



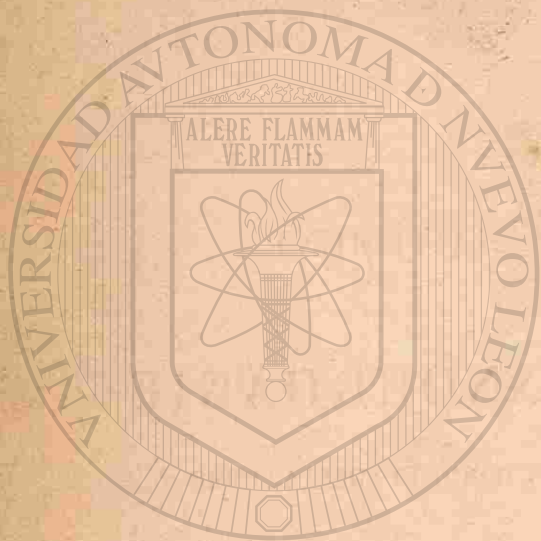
E. DELEFOSSK

—  
TRATTEMENT  
DE LA  
BLENNORRHAGIE



RC202

D45



TRAITEMENT

DE LA

**BLENNORRHAGIE**

CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



ANNALES DES MALADIES  
DES  
ORGANES GÉNITO-URINAIRES

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION DE  
**MM. F. GUYON et LANCEREAUX**  
Rédacteur en chef : D<sup>r</sup> DELEFOSSE  
Paraissant depuis 1882, par cahiers mensuels de 112 pages in-8.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :  
France : 25 fr. — Étranger : 27 fr. — Le Numéro : 2 fr. 75  
Bureaux du Journal : 22, place Saint-Georges, Paris.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS  
19, RUE HAUTEFEUILLE, PARIS

DU MÊME AUTEUR

- La Pratique de l'analyse des urines et de la bactériologie urinaire, 5<sup>e</sup> édition, 1893, 1 vol. in-18 Jésus de 273 pages avec 27 planches comprenant 103 figures, cartonné. . . . . 4 fr.
- Pratique de la Chirurgie des voies urinaires, 2<sup>e</sup> édition, 1887, 1 vol. in-18 de 590 pages, avec 142 figures . . . . . 7 fr.
- La Pratique de l'Asepsie et de l'Antiseptie dans les maladies des voies urinaires, 1893, 1 volume in-18 Jésus de 230 pages, avec 50 figures cartonné . . . . . 4 fr.
- Leçons cliniques sur la Contracture du col vésical, faites à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, 1879, in-8, 116 p. 3 fr. 50
- Leçons cliniques sur l'Uréthrotomie interne, faites à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, 1880. 111 pages avec 10 fig. 3 fr.
- Du Cathétérisme en général et du Cathétérisme par temps et mouvements, 1884, in-8; 40 pages avec 8 figures. . . . . 1 fr. 25
- Quelques réflexions sur la lithotritie rapide pratiquée suivant la méthode du D<sup>r</sup> Bigelow (*Union médicale*, 1883).
- Des instruments actuellement employés dans la lithotritie, in-8, 1884.
- Causes et traitement de la gravelle urique, 1895, 1 vol. 120 p. 2 fr. 50
- Du Cathétérisme rétrograde, 1890.

TRAITEMENT  
DE LA  
**BLENNORRHAGIE**

CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME

PAR

**E. DELEFOSSE**

Docteur en médecine  
Rédacteur en chef  
des *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*



PARIS BIBLIOTECA

LIBRAIRIE COCCOZ

11, RUE DE L'ANCIENNE-COMÉDIE, 11

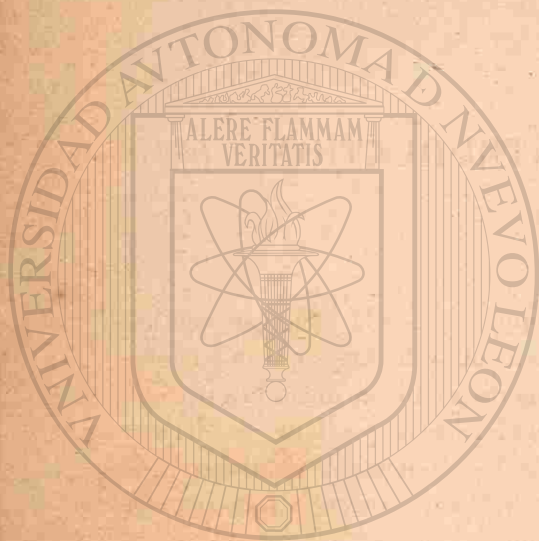
1897

Tous droits réservés.

000278



FMBsH  
RC202  
D95



## INTRODUCTION

Depuis quelques années la blennorrhagie est une des affections microbiennes qui ont le plus attiré l'attention du monde médical. Les travaux sur cette maladie parus pendant ce dernier quart de siècle sont tellement nombreux que leur bibliographie seule fournirait la matière d'un gros volume.

Quelles sont les causes qui ont motivé cette recrudescence d'études sur un état pathologique déjà si souvent fouillé? Ces causes sont dues aux découvertes pastoriennes. Grâce à ces découvertes, nous ne sommes plus au temps où la blennorrhagie était considérée comme une maladie insignifiante que l'on pouvait traiter à la légère. La découverte du gonocoque dans les affections utérines et les annexes génitales ont

démontré que « le mépris » ne devait pas être le traitement du suintement marital. M. Neisser a résumé d'une façon très concise et très nette les suites possibles de la blennorrhagie : « Le danger de la gonorrhée, écrit-il, consiste en ceci : 1° Que le virus gonorrhéique et les processus pathologiques provoqués par lui ne restent pas localisés sur les parties de la muqueuse primitivement infectées, mais que,  $\alpha$ ) chez l'homme, l'urètre postérieur, difficilement accessible au traitement, et de là le cordon spermatique et l'épididyme (danger d'azoospermie) peuvent être atteints et qu'il peut survenir des complications du côté de la prostate, de la vessie, etc.;  $\beta$ ) chez la femme, l'utérus, les trompes, les ovaires et les feuilletts enveloppants du péritoine peuvent participer à l'affection. 2° Que le virus gonorrhéique, dans les phases ultérieures, envahit les couches profondes de l'épithélium.

« De cette extension dans les deux sexes, en surface et en profondeur, il résulte que le virus peut se maintenir pendant des mois et des années en des points difficilement ou pas du tout accessibles, c'est-à-dire qu'il peut se former une source chronique d'infection. »

Toute une révolution s'est donc accomplie en

ce qui concerne le pronostic de la blennorrhagie. M. Jacquet l'a décrite d'une façon humoristique. « Ce n'est pas là chose plaisante, écrit-il dans *la Semaine médicale* (30 novembre 1892), car voici que la chaude-pisse, jadis considérée comme une simple incommodité plus ou moins cuisante, constituant même, pour la folle jeunesse, une manière de brevet de virilité, importe tout au plus à quelques névropathes, voici, dis-je, que ce « coryza de la verge », comme disait Pidoux, est en train de prendre une importance inattendue, de devenir question majeure, d'intérêt vital, social, autant et peut-être plus que la syphilis elle-même ! »

Les auteurs sont d'accord sur ces conséquences nouvellement connues de la blennorrhagie.

Les théories microbiennes ont aussi exercé leur influence relativement au traitement de la blennorrhagie. Sur ce terrain les résultats sont malheureusement moins brillants. La blennorrhagie étant due à un microbe, ce microbe étant connu, les agents qui le combattent le plus sûrement *in vitro* étant trouvés, il n'y avait plus, semblait-il, qu'à faire l'application de toutes ces données acquises au traitement de la blennorrhagie. On n'a pas été long à s'apercevoir



que la connaissance de l'agent virulent de la blennorrhagie, pas plus que de celui de la tuberculose, n'entraînait pas nécessairement la connaissance de son traitement. Peut-être s'est-on trop occupé du gonocoque, tout en laissant dans l'ombre la transformation anatomo-pathologique du canal de l'urèthre, transformation due au séjour du virus sur la muqueuse uréthrale. Grâce à l'endoscopie, ces lésions commencent à être bien étudiées. Dorénavant, dans tout traitement de la blennorrhagie, on devra tenir compte de ces deux facteurs qui ont chacun un rôle essentiel et différent.

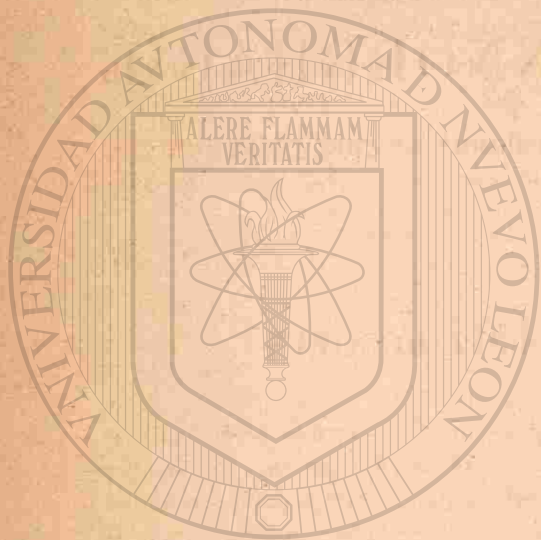
En publiant ce travail, je n'ai pas eu l'intention de faire une étude complète de la blennorrhagie : je n'ai eu en vue que d'être utile aux praticiens qui n'ont pas le temps de lire tous les traités didactiques parus sur cette affection, qui ne connaissent souvent que par des résumés les principales méthodes de traitement préconisées dans ces dernières années et qui, par conséquent, sont sujets à les mal appliquer et à les rejeter. J'ai laissé de côté, autant que possible, tout ce qui était théorie ou déductions spéculatives : je n'ai rapporté que très succinctement les anciennes formules qui sont reproduites dans tous les livres classiques.

