dans le canal.

Manière de faire les injections.

Pendant ce dernier temps, le méat étant maintenu fermé entre les doigts de la main gauche, on aura soin de faire sur le canal une compression légère de haut en bas, avec la main droite, de façon à bien mettre l'injection en contact avec la partie profonde de l'urèthre antérieur.

Si, malgré ce traitement continué pendant plusieurs semaines, l'écoulement ne cède pas, ou s'il revient d'une façon périodique, on aura recours aux *instillations* de nitrate d'argent.

Ces instillations se font au moyen d'un appareil imaginé par le docteur Guyon, et sur lequel je reviendrai à propos de l'urétrite postérieure.

2° Urétrite postérieure.

Il arrive souvent que les malades viennent se plaindre de ce qu'à des intervalles quelquefois éloignés, une goutte de pus vient sourdre au méat, le matin, quand ils se réveillent.

Si l'on interroge ces malades avec soin, d'habitude ils racontent qu'ils ont eu, à une époque plus ou moins éloignée, un écoulement qui a duré longtemps et qui a été ordinairement compliqué du gonflement du testicule. Le plus souvent ils accusent encore de temps à autre un gonflement léger du testicule.

Urétrite latente. Ce sont généralement des malades porteurs d'*urétrite chronique postérieure latente*.

Il n'est pas rare que cette urétrite latente se réveille tout à coup sous l'excitation d'un excès quelconque : coït exagéré, boissons alcooliques, fatigue, marche, etc.

La présence du pus au méat le matin seulement est due à ce que généralement on urine moins fréquemment la nuit que le jour. Le pus formé dans la portion postérieure de l'urèthre s'accumule donc en plus grande quantité pendant la nuit. Le relâchement musculaire qui se produit la nuit laisse un peu béant l'orifice du sphincter urétral, au travers duquel le pus s'écoule, pour apparaître au méat le matin au réveil sous forme d'une goutte blanchâtre.

Le diagnostic de l'urétrite postérieure sera confirmé par l'exploration à l'aide de la boule olivaire, comme je l'ai déjà décrit plus haut.

Signe pathognomonique de l'urétrite postérieure. Dans ces cas on ne trouvera pas de pus dans l'urèthre antérieur, et l'olive, poussée ensuite jusqu'au col de la vessie, ramènera du pus en quantité notable.

C'est le signe pathognomonique de l'urétrite postérieure; dans ces cas, il n'est pas rare que le malade se

plaigne d'éprouver un peu de chaleur du côté de l'anus, à la fin de la miction.

Dans d'autres cas, la sonde ramènera du pus aussi bien de l'urèthre postérieur que du cul-de-sac du bulbe.

On a alors affaire à l'urétrite antéro-postérieure, qui est assez fréquente.

Traitement. — Il y a longtemps déjà qu'un praticien de province, M. le Dr **Dubet**, de Pont-du-Château, a inventé un appareil destiné à aller porter un topique dans la partie profonde de l'urèthre enflammé.

Cet appareil se compose d'une sonde olivaire creuse, dont l'olive est percée de plusieurs trous.

Dans l'intérieur de l'olive se trouve du coton hydrophile chargé d'une solution de nitrate d'argent.

M. Dubet introduit la sonde dans l'urèthre jusqu'à ce que l'olive soit arrivée sur le point enflammé; il la maintient sur ce point, pendant qu'il pousse dans la sonde un mandrin qui, en pressant sur le coton, en exprime le nitrate d'argent qui se répand alors, à travers les trous de l'olive, sur la muqueuse malade.

C'est de ce procédé que s'est inspiré le professeur **Guyon** quand il a imaginé son traitement par les instillations.

Appareil à instillations du professeur Guyon.

L'appareil dont se sert M. Guyon se compose d'une seringue pareille à celle de l'injection hypodermique, mais quatre ou cinq fois plus grosse (fig. 43).

Cette seringue est munie d'une canule, qui porte à la surface extérieure de son extrémité un pas de vis.

La seconde pièce de l'appareil est une sonde assez fine, portant à son extrémité une olive perforée, du n° 15 à 18.