Résumer l'état actuel de la thérapeutique en ce qui concerne cette affection spéciale, relater avec détails les différents traitements nouvellement préconisés, en un mot mettre entre les mains du praticien un manuel qui soit en rapport avec l'importance que l'on doit attacher aux affections blennorrhagiques chez l'homme et chez la femme, tel est le but que je me suis proposé.

D<sup>r</sup> DELEFOSSE.

Paris, le 13 juin 1897.





## TRAITEMENT

DE LA

# BLENNORRHAGIE

CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME

### PRÉLIMINAIRES

Il y a quelques années les termes de *blennorrhagie*, *gonorrhée*, *urétrite*, désignaient, un écoulement urétral qui existait à l'état aigu ou chronique. La découverte de Neisser faisant du gonocoque la base de l'étiologie d'un écoulement de nature spéciale, les termes indiqués plus haut ne doivent plus être employés comme synonymes, sous peine d'amener une confusion très préjudiciable au diagnostic et au traitement de cette affection vénérienne.

Les travaux récents ont permis d'établir les principes fondamentaux suivants :

1° L'écoulement urétral est, dans la grande majorité des cas, produit, au début, par un organisme spécifique : cet écoulement se continue après la

diminution ou la disparition de cet élément parasitaire, alors peu virulent, grâce à une altération de la muqueuse, altération qui exige, à ce moment, tous les soins.

2° La blennorrhagie est une maladie infectieuse, spécifique, ne naissant que d'elle-même et par inoculation de produits blennorrhagiques : ses manifestations sont multiples.

3° Il existe des uréthrites non blennorrhagiques.

4° La cause de la blennorrhagie est le gonocoque de Neisser.

Il résulte, à mon avis, de ces principes que le terme de *blennorrhagie* ne doit être employé que pour désigner expressément l'écoulement dans lequel on découvre le gonocoque : les deux termes *blennorrhagie* et *gonocoque* doivent être inséparables : c'est une *gonococcie*.

Mais il existe des écoulements uréthraux dans lesquels le gonocoque ne se rencontre pas : ces écoulements doivent être désignés sous le nom d'*uréthrites*.

Les causes de ces uréthrites peuvent être ou d'ordre interne (syphilis, tuberculose, arthritisme, oreillons, etc.) ou d'ordre externe : traumatiques (cathétérisme), chimiques, physiologiques ou vénériennes (échauffement, règles, leucorrhée).

Des auteurs désignent sous le nom d'urétrite tout écoulement de l'urèthre et font suivre ce substantif du qualificatif : gonococcienne, ou blennorra-

gique, quand on découvre la présence du gonocoque. Je pense qu'il vaut mieux employer deux termes différents pour éviter toute confusion : si un écoulement contient ou a contenu le gonocoque, c'est une blennorrhagie : si cet écoulement n'a jamais contenu de gonocoque, c'est une urétrite : ce qui ne veut pas dire que cette urétrite ne soit pas due à d'autres microbes.

Cette première distinction étant établie, faut-il, dans l'étude du traitement de la blennorrhagie conserver la division en blennorrhagie aiguë et blennorrhagie chronique? Le gonocoque étant la seule cause de la blennorrhagie, il a paru naturel d'établir une nouvelle classification dont le gonocoque serait la pierre angulaire et on a proposé (Janet) d'abandonner complètement l'ancienne division et de la remplacer par les trois phases suivantes : phase gonococcique (où l'on trouve le gonocoque), phase aseptique (où l'on ne trouve plus le gonocoque); phase des infections secondaires (où l'on trouve des microbes autres que le gonocoque). Aux points de vue anatomo-pathologique et bactériologique, cette classification est rationnelle : mais en ce qui regarde la clinique, est-elle si importante qu'elle exige le rejet de l'ancienne division? Je ne le crois pas. Le gonocoque doit évidemment entrer en première ligne comme importance, mais ce diplocoque se retrouve dans les différents états d'acuité et de chronicité de la maladie et par cela même l'on est



forcément obligé de revenir aux termes d'aigu et de chronique.

Il est très difficile d'établir une classification qui comprenne tous les cas de cette maladie si diverse dans ses formes, dans ses allures, dans ses conséquences et surtout si changeante suivant le terrain sur lequel elle évolue. Je pense cependant que l'ancienne division en blennorrhagie aiguë et blennorrhagie chronique, modifiée suivant les idées nouvelles, doit être conservée et c'est celle que j'ai utilisée.

## PREMIÈRE PARTIE

### CHAPITRE PREMIER

#### DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ L'HOMME

##### I. — DE LA BLENNORRHAGIE AIGUE

##### § I. — De la distinction entre la blennorrhagie et l'urétrite.

Lorsqu'un médecin se trouve en présence d'un écoulement urétral à l'état aigu, son premier point à préciser est de savoir s'il s'agit d'une urétrite ou d'une blennorrhagie, c'est-à-dire si l'écoulement ne contient pas ou contient le gonocoque.

Cette constatation est indispensable non seulement pour le pronostic, mais aussi pour le traitement à instituer. ®

Comment le praticien peut-il diagnostiquer la nature de l'écoulement? Par le microscope et les cultures. Disons de suite que ces dernières, quoique donnant des résultats plus précis, exigent un maté-



forcément obligé de revenir aux termes d'aigu et de chronique.

Il est très difficile d'établir une classification qui comprenne tous les cas de cette maladie si diverse dans ses formes, dans ses allures, dans ses conséquences et surtout si changeante suivant le terrain sur lequel elle évolue. Je pense cependant que l'ancienne division en blennorrhagie aiguë et blennorrhagie chronique, modifiée suivant les idées nouvelles, doit être conservée et c'est celle que j'ai utilisée.

## PREMIÈRE PARTIE

### CHAPITRE PREMIER

#### DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ L'HOMME

##### I. — DE LA BLENNORRHAGIE AIGUE

##### § I. — De la distinction entre la blennorrhagie et l'urétrite.

Lorsqu'un médecin se trouve en présence d'un écoulement urétral à l'état aigu, son premier point à préciser est de savoir s'il s'agit d'une urétrite ou d'une blennorrhagie, c'est-à-dire si l'écoulement ne contient pas ou contient le gonocoque.

Cette constatation est indispensable non seulement pour le pronostic, mais aussi pour le traitement à instituer.

Comment le praticien peut-il diagnostiquer la nature de l'écoulement? Par le microscope et les cultures. Disons de suite que ces dernières, quoique donnant des résultats plus précis, exigent un maté-

riel et des connaissances scientifiques qui en font de véritables opérations de laboratoire. Il n'en est plus de même des recherches microscopiques, qui doivent être actuellement familières à tous les médecins.

On a bien écrit, et cela avec juste raison, que ces recherches bactériologiques microscopiques étaient sujettes à caution. Cependant elles sont largement suffisantes pour la pratique courante. Il en est de même des analyses d'urine qui ne sont vraiment scientifiques qu'avec un outillage perfectionné, mais peuvent être faites cependant très rapidement et très simplement, avec une précision suffisante pour le diagnostic médical. Néanmoins, la méthode des cultures sera *l'ultima ratio* des cas douteux.

La recherche du gonocoque dans un écoulement urétral est, pour le spécialiste qui soigne une blennorrhagie, ce qu'est, pour le médecin s'occupant de maladies internes, la démonstration du bacille tuberculeux dans les crachats.

§ II. — De la manière de prendre du pus urétral et de l'examen microscopique de ce pus.

Dans la blennorrhagie aiguë, il n'est pas difficile de se procurer du pus : on le voit sourdre du méat avec ou sans pression.

La manœuvre pour se procurer une goutte de ce liquide est donc bien simple : rejeter le prépuce en arrière; laver le gland avec un morceau d'ouate

trempé dans une solution de sublimé au 1/2 000 à l'eau stérilisée; puis presser la base du gland; le méat s'entrouvre et le liquide sort, ayant un aspect variable à l'œil nu, suivant le temps qui s'est écoulé depuis l'époque de la contamination, et décrit dans tous les ouvrages classiques.

On prend une quantité minime de cette goutte au moyen soit : 1° d'un fil de platine recourbé, fixé sur un manche en bois; 2° d'une spatule plate en métal, d'une longueur de 3 millimètres environ, se continuant avec un manche aussi en métal; je préfère une spatule plate à une spatule à cuvette, parce qu'avec cette dernière, il est moins facile d'étaler la goutte sur la plaque.

Cette spatule est stérilisée à la flamme d'une lampe à alcool avant et, après chaque examen, flambée de nouveau, puis conservée dans de l'alcool à 90°.

La goutte ramassée par la spatule est étalée très légèrement et très doucement sur une plaque de verre. Ces plaques pour microscope doivent toujours être aseptiques et, pour cela, conservées dans un bocal bouché contenant de l'alcool à 90°. Au fur et à mesure des besoins, on prend une plaque avec une pince stérilisée, on la passe au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool pour la sécher et on l'essuie avec un morceau de soie stérilisée.

*Règle générale* : pour sécher une plaque ou une préparation, il suffit de passer lentement 2 ou 3 fois cette plaque, « en fauchant », au-dessus de la flamme.



La goutte doit être étalée en couche très mince en évitant de presser sur la plaque pour ne pas écraser les cellules ; il faut avoir bien soin de prendre avec la spatule très peu de liquide : ce qui exige une certaine habitude quand l'écoulement uréthral est abondant.

Le pus étalé sur la plaque est séché à la flamme.

Puis on verse dessus, avec un compte-gouttes, quelques gouttes d'une solution colorante.

On a donné bien des formules de cette liqueur colorante : après plusieurs essais, j'ai adopté celle préconisée par M. Guiard et qui est la suivante :

Solution alcoolique sursaturée (6/100) de violet de gentiane. . . . .	1 vol.	XXX gouttes
Solution aqueuse concentrée (3/100) de bleu de méthylène. . . . .	4 vol.	9 c.c.
Solution aqueuse de potasse (1/10 000). . . . .	20 vol.	30 c.c.

Cette solution doit être renouvelée tous les mois.

Il est préférable de faire soi-même cette solution ou une autre du même genre. Voici le procédé que donne M. Bosc : « Une façon commode de fabriquer une solution aqueuse consiste à mettre une goutte de solution alcoolique dans un grand verre de montre rempli d'eau distillée : mais ce procédé facile donne, somme toute, une solution hydro-alcoolique et il vaut mieux employer une solution entièrement aqueuse. Pour avoir un liquide tel et toujours propre au moment de m'en servir, voici le dispositif que j'emploie : je prends un petit entonnoir et lui fais

traverser à frottement dur le bouchon de liège d'un flacon de 120 grammes : cet entonnoir reçoit un filtre dans lequel je mets la matière colorante en poudre ; un chapeau de laiton protège le tout de la poussière ; je verse ensuite dans l'entonnoir de l'eau distillée qui filtre et coule dans le flacon en se chargeant de matière colorante sur laquelle je la fais passer quatre à cinq fois ; ma solution étant ainsi saturée, lorsque je veux m'en servir, j'enlève le bouchon-entonnoir et j'y verse le liquide du flacon que je rebouche ensuite incomplètement, ce qui permet au liquide de filtrer ; je reçois enfin sur ma lame une goutte que je recueille à l'extrémité terminale de l'entonnoir. Grâce à cet appareil, beaucoup plus simple à fabriquer et à employer qu'à décrire, je possède un liquide toujours très limpide et à saturation, sans avoir les désagréments de ces dépôts boueux qu'il est si difficile d'éviter après un certain temps, dans les flacons contenant des colorants aniliques en solutions saturées. »

On laisse cette solution en contact avec la goutte de pus étalée, pendant 3 à 4 minutes : elle colore les leucocytes en violet, les noyaux en bleu foncé et les gonocoques en bleu très foncé.

La plaque est ensuite lavée à l'eau filtrée et stérilisée pendant une minute, soit en la promenant dans une cuvette d'eau, soit en faisant couler dessus un filet d'eau : puis on sèche à la lampe.

La préparation est alors prête pour l'examen.



On voit donc que le manuel opératoire est très simple et qu'il demande au plus 4 à 5 minutes.

MM. Pick et Jacobshon conseillent de procéder de la façon suivante pour la coloration du gonocoque :

1° Étendre le pus ou le liquide pathologique sur la plaque de verre.

2° Passer la plaque trois fois à travers une flamme.

3° La colorer en la plongeant pour 8 à 10 secondes dans une solution contenant :

Solution alcool. concentrée de bleu de méthyl.	VIII gouttes.
Fuschine phéniquée . . . . .	XV gouttes.
Eau distillée . . . . .	20 grammes.

4° Laver à l'eau.

5° Sécher en passant au besoin à travers une flamme.

6° Monter dans du baume de Canada.

Le praticien qui voudra avoir un diagnostic plus précis emploiera la technique suivante, dite de double décoloration :

1° Étaler légèrement le pus sur une lamelle à l'aide d'un fil de platine ou d'une spatule.

2° Sécher la lamelle par un passage 2 à 3 fois répété au-dessus de la flamme.

3° Plonger la face positive de la lamelle durant 2 à 3 minutes dans un bain de 5 c.c. de la solution indiquée plus haut ou de la solution suivante :

Huile d'aniline . . . . .	3 cent.
Alcool à 50° . . . . .	7 —
Eau . . . . .	90 —
Solution hydro-alcoolique de bleu de méthylène . . . . .	X gouttes.

Ou bien encore : pendant 6 secondes dans :

Solution saturée de violet de gentiane	
dans l'alcool à 95° . . . . .	10 c.c.
Eau phéniquée à 1/100 . . . . .	100 c.c.

Au lieu de ce bain, on peut verser sur la face positive quelques gouttes de la solution hydro-alcoolique de bleu de méthylène et en retirer les mêmes avantages.

4° Laver la lamelle à grande eau : puis la baigner pendant 2 minutes dans le liquide de Gram :

Iodure de potassium . . . . .	2 gr.
Iode . . . . .	1 gr.
Eau distillée . . . . .	200 gr.

5° Laisser égoutter la lamelle et la placer dans l'alcool absolu, additionné d'un tiers d'acétone jusqu'à la décoloration complète; ce que l'on constate en mettant la lamelle sur un fond blanc.

6° Puis, pour plus de certitude, laver la lamelle à l'eau et faire agir pendant 2 à 3 minutes une solution aqueuse concentrée d'éosine ordinaire.

7° Déshydrater à l'alcool à 90° : éclaircir par l'essence de girofle et monter en baume au xylol.

Par ce procédé, qui demande 25 minutes environ, la préparation sur l'objectif du microscope présente un fond général de teinte rosée sur lequel se détachent les gonocoques décolorés et recolorés en rose foncé et les microcoques en bleu très intense.

Mais on ne doit pas oublier que cette méthode de



Gram a bien perdu de sa valeur depuis que l'on sait que beaucoup de microcoques qui habitent l'urètre se décolorent par l'iode.

On a proposé alors un autre procédé : les micro-organismes étant décolorés, on fera agir sur eux une solution de brun de Bismark ou une solution de bleu de méthylène diluée pendant cinq secondes. Le gonocoque se colorera vivement ; les autres diplocoques que le Gram décolore prennent beaucoup moins vite la nouvelle couleur.

M. Hymans pense, d'après ses recherches personnelles que, pour différencier le gonocoque au moyen de la méthode de Gram, il faut colorer avec une solution suffisamment concentrée et, après avoir laissé la solution de Lugol agir pendant 1 minute, décolorer à l'alcool pendant au moins 2 minutes et demie. Les gonocoques se décolorent alors sûrement tandis que les staphylocoques conservent leur couleur. Mais il ne faut pas étendre la décoloration au delà de 4 minutes, parce que les staphylocoques commenceraient à se décolorer et pourraient alors être pris pour des gonocoques, sur la foi d'un procédé de différenciation mal appliqué.

En résumé, on fera bien de se contenter du premier procédé de simple coloration qui est largement suffisant puisqu'il a été reconnu qu'avec lui on a 95 0/0 de chance de ne pas se tromper, sans compter d'autres propriétés spéciales au gonocoque, indiquées plus loin.

Occupons-nous maintenant du microscope. Il n'est pas loin le temps où trouver un microscope dans le cabinet d'un médecin, surtout à la campagne, constituait une rareté. La nécessité absolue de la possession de cet instrument et la diminution de son prix d'achat ont vulgarisé la microscopie.

Sans examiner ici le mécanisme, la théorie, etc., du microscope, il me paraît utile de relater quelques conseils pratiques qui facilitent l'usage de cet important auxiliaire du diagnostic de la blennorrhagie.

Pour l'examen bactériologique du gonocoque et des autres micro-organismes de l'urètre, on doit choisir un microscope pourvu, au minimum, d'un oculaire n° 4, d'un objectif à immersion 1/12 et d'un éclairage condensateur d'Abbé.

On obtient avec ces lentilles un grossissement de 1 200 diamètres environ. Neisser découvrit le gonocoque avec un objectif à sec n° 7 de Nachet et un oculaire n° 3 ou 4 (grossissement 1 080). Cependant l'objectif à immersion vaut mieux. L'objectif à immersion homogène n° 9 de Nachet correspond au 1/12 de Zeiss et le n° 10 au 1/18 (grossissement 1 500 à 2 600).

L'huile à employer doit être celle indiquée par le fabricant de l'objectif. ®

Le microscope se place devant une fenêtre orientée vers le nord et sur une table solide placée à 1 mètre, 1 m. 50 de cette fenêtre.

Le praticien ayant un microscope à grossissement



convenable et la plaque préparée peut alors se livrer à la recherche du gonocoque. La plaque n'a pas besoin d'être recouverte d'un verre couvre-objet. On laisse tomber directement sur la préparation ou mieux on place sur l'objectif une goutte de l'huile choisie.

La plaque est portée sur la platine du microscope et fixée. On abaisse le tube du microscope jusqu'à ce que l'objectif et la plaque se touchent légèrement : cette descente se fait sans regarder dans l'instrument : puis tout en visant par l'oculaire, on remonte lentement le tube au moyen de la vis latérale, jusqu'à ce que quelques traces bleuâtres apparaissent ; aussitôt, on arrête le mouvement d'ascension, on lâche la vis latérale pour prendre la vis horizontale micrométrique et on met la préparation au point. Bien entendu que tout d'abord la lumière a été amenée dans le champ visuel en plaçant plus ou moins obliquement le côté concave du réflecteur : ce n'est que quand l'éclairage est très net que l'on doit chercher à voir la préparation : l'intensité de l'éclairage est modifiée par des diaphragmes en forme d'iris ; il vaut mieux ne pas avoir une lumière trop intense.

En résumé l'examen d'une préparation demande 3 à 4 minutes et se décompose ainsi :

- 1° Prendre une goutte du liquide à examiner.
- 2° L'étaler légèrement sur une plaque nettoyée et aseptique, sécher.
- 3° Laisser en contact 2 à 3 minutes avec quelques gouttes d'une préparation colorante.