Pour se servir de cet appareil, on charge d'abord la seringue avec une solution de nitrate d'argent de 5 à 20 pour 100, selon l'effet que l'on veut produire.

Manière de pratiquer les instillations.

On introduit l'extrémité de la canule dans le bout cylindrique de la sonde et on la fixe bien, grâce au pas de vis.

On remplit la sonde de la solution de nitrate d'argent, en poussant le piston de la seringue de quelques tours de vis; de façon que lorsque l'olive, introduite dans l'urè-

thre, sera arrivée sur le point enflammé, chaque tour de vis que l'on donnera au piston correspondra exactement à l'application d'une goutte de la solution sur la muqueuse.

On introduit alors la sonde tout amorcée dans le canal, et on la pousse jusqu'à ce que l'on ait franchi la résistance de la portion membraneuse.

A ce moment on donne autant de tours de piston que l'on veut faire couler de gouttes dans l'urèthre.

D'habitude il suffit de trois à cinq gouttes, pour que toute la muqueuse de l'urèthre postérieur soit touchée. Si l'on instille un plus grand nombre de gouttes, le nitrate d'argent va baver sur le col, dans la vessie, et provoque des spasmes très pénibles de cet organe.

Généralement ces manœuvres sont peu douloureuses au moment où on les pratique; ce n'est qu'au bout de quelques minutes que le malade éprouve parfois une sensation de brûlure dans la profondeur de l'urèthre, du côté de l'anus, et un besoin d'uriner fréquemment, avec accompagnement d'un peu de ténésme vésical et anal.

Ces instillations peuvent être répétées tous les jours, ou tous les deux jours, selon les cas.

On ne laissera jamais les malades les pratiquer eux-mêmes.

Il suffit ordinairement de huit ou dix instillations bien faites pour guérir radicalement les écoulements anciens qui ont résisté pendant des années à tous les autres traitements.

J'ai modifié dans quelques-uns de ces détails la pratique du professeur Guyon.

Avant de faire l'instillation, je fais uriner le malade et

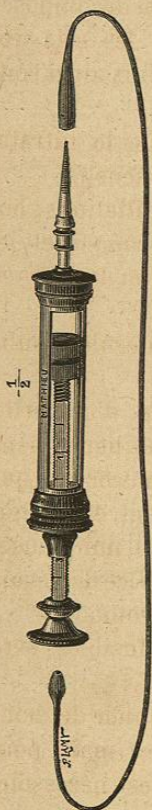


Fig. 43. — Appareil à instillations de Guyon.

Modifications au procédé du professeur Guyon.

je pousse dans la partie postérieure de son canal une quantité assez grande d'eau tiède boriquée, qui va tomber dans la vessie.

De cette façon le canal est débarrassé de ses mucosités et surtout de l'urine qui l'humectait.

Par cette pratique, le nitrate d'argent ne se décompose plus en chlorure inactif, par le contact avec les sels de l'urine qu'il rencontre dans le canal, et il produit ainsi son effet maximum sur la muqueuse malade.

De plus, l'eau introduite dans la vessie dilue le nitrate d'argent qui pourrait y tomber et le rend inoffensif.

J'ai employé différentes substances en instillations; en particulier le *sublimé*, le *chloral*, l'*acide phénique*, et je dois dire que ces substances ont échoué là où le *nitrate d'argent* n'avait pas réussi.

Jusqu'à nouvel ordre, c'est donc à cette dernière substance que l'on doit s'en tenir.

Je crois cependant que, dans certains cas d'urétrite glandulaire, quand les diverticules de la muqueuse sont les points où se cantonnent les derniers gonococcus qui entretiennent l'inflammation, le nitrate d'argent, en coagulant de suite les mucosités qui tapissent la muqueuse, forme à la surface de cette muqueuse une espèce de vernis blanchâtre qui empêche son action d'être profonde.

Pour ces cas, l'usage des antiseptiques diffusibles sera préférable.

L'emploi de la *créosote* me paraît devoir donner de bons résultats dans ces cas d'urétrite glandulaire; mais, pour formuler plus nettement cette indication, il est nécessaire que j'accumule des faits cliniques nouveaux en plus grande quantité que ceux dont je dispose en ce moment.