- 4° Laver à l'eau et sécher.
- 5° Mettre la préparation sur la platine du microscope.
- 6° Placer une goutte d'huile sur l'objectif à immersion.
- 7° Amener l'objectif au contact avec la plaque, très légèrement.
- 8° Chercher l'éclairage en faisant varier la position du réflecteur concave.
- 9° Remonter l'objectif en cherchant la teinte bleuâtre, avec la vis verticale.
- 10° Mettre au point avec la vis horizontale.
- 11° Examiner la préparation.
- 12° Si on veut la conserver : la recouvrir d'une goutte de baume de Canada au xylol, puis mettre une plaque couvre-objet.

Recommandation importante : ne jamais étendre le pus en l'écrasant entre deux lames ou deux lamelles et ne jamais appuyer sur la lamelle couvre-objet si on utilise cette dernière : sans cela on écraserait et détruirait les cellules qui renferment les gonocoques : ceux-ci deviendraient libres et la préparation serait privée d'un bon moyen de diagnostic.

Si la préparation contient des gonocoques : ces derniers se reconnaissent par les indices suivants :

A l'état isolé, le gonocoque est un diplocoque ; on aperçoit comme deux reins, très petits, ou deux haricots, se regardant par leur hile (la forme concave du bord interne n'est pas toujours très nette). Quand



ils sont isolés, généralement c'est que la cellule qui les contenait a été rompue : quand ils sont réunis,



FIG. 1. — Urétrite aiguë. Au début. FIG. 2. — Urétrite aiguë (période d'état). FIG. 3. — Urétrite aiguë. Période de déclin.

ils sont aussi accouplés deux à deux, par groupe de 3, 4, 5, sous forme d'amas de 15 à 40 individus (fig. 1, 2, 3).

Comme le fait remarquer M. Richard, il est une chose qu'il ne faut point oublier, c'est que les gonocoques sont un peu plus gros lorsqu'ils sont intra-cellulaires que lorsqu'ils se trouvent au dehors des éléments anatomiques. Et, fait aussi remarquable, on ne voit jamais les gonocoques, même en nombre considérable, pêle-mêle les uns sur les autres, comme le staphylococcus (fig. 4), ni dans un ordre spécial



FIG. 4. — Pus à staphyloques (grappe de raisin). Mic. pyog. aur. FIG. 5. — Pus à streptocoques (chaînettes). Mic. pyogenes.

comme les chaînettes des streptocoques (fig. 5). Le groupement en amas est caractéristique.

Il y a des variations assez grandes suivant l'âge des microbes, le milieu de culture et le mode de préparation.

1° Dans une même préparation se voient des individus gros et petits; ceux-ci proviennent d'une division récente et croissent jusqu'à ce que chaque moitié se subdivise, les nouveau-nés ayant alors pour longueur la largeur de la cellule mère.

2° Les individus deviennent plus gros dans un milieu favorable, comme celui qu'offre généralement le pus d'une blennorrhagie aiguë.

3° Un chauffage exagéré, une action trop violente de l'alcool ratatinent les individus. L'acide acétique les resserre et rend leur contour plus précis. Les alcalis caustiques font devenir la fente moins nette. Les microbes faiblement teints paraissent plus petits.

Les dimensions moyennes du gonocoque sont les suivantes :

Grand axe de l'ovoïde 0,6 à 0,7  $\mu$ . } Pour chaque élément  
Petit axe de l'ovoïde 0,5  $\mu$ . . . . } du diplocoque.

Les gonocoques se montrent surtout dans les cellules de pus et dans les cellules épithéliales. Les leucocytes, quelle que soit la quantité des gonocoques, ne sont pas tous envahis (1 sur 25). Le protoplasma des cellules épithéliales est aussi en-



vahi par le gonocoque. On ne peut mieux comparer ces cellules avec des gonocoques qu'à des cartons de cibles criblés de plomb.

Mais le nombre des cellules plates ou épithéliales, des leucocytes et des gonocoques se présentent en quantité variable suivant les diverses phases de la blennorrhagie et peuvent ainsi aider au diagnostic de la période. M. Finger écrit : « Le microscope est à même de nous renseigner sur le stade de processus et autorise à ce point de vue des conclusions importantes. Avons-nous sous les yeux les signes objectifs suivants : un méat légèrement rouge, un écoulement muqueux modéré dans lequel nous discernons au microscope, de nombreuses cellules épithéliales plates, peu de gonocoques et d'éléments purulents, nous sommes en présence d'une infection récente : de même il s'agit d'une maladie à son déclin, proche de la guérison, le microscope nous révèle l'existence dans la sécrétion d'abondantes cellules d'épithélium de transition, peu de cellules de pus et peu de gonocoques » (voir fig. 1, 2 et 3).

En résumé, les caractères du gonocoque sont : forme d'un diplocoque ovoïde (haricot, grain de café, rein). Jamais de vraies chaînettes, mais groupement en amas, non les uns sur les autres ; situation intracellulaire dans les leucocytes, mais extra-nucléolaire : placage sur les cellules épithéliales, dont ils dépassent le contour cellulaire, tandis qu'ils ne font qu'af-

fleurer celui des leucocytes, sans le dépasser (Finger).

D'après les recherches récentes, le gonocoque ne peut, à aucun titre, être considéré comme un hôte normal de l'urèthre.

Dans la blennorrhagie, le diagnostic différentiel est toujours possible, voire même facile, tant que les gonocoques ne sont pas devenus rares et déformés.

M. Marcel Sée fait remarquer, avec juste raison, que les difficultés du diagnostic tiennent rarement aux microbes qui simulent le gonocoque. « Elles proviennent plutôt des causes qui peuvent le faire méconnaître : 1° Des gonocoques peu nombreux peuvent échapper, si on ne fait pas des examens soigneux et répétés. Même lorsqu'on les voit, on ne peut que rester dans le doute, les amas formés de nombreux individus étant seuls typiques. 2° Les microbes peuvent être déformés, en involution.

« En outre, les conditions du diagnostic sont extrêmement variables, suivant les cas où l'on se place. Lorsque l'on examine par exemple du pus d'urétrite aiguë, où les gonocoques nombreux sont la règle, où d'autre part ils ne peuvent prêter à confusion, on a le droit de se contenter d'un simple examen sur lamelle, avec coloration au bleu de méthylène ; si les microbes sont peu nombreux, dans une urétrite chronique, on pratiquera la réaction de Neisser, et l'on se retrouvera dans les mêmes conditions (ceci est sujet à caution). Dans les cas



exceptionnels, aucune précaution n'est alors de trop, cultures, inoculations, si on le peut. En général, dans la pratique, le diagnostic du gonocoque est faisable par le microscope seul. »

Je reviens au diagnostic de la blennorrhagie aiguë. Nous avons vu que le praticien devait d'abord se rendre compte s'il était en présence d'une blennorrhagie ou d'une urétrite. Dans ce dernier cas, le microscope fait reconnaître dans la sécrétion la présence de diplocoques et de bacilles pyogènes, et entre autres une sorte de bactérie qui pourrait bien être la cause efficiente de l'affection, car sa présence paraît constante dans la plupart des examens entrepris dans ces circonstances. Cette bactérie se présente sous forme de petits bâtonnets, de hachures, tantôt parallèles, tantôt perpendiculaires. On ne peut mieux comparer ce que l'on voit microscopiquement qu'au tableau qui est sous les yeux quand on jette sur une table tous les bâtonnets du jeu qui consiste à enlever, à l'aide d'un crochet, chaque bâtonnet, sans toucher aux autres. Ces bactéries sont un peu moins grosses que les microbes normaux, de même forme, de l'urèthre.

M. Janet a décrit un très petit bacille court qu'il désigne sous le nom de *bacille-fourmi*: ce diplo-bacille se réunit en essaims de très nombreux individus, formant dans les sécrétions de véritables nuages.

Si l'on est en présence d'une blennorrhagie au

début, on trouve le gonocoque au milieu de cellules de pus, des cellules épithéliales mais pas de cellules de transition. Les cellules de pus, en petit nombre d'abord, sont munies de 2 ou 3 noyaux : les gonocoques sont disséminés ou réunis. Il suffit d'avoir examiné très attentivement 3 ou 4 bonnes préparations contenant ces microbes pour les reconnaître, en général, très facilement. Ces gonocoques sont appliqués à la surface des grandes cellules polygonales d'épithélium plat.

Comme nous le verrons : au fur et à mesure de la marche de la maladie, les cellules de pus augmentent, les cellules épithéliales diminuent : puis les cellules de pus diminuent avec les gonocoques et alors apparaissent les éléments ronds de l'épithélium de transition, la plupart recouverts de gonocoques. On ne rencontre au début de l'état aigu que le gonocoque en fait de microbes dans la préparation : plus tard se présentent d'autres microbes qui se substituent au gonocoque progressivement.

Par suite de cet examen microscopique, le médecin sait s'il est en présence d'une blennorrhagie aiguë ou d'une urétrite. Il sait en outre, par les commémoratifs et par cet examen, le gonocoque ayant été reconnu, si la blennorrhagie est au début. Bien qu'à cette époque de la maladie, les gonocoques soient encore dans l'urèthre antérieur, il n'en devra pas moins pour confirmer le diagnostic faire l'expérience des deux verres, expérience si utile dans les



blennorrhagies subaiguës et chroniques. La première partie de l'urine, 1<sup>er</sup> verre, est trouble; la deuxième, 2<sup>e</sup> verre, le reste du liquide, est claire.

### § III. — Traitement de la blennorrhagie aiguë.

En ce qui concerne le traitement de la blennorrhagie aiguë, je diviserai les différentes phases de la maladie en trois périodes : période de début, période d'état, période de déclin.

#### A. — PÉRIODE DE DÉBUT (3 OU 5 PREMIERS JOURS)

Le traitement qui domine cette première période de la blennorrhagie est le *traitement abortif*.

Faut-il admettre cette thérapeutique ou la rejeter? Celle-ci étant admise, quelle méthode employer?

Ces deux problèmes ont des solutions qui divisent actuellement, d'une façon sérieuse, les médecins et les spécialistes.

Les partisans du rejet de tout traitement à cette période de la maladie s'appuient sur l'anatomopathologie. La muqueuse de l'urèthre, disent-ils, ne consiste qu'en une couche de cellules cylindriques et une ou deux assises de cellules de transition, de sorte que, pour atteindre le tissu conjonctif sous-muqueux, les gonocoques n'ont qu'une barrière très facile à franchir; ils la franchissent donc très rapidement puisqu'ils jouissent de la propriété de pouvoir

entamer les cellules saines et de s'infiltrer entre les cellules comme entre les pavés d'une rue, allant à la file indienne, jusqu'à ce qu'ils rencontrent un espace suffisant pour se réunir : de sorte que si l'on veut utiliser le traitement abortif, on arrive toujours trop tard. Cette pullulation est encore favorisée, dans le tissu conjonctif, par le retour à la surface d'autres gonocoques, gonocoques qui sont entraînés par les leucocytes vaincus et gorgés de microbes, lesquels augmentent, par leur passage, la dissociation des cellules.

Cette théorie est facile à comprendre et paraît rationnelle : les gonocoques sont déposés sur la muqueuse uréthrale; immédiatement ils s'infiltrent soit dans les cellules, soit dans leurs interstices et pénètrent dans le tissu conjonctif; les leucocytes se mettent en défense, augmentent en nombre : ceux qui sont détruits sont rejetés au dehors, c'est-à-dire sur la muqueuse uréthrale, à travers les interstices des cellules saines, et, bien qu'ils rendent service, en éliminant ainsi un grand nombre de gonocoques, dont ils sont gonflés, ils n'en établissent pas moins des trajets nouveaux, par où pénètrent d'autres assaillants, ou ils élargissent ceux existant et les gonocoques pénètrent alors en nombre plus considérable. Dans ces conditions, tout traitement abortif, radical, d'emblée, n'atteindra pas le microbe; le médicament microbicide, ne baignant que la surface de la muqueuse, n'aura pas d'action sur le gonocoque



blennorrhagies subaiguës et chroniques. La première partie de l'urine, 1<sup>er</sup> verre, est trouble; la deuxième, 2<sup>e</sup> verre, le reste du liquide, est claire.

### § III. — Traitement de la blennorrhagie aiguë.

En ce qui concerne le traitement de la blennorrhagie aiguë, je diviserai les différentes phases de la maladie en trois périodes : période de début, période d'état, période de déclin.

#### A. — PÉRIODE DE DÉBUT (3 OU 5 PREMIERS JOURS)

Le traitement qui domine cette première période de la blennorrhagie est le *traitement abortif*.

Faut-il admettre cette thérapeutique ou la rejeter? Celle-ci étant admise, quelle méthode employer?

Ces deux problèmes ont des solutions qui divisent actuellement, d'une façon sérieuse, les médecins et les spécialistes.

Les partisans du rejet de tout traitement à cette période de la maladie s'appuient sur l'anatomopathologie. La muqueuse de l'urèthre, disent-ils, ne consiste qu'en une couche de cellules cylindriques et une ou deux assises de cellules de transition, de sorte que, pour atteindre le tissu conjonctif sous-muqueux, les gonocoques n'ont qu'une barrière très facile à franchir; ils la franchissent donc très rapidement puisqu'ils jouissent de la propriété de pouvoir

entamer les cellules saines et de s'infiltrer entre les cellules comme entre les pavés d'une rue, allant à la file indienne, jusqu'à ce qu'ils rencontrent un espace suffisant pour se réunir : de sorte que si l'on veut utiliser le traitement abortif, on arrive toujours trop tard. Cette pullulation est encore favorisée, dans le tissu conjonctif, par le retour à la surface d'autres gonocoques, gonocoques qui sont entraînés par les leucocytes vaincus et gorgés de microbes, lesquels augmentent, par leur passage, la dissociation des cellules.

Cette théorie est facile à comprendre et paraît rationnelle : les gonocoques sont déposés sur la muqueuse uréthrale; immédiatement ils s'infiltreront soit dans les cellules, soit dans leurs interstices et pénétreront dans le tissu conjonctif; les leucocytes se mettent en défense, augmentent en nombre : ceux qui sont détruits sont rejetés au dehors, c'est-à-dire sur la muqueuse uréthrale, à travers les interstices des cellules saines, et, bien qu'ils rendent service, en éliminant ainsi un grand nombre de gonocoques, dont ils sont gonflés, ils n'en établissent pas moins des trajets nouveaux, par où pénétrant d'autres assaillants, ou ils élargissent ceux existant et les gonocoques pénétrant alors en nombre plus considérable. Dans ces conditions, tout traitement abortif, radical, d'emblée, n'atteindra pas le microbe; le médicament microbicide, ne baignant que la surface de la muqueuse, n'aura pas d'action sur le gonocoque



parvenu à se cacher sous la carapace épithéliale.

D'autres auteurs ajoutent qu'en outre on se prive de l'inflammation tutélaire de la muqueuse, inflammation qui non seulement débarrasse le canal des gonocoques par le pus, mais prépare un terrain qui est nuisible à leur pullulation. Le gonocoque, dans son évolution, transforme peu à peu la muqueuse urétrale et en fait un milieu de culture qui lui est défavorable. Avec le traitement abortif la modification du terrain que détermine l'évolution même du microbe n'a pas lieu. Or, tant que cette modification n'a pas eu lieu, le gonocoque trouve, en quelque sorte, dans le canal lui-même, un auxiliaire naturel et aucun médicament n'en vient facilement à bout; au contraire, une fois cette transformation de terrain opérée, tout traitement peut réussir.

Les médecins qui préconisent le traitement abortif répondent à ces objections: il n'est pas sûr que les microbes se cachent si rapidement dans le tissu sous-muqueux; il existe un espace de temps, minime il est vrai, entre la contamination et la pénétration sous-épithéliale: pourquoi ne pas profiter de cette accalmie? Mais même en supposant que les gonocoques aient pénétré très rapidement dans le tissu conjonctif, puisque l'on compte sur la diapédèse des leucocytes pour débarrasser le canal des gonocoques, pourquoi ne pas favoriser cette diapédèse par des injections abortives? En outre, cette suppuration donne naissance à des microbes patho-

gènes qui viennent disputer la place au microbe spécifique de la blennorrhagie. D'autre part, puisqu'il est admis scientifiquement que le gonocoque agit sur la muqueuse épithéliale urétrale d'une façon assez sérieuse, comme nous le verrons à la blennorrhagie chronique, pourquoi ne pas éviter, autant que possible, cette transformation épithéliale qui conduit à la chronicité et au rétrécissement en en supprimant de suite l'agent. Enfin, pourquoi le traitement abortif qui réussit très bien dans la conjonctivite blennorrhagique n'aurait-il pas d'aussi bons résultats dans la blennorrhagie? pourquoi ne pas essayer de débarrasser le canal d'un hôte mal-faisant, avant qu'il n'ait produit des dégâts?

En dernier lieu, si l'on ne réussit pas, on sera toujours à même de cesser le traitement.

Examinons ces deux opinions contradictoires. En ce qui concerne la rapidité de pénétration du gonocoque, les expériences suivantes de M. Finger sur trois pièces sont très importantes.

« 1<sup>o</sup> Inoculation datant de 38 heures: les gonocoques sont solidement appliqués à la surface de l'épithélium dans lequel cependant, au bout de 38 heures, ils n'ont pas encore pénétré: mais ils commencent à envahir les leucocytes superficiels. Ils entrent avec une rapidité particulière dans les lacunes de Morgagni; de même ils envahissent rapidement le tissu conjonctif là où il est dépouillé de son épithélium protecteur. »



« 2° Inoculation datant de trente-trois heures : lésions très légères : peu d'inflammations de l'épithélium et du tissu conjonctif par les leucocytes : les gonocoques sont encore à la surface de l'épithélium.

« 3° Inoculation datant de trois jours : les gonocoques sont parvenus au tissu conjonctif, dans les lacunes de Morgagni et les glandes de Littré. »

On voit donc qu'après le troisième jour, les gonocoques se trouvent dans le tissu sous-épithélial, ce qui n'a rien d'étonnant, ce microbe traversant très facilement l'épithélium cylindrique : c'est donc dans les trois premiers jours de la période de début que les chances sont les plus favorables : ici la clinique et l'anatomie pathologique sont en parfait accord : mais il ne faut pas oublier qu'il y a une grande diversité dans l'impressionnabilité de l'urèthre, dans l'état de sa muqueuse, dans la réceptivité de cette dernière, d'où la faculté d'étendre d'un jour ou deux la limite des chances du traitement abortif. Le traitement abortif, pendant cette période de temps de trois jours peut donc être tenté.

En second lieu, le gonocoque jouant le principal rôle au début, il vaut mieux essayer de le chasser du canal, avant qu'il n'ait produit cette transformation de la muqueuse qui évidemment est très importante à connaître et à éviter pour la formation consécutive des rétrécissements.

Ces deux raisons me rendent partisan de la méthode abortive.

M. Legrain est partisan du traitement abortif pour les raisons anatomo-pathologiques suivantes : il a trouvé les gonocoques dans les cellules épithéliales pendant les deux ou trois premiers jours de la maladie et ensuite seulement dans les leucocytes, pour les voir réapparaître de nouveau dans les cellules épithéliales pendant les périodes subaiguë et chronique : il faut donc admettre que l'élément pathogène évolue d'abord superficiellement et peut être, à ce moment, détruit par le traitement abortif : puis il s'enfonce dans le chorion muqueux où le traitement direct ne peut plus l'atteindre.

M. Touton fait remarquer que l'invasion conserve généralement un caractère de superficialité : « C'est avant tout, dit-il, une affection épithéliale, avec infiltration purulente simultanée du tissu conjonctif sous-jacent. »

M. Finger pense que les gonocoques pénètrent les leucocytes. D'autres auteurs admettent au contraire que c'est le leucocyte qui englobe le microbe. C'est là une question secondaire pour le traitement.

A mon avis, ce qui rend le traitement abortif nul dans certains cas, c'est la présence du gonocoque dans les glandes uréthrales ; le gonocoque s'y tient blotti et repullule avec la plus grande facilité dès que l'on cesse la médication. La difficulté et même l'impossibilité de l'atteindre dans ces diverticulum



me paraît être la véritable pierre d'achoppement du traitement abortif.

Je crois cependant qu'il y a utilité à toujours essayer ce mode de traitement au début de la maladie, quand l'invasion gonococcique date de deux ou trois jours au plus : mais on ne doit pas oublier que ce moyen n'est pas infailible, loin de là, et il faut avoir toujours présent à l'esprit l'opinion de M. Pettenkofer : « Quand, dans une maladie infectieuse on a découvert un microbe spécifique, il ne faut pas s'imaginer qu'on a découvert en même temps le moyen de le combattre. On le voit bien par la tuberculose. »

Cet aphorisme est surtout vrai pour résoudre le deuxième problème.

Le traitement abortif étant admis, quel est le médicament de choix à utiliser ? Puisque la blennorrhagie était due à un microbe spécifique, il était rationnel de penser que le traitement devait s'appuyer sur l'emploi d'un antiseptique. Aussi, depuis la découverte de Neisser, tous les antiseptiques ont été essayés contre la blennorrhagie.

La réponse à cette deuxième question est forcément comprise dans l'étude du traitement.

En ce qui concerne la blennorrhagie à la période de début, je m'occuperai surtout des médicaments qui ont été les mieux étudiés. Ce sont : le nitrate d'argent, le permanganate de potasse et le sublimé. Parmi les autres médicaments nouveaux utilisés, je parlerai des plus connus lorsque je m'occuperai

du traitement à la période de déclin. Comme ces médicaments sont d'usage externe et introduits liquides dans le canal uréthral par :

- 1° Instillations ;
- 2° Injections ;
- 3° Grands lavages,

il est nécessaire de décrire d'abord la technique de chacune de ces diverses opérations, puis son emploi avec les trois médicaments cités plus haut.

1° INSTILLATIONS. — Les instillations ont pour but de déposer quelques gouttes d'un liquide choisi soit dans un endroit déterminé, soit dans tout le canal ; dans ce dernier cas, elles ne diffèrent des injections que par la quantité de liquide injecté à chaque coup de piston et par l'emploi d'une sonde.

Elles se font au moyen de deux instruments : une seringue et une sonde, dont il existe un grand nombre de modèles.

La meilleure seringue est celle dite « de Guyon » elle s'aseptise elle-même, puisque l'on n'emploie avec elle que des liquides antiseptiques : il n'y a donc pas lieu ici de rechercher,

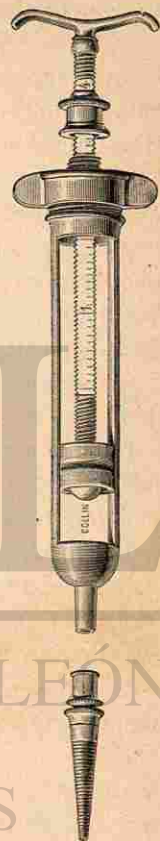


FIG. 6. — Seringue de M. Guyon.



comme pour les injections hypodermiques ou vésicales, un instrument facilement démontable et d'une stérilisation efficace (fig. 6).

La seringue de Guyon se compose d'un corps en verre soutenu par une armature en métal et d'un piston à double parachute en caoutchouc.

La tige de ce piston est graduée et son mouvement de va-et-vient peut être transformé en mouvement de rotation au moyen d'un pas de vis. Chaque demi-tour détermine l'issue d'une goutte. M. Olivier a rendu cette transformation plus maniable en adaptant à la tige le système de l'écrasement du lithotriteur (fig. 7).

L'extrémité opposée de la seringue se termine par un bout conique, fileté, qui permet l'adaptation intégrale du bec de la seringue dans l'embouchure de la sonde (fig. 8).

M. Janet a fait construire par M. Gentil une seringue dont le modèle ci-contre donne très bien l'idée (fig. 9).

Les sondes sont en gomme ou en caoutchouc mou.

Les sondes en gomme ont la forme d'une bougie exploratrice à extrémité perforée (fig. 10 et 11).

Elles sont formées d'une tige assez mince terminée par une olive percée à son extrémité et pouvant avoir plusieurs calibres. On peut remplacer cette olive qui a plutôt la forme d'un cône par une olive véritable percée de plusieurs trous, ressemblant, en petit, à une canule vaginale.

Langlebert se servait d'une sonde à jet récur-



FIG. 7. — Seringue de M. Olivier.

FIG. 8. — Seringue en caoutchouc durci.

FIG. 9. — Seringue de M. Janet.

rent ; ce jet récurrent était obtenu par le perce-



ment des trous à la base du cône : elle est actuellement généralement abandonnée.

Ces mêmes sondes en gomme peuvent avoir non seulement l'olive perforée mais aussi la tige sur une certaine longueur à partir de l'olive. Je ne crois pas qu'il y ait grande utilité à employer cet instrument : le liquide peut très bien ne passer que par les premières ouvertures, c'est-à-dire par celles les plus rapprochées du méat, de sorte que l'injection ne pénètre pas ou ne pénètre que très peu dans la partie profonde. L'olive avec un trou ou même l'olive à plusieurs trous est suffisante. Le liquide est alors versé à l'endroit voulu et si l'on veut irriguer tout le canal, il suffit d'injecter le liquide tout en retirant la sonde. La sonde à instillations de Guyon me paraît mériter la préférence (sonde avec une olive-cône percée d'un seul trou, dans l'axe de la sonde) : avec l'olive-cône, on sait toujours dans quelle partie du canal on s'est avancé et la sensation du cul-de-sac du bulbe est bien plus net.

FIG. 10 et 11. — Sondes à instillations de M. Guyon.



Voici comment les instillations sont pratiquées.

Le malade étant couché, on lave le gland, le prépuce et le méat avec un tampon d'ouate trempé dans une solution de sublimé au 1/2000. (Le médecin doit toujours avoir de l'ouate trempant dans une solution de sublimé.) On lave le canal avec de l'eau boricuée cocaïnée à 1/200, au moyen d'une seringue ordinaire : l'eau employée est à 30° ou 35°. En introduisant très doucement le liquide on est sûr de ne pas dépasser le bulbe et par conséquent de ne laver que la partie antérieure du canal. On introduit ensuite la sonde à instillations. Ici, deux procédés : 1<sup>er</sup> procédé : M. Guyon recommande d'introduire d'abord le bec de la seringue dans la sonde, de faire couler quelques gouttes du liquide pour chasser l'air contenu dans le conduit de la sonde et ce n'est qu'après ces préliminaires, que l'on introduit la sonde, munie de la seringue, dans le canal : c'est le malade ou un aide qui, dans ce procédé, tient la seringue, pendant que le chirurgien fait avancer l'olive dans l'urèthre.

Dans les circonstances ordinaires, on n'a pas d'aide et bien souvent il ne faut pas compter sur le malade, très énervé et craignant la douleur ; aussi je préfère le 2<sup>e</sup> procédé suivant : saisir la verge avec la main droite : placer la face dorsale de la main gauche à plat sur le pubis ; fixer la verge entre le médus et l'annulaire de cette main gauche, avec la main droite : le médecin pourra ainsi facilement tirer sur



la verge sans qu'elle glisse entre les doigts. Pour ouvrir le méat, presser avec l'index et le pouce sur la base du gland : puis tirer sur la verge verticalement de bas en haut : introduire la sonde très peu graissée, avec la main droite et enfoncer l'olive jusqu'à ce que l'on sente le cul-de-sac du bulbe, c'est-à-dire, en général, jusqu'à une profondeur de 13 centimètres.

Il est nécessaire, je crois, de s'arrêter sur certains petits détails : on a reproché, avec juste raison, aux instillations avec sonde que le passage de l'instrument dans le canal faisait déposer sur la muqueuse une partie du liquide graisseux destiné à faciliter le glissement et par conséquent empêchait l'action du liquide antiseptique. Il est donc important de lubrifier l'instrument le moins possible : mais une sonde introduite mal graissée, entraîne les deux lèvres du méat en dedans et rend l'introduction plus rugueuse : c'est pour éviter cet inconvénient que j'engage à ouvrir largement le méat en pressant sur la base du gland avec l'index et le pouce. La verge ne doit pas être saisie directement par la main gauche, mais par la main droite qui la placera bien dans l'angle formé par l'annulaire et le médus gauches et de telle sorte que le canal soit à la base de ce triangle.

L'olive étant parvenue à la partie profonde du canal, on lâche la verge de la main gauche et on saisit avec cette même main l'embouchure de la

sonde pour aider à l'introduction du bec de la seringue.

On emploie une des deux méthodes suivantes pour l'introduction du liquide : 1° saisir la seringue avec la main gauche et, avec la main droite, tourner lentement la vis qui fait avancer le piston. On peut compter ainsi facilement le nombre de gouttes injectées; chaque tour de vis correspondant à une goutte (il est facile de s'assurer de cette corrélation en faisant l'expérience à air libre); 2° quand on a l'habitude de sa seringue, on sait combien chaque division de la tige du piston contient de gouttes, on peut donc alors négliger de tourner la vis et pousser le piston comme avec une seringue ordinaire, en suivant de l'œil la graduation : on doit, dans ce cas, pousser très lentement le piston.

Voici comment on se servira des instillations dans le traitement abortif.

Quelques gouttes ayant été déposées au cul-de-sac du bulbe, il ne faut pas retirer directement la sonde, comme on le fait pour une blennorrhagie chronique, mais la sortir lentement en continuant d'injecter goutte par goutte tout le long du canal. Arrivé au méat, on s'arrête et l'on injecte une assez grande quantité de liquide. En résumé, dans cette première instillation, on doit avoir utilisé la moitié du liquide de la seringue.

On peut se demander pourquoi la nécessité d'injecter tout le canal, puisque dans les premiers jours



de la blennorrhagie, l'infection n'a pas dépassé 2 à 3 centimètres de profondeur. Les deux raisons suivantes répondront à cette question : d'abord on n'est jamais certain de l'extension de la blennorrhagie dans le canal : on a cité des cas où tout l'urèthre antérieur avait été envahi dans les quatre ou cinq premiers jours : ensuite, il peut se faire que l'introduction de la sonde ait entraîné quelques gonocoques : dans le doute, il vaut mieux ici ne pas s'abstenir : d'autant plus que l'action d'une solution forte sur la muqueuse uréthrale saine n'est pas aussi importante que quelques auteurs l'ont pensé.

Après l'instillation, le méat sera recouvert d'ouate hydrophile ou mieux d'ouate trempée dans une solution boriquée.

Le manuel que je viens de décrire doit être employé quel que soit le liquide que l'on veut instiller dans l'urèthre antérieur.

Examinons maintenant les instillations faites avec le nitrate d'argent, le permanganate de potasse et le sublimé.

α) *Nitrate d'argent.* — Le nitrate d'argent est utilisé depuis bien longtemps comme abortif : son historique est relaté dans tous les traités sur la blennorrhagie et j'ajouterai de suite qu'à mon avis il n'a pas encore été remplacé. M. Guyon l'a appelé avec juste raison : l'ami des muqueuses.

Il est surtout employé en instillations, à doses fortes ou faibles.

M. Janet qui a été le véritable promoteur des lavages au permanganate et qui en a le mieux étudié la pratique pense que le traitement abortif avec le nitrate d'argent ou le sublimé à hautes doses a des succès fréquents pour la raison suivante : les gonocoques au début de la blennorrhagie envahissent une partie plus ou moins étendue de l'urèthre antérieur ; ils sont superficiels évidemment, mais ils peuvent loger dans les plis, dans les cryptes de la muqueuse : on peut tous les atteindre par une injection antiseptique : mais on ne peut être sûr de ce résultat. Et alors, dans le cas de non réussite, les gonocoques qui ont échappé à l'action microbicide du sel argentique trouvent un excellent milieu de culture dans le pus provoqué par la réaction de l'injection et se développent avec une intensité nouvelle. Je ne crois pas que M. Janet donne une explication juste de ce qui se passe dans le cas de la non-réussite du nitrate d'argent dans le traitement abortif. Si cette explication était vraie, il devrait avoir de très fréquents succès avec les lavages au permanganate : car avec ces derniers, il y a souvent du sang, et le sérum sanguin est un excellent milieu de culture, de beaucoup supérieur à celui fourni par le pus.

Si le nitrate d'argent ne réussit pas, c'est que le gonocoque a déjà trop profondément pénétré dans les tissus et devient inaccessible : en dépliant la muqueuse et en la tendant, on aura une plus grande



facilité pour dépister le micro-organisme. On ne doit donc pas attribuer à la valeur d'un médicament ce qui est dû à une action mécanique.

Le médecin muni d'une seringue et d'une sonde à instillations doit avoir sous la main des solutions argentiques à différents titres, 1/15, 1/50, 1/100, 1/200. M. Guyon se sert aussi d'une solution à 1/20 : je la trouve trop forte; il est rare que je dépasse celle à 1/50, tout au plus 1/40. On ne doit posséder qu'une petite quantité de ces solutions préparées, car elles ne sont bonnes que pour une durée de quinze jours : après ce temps les injections se décomposent, même dans des flacons bleus.

Je crois que, avec les instillations, il est préférable d'utiliser de suite les doses fortes : la première instillation comprendra la moitié de la seringue et sera faite comme je viens de l'indiquer plus haut. Il est absolument indispensable que le liquide ne tombe que goutte à goutte dans le canal.

Cette instillation ne sera renouvelée que le lendemain, dans les mêmes conditions. Le surlendemain, le titre de la solution pourra être diminué suivant les résultats des recherches microscopiques. Au bout de quatre à cinq jours, huit jours au plus, les instillations doivent avoir fait disparaître les gonocoques d'une manière complète. La certitude de cette disparition demandera plusieurs examens de la sécrétion matinale; dans ces conditions, on continuera

les instillations tous les deux ou trois jours à 1/150 ou 1/200 avec les autres indications; au bout de quinze jours de ce dernier traitement, le malade sera considéré comme guéri, mais toujours avec un point d'interrogation pendant une ou deux semaines consécutives. Il est de mode actuellement de considérer un malade guéri quand il n'y a plus de gonocoques dans la préparation obtenue par le raclage de l'urèthre : cela n'est pas juste. Il ne faut pas oublier le gonocoque latent si bien étudié par Diday et M. Guiard. Cependant M. Posner a émis une idée très vraie en disant : « On ne peut pas toujours arriver dans la blennorrhagie à obtenir la disparition complète de la sécrétion; bien souvent, il faut se contenter d'avoir transformé la sécrétion purulente en sécrétion épithéliale. Il est même prudent, dans ce cas, de s'abstenir de tout autre traitement local, car, l'organe laissé au repos, les dernières traces de la maladie disparaîtront plus sûrement et plus facilement. »

Il convient de répéter que la disparition complète du gonocoque est le point essentiel.

Si les gonocoques persistent en assez grande quantité au bout de quatre à cinq instillations, je suis d'avis qu'il faut cesser tout traitement local.

A côté de ce traitement local fait par le médecin dans son cabinet, il me paraît utile de joindre un traitement local et général appliqué par le malade lui-même.



Le malade utilisera, dans l'intervalle des instillations, des injections détersives, soit avec de l'eau boriquée tiède, soit avec le salicylate de mercure à la dose de 0,05/100 (Malécot).

Ces injections sont faites à canal ouvert avec la seringue ordinaire à injection : comme le canal est enflammé, il est bon de ne pas le laisser trop distendre par une abondance de liquide et je crois que la quantité à injecter doit être de 30 à 50 c.c. Toutes les seringues sont bonnes à la condition d'avoir un piston à parachute et un bec entrant facilement dans le méat. Il y a une quinzaine d'années, j'ai fait construire une seringue urétrale en caoutchouc durci. Celle dont je donne ici le modèle s'en rapproche beaucoup sauf pour le bec (fig. 12). Le bec de ma seringue, au lieu d'être conique est olivaire. Ces injections seront poussées

FIG. 12.—Seringue urétrale de M. Janet.

goutte à goutte dans le canal et, comme il n'est pas de petits détails pour le malade, voici ce que le médecin doit lui recommander : remplir la seringue du liquide à injecter : se placer au-dessus d'une cuvette et étudier

la pression que l'index doit exercer sur le piston pour obtenir l'écoulement goutte à goutte du liquide. Ne pas augmenter cette pression en introduisant le liquide dans le canal. Comme l'injection se fait à canal ouvert, on peut répéter deux ou trois fois cette injection de suite : 100 grammes de liquide environ sont donc employés à chaque lavage. Le liquide, dans les injections à canal ouvert, pénètre peu profondément. L'injection terminée, le gland est recouvert de ouate hydrophile ; il est bien entendu que le patient doit uriner avant chaque lavage et que chaque miction est suivie d'un changement d'ouate.

On a préconisé le changement très fréquent de la chemise : je trouve ce détail méticuleux très bon à utiliser. Il faut éviter par tous les moyens possibles les chances de réinoculation.

Peu de boissons et 4 capsules Raquin soit à l'essence de santal, soit au copahivate de soude deux fois par jour, à dix heures du matin et à cinq heures du soir.

Malécot, très partisan du traitement abortif, préconisait le traitement suivant :

Laver le canal à l'acide borique.

Injecter tout le contenu d'une seringue à instillation remplie le premier jour d'une solution de nitrate d'argent au 1/50 et les jours suivants d'une solution au 1/100 ou au 1/150. Cette instillation est faite au moyen de la bougie à boule portée jusqu'au cul-de-sac du bulbe. Dans l'intervalle, le malade fait des la-



vages avec le salicylate de mercure à la dose de 0,05/100, à la température de 40°; il prend du santal.

β) *Permanganate de potasse.*

γ) *Sublimé.*

Les instillations avec ces deux solutions sont peu employées, car elles sont trop faibles ou trop fortes. Le sublimé pour agir doit être donné à une dose trop irritante. Les résultats d'ailleurs ont été peu encourageants.

Le médecin qui voudra utiliser les instillations dans le traitement abortif se servira de nitrate d'argent : je conseille, je le répète, les solutions plutôt fortes que faibles, mais ne dépassant pas 1/25 à 1/100.

2° INJECTIONS. — Les injections se pratiquent avec la seringue ordinaire qui est mise entre les mains des malades, et que j'ai décrite plus haut.

Quel est le liquide à employer?

Diday établit que, dans les injections abortives argentiques, la dose nécessaire de nitrate est en proportion de la douleur. Les injections, quelle qu'en soit la dose, qui ne provoquent pas de douleurs donnent un échec. La douleur était donc pour cet éminent praticien le critérium nécessaire d'un effet médicateur suffisant. Il employait toujours une solution forte (1 gramme pour 20 grammes d'eau). Le malade doit être prévenu que l'injection va le faire souffrir. Il y a d'abord un saisissement produit par l'injection : cette sensation est toute différente de la vraie douleur qui commence à la qua-

trième ou cinquième seconde et va en augmentant.

L'injecté ressent-il, sur l'heure, une souffrance aiguë, atroce, continue, il ne faut pas laisser séjourner le liquide plus de 15 à 20 secondes. Même conduite si vers la quarantième ou cinquantième seconde, la douleur, au début quoique très supportable, progresse encore.

Hors ces cas, quand la douleur se maintient uniforme, vivement mais non intolérablement ressentie, on peut et l'on doit maintenir le liquide dans le canal jusqu'à deux minutes environ. Mais il peut se faire que le malade manifeste plus de douleur qu'il n'en ressent : dans ce cas il faut faire de suite une deuxième injection.

Diday ajoutait que, depuis qu'il employait cette méthode, il a plus souvent réussi dans ses tentatives d'abortion et à des périodes plus avancées de l'évolution blennorrhagique.

M. Neisser recommande le nitrate d'argent à doses faibles. M. Friedheim, après avoir examiné les différentes substances employées conclut qu'aucune ne peut rivaliser avec la solution très faible de nitrate d'argent à 1 ou 5 p. 4000. Les injections sont faites au début de la maladie et on contrôle leur action au microscope. Lorsque les gonocoques ont disparu, on complète la cure par des injections astringentes et antiphlogistiques.

En général, les injections sont peu employées dans le traitement abortif.



3° GRANDS LAVAGES. — Les grands lavages peuvent être faits avec une sonde ou sans sonde, mais, depuis les travaux de M. Lavaux, la sonde est généralement abandonnée et il est de pratique courante actuellement de ne faire que des lavages par pression. Un grand nombre de médicaments ont été employés pour ces lavages, mais la technique opératoire est la même quel que soit le liquide utilisé. On lave avec les solutions de permanganate de potasse, de nitrate d'argent, de sublimé; c'est le permanganate qui a la préférence, actuellement.

Les grands lavages se font au moyen d'appareils que l'on emploie généralement pour les injections vaginales : bocks, réservoirs, bouteilles renversées, etc.

J'en citerai quelques-uns spéciaux.

*Irrigateur-laveur de M. Whiteside.* — Cet appareil est essentiellement composé : 1° d'un support, ou armature en métal nickelé formé par deux bandes circulaires reliées par des montants coudés et d'un chaînon à anneau triangulaire libre, le tout brasé à l'argent.

2° D'un bocal, cylindrique à fond plat en cristal, gradué de 100 en 100 grammes avec mention spéciale tous les 500 grammes, maintenu dans l'armature par un bourrelet à son bord supérieur et surmonté d'un couvercle percé d'un orifice permettant le libre passage du tube plongeur qui, ainsi disposé, laisse néanmoins un passage à l'atmosphère qui vien-

dra donner la pression nécessaire à l'écoulement du liquide.

3° D'un tube de 2 mètres en caoutchouc rouge

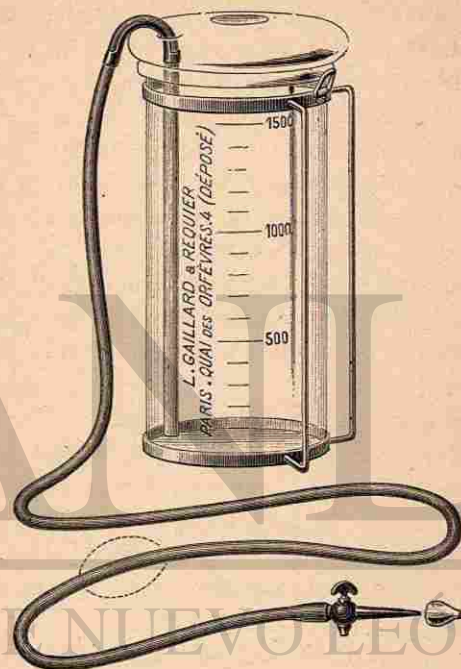


Fig. 13. — Irrigateur-laveur du Dr Whiteside. ®

pur en feuille anglaise, qui par le moyen déjà connu d'une courbe en U vient plonger dans le bocal en passant par l'orifice ménagé à cet effet à la partie supérieure du couvercle.



Les trois parties essentielles de cet appareil n'étant nullement solidaires, rien n'est plus facile que son démontage pour le stériliser; l'armature et le bocal, dont le fond est à angles légèrement arrondis et d'un diamètre assez grand, sont exempts de toute anfractuosité et par là très faciles à entretenir en un parfait état de propreté.

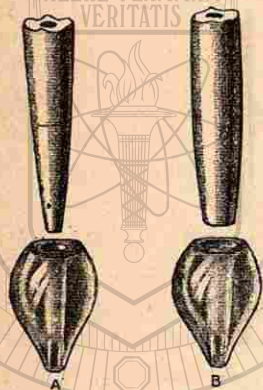


Fig. 14. — Embouts de verre pour seringues vésicales.

L'appareil, tel que le représente la figure, contient un litre et demi et est approprié pour faire les lavages de la vessie; le caoutchouc durci est disposé pour recevoir le pavillon évasé d'une sonde en gomme, ou l'embout en verre du Dr Janet (fig. 14) si l'on désire pratiquer un lavage sans l'aide de la sonde; mais il peut, en y adaptant l'embout propre à l'usage pour lequel on veut momentanément s'en servir, être instantanément disposé pour tous systèmes de lavage ou irrigation.

On peut le placer à hauteur convenable sur une tablette, ou l'accrocher par l'anneau disposé à cet effet, les deux montants formant ainsi un point d'appui et de fixité, tout en garantissant le bocal d'un choc brusque contre le mur; de même que cet appa-

reil peut être livré d'une capacité plus considérable, deux ou trois litres pour lavages abondants ou injections vaginales; le tube formant siphon peut porter à 40 centimètres de son extrémité inférieure une poire pour faciliter l'amorcement. Les avantages de ce système sur les autres sont les suivants :

1° Facilité du maniement : Pour remplir le bocal, on n'a besoin que de retirer le tube et l'on a un bocal dans son armature; une fois plein, replacer le tube, accrocher l'appareil, le robinet fermé faire une pression sur la poire, la laisser se remplir ouvrir le robinet et l'écoulement se produit.

2° Antisepsie absolue : Séparer le bocal de l'armature et il est facile de le faire bouillir.

3° Tout l'appareil étant en verre sauf l'armature, on se rend compte bien plus facilement de la marche de l'opération.

4° Il n'y a aucune soudure ni excavation, en conséquence aucune chance de voir le liquide s'échapper, par les angles ou par la disjonction du tube en caoutchouc, de la tubulure où il se trouve fixé dans les autres modèles.

5° C'est un appareil propre et agréable à l'œil; en conséquence, on n'est pas obligé de l'enlever après chaque séance pour recevoir un autre malade.

6° Il n'est pas nécessaire, pour n'importe quel lavage, de plus de trois hauteurs, 75 centimètres pour le lavage de l'urèthre antérieur, et 1 mètre à



1<sup>m</sup>,25 pour l'urèthre postérieur; trois clous au mur suffisent pour placer l'appareil à ces hauteurs et sans aucune dégradation.

M. Duchastelet a inventé un instrument qu'il a appelé *nettoyeur vésical avec robinet à double effet*.

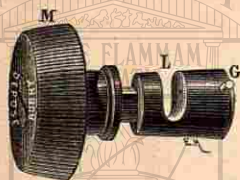


Fig. 15.

Ce robinet est destiné à rester appliqué sur le pavillon de la sonde pendant toute la durée du lavage. Il est construit de telle façon que sa clef (fig. 15) mue par une molette M (fig. 16) ne peut occuper que deux positions déterminées.

Dans la première position (fig. 17) la communi-

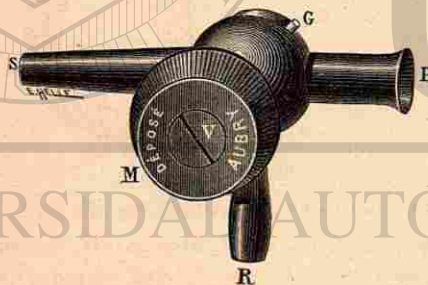


Fig. 16.

tion ne se trouve établie qu'entre une poche de caoutchouc d'une part et la vessie d'autre part, où, par l'intermédiaire de la sonde sur le pavillon de laquelle est fixé le robinet, pénètre le liquide avec une

vitesse proportionnée à l'élévation de la poche. C'est la *position d'injection*.

Dans la deuxième position (*position d'évacuation*, fig. 18), la communication n'est plus établie qu'entre la vessie et l'extérieur. Il suffit d'un simple tour de roue dans un sens puis dans l'autre pour amener

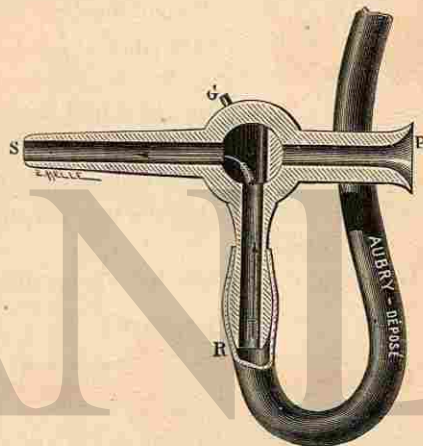


Fig. 17.

successivement ces deux fonctions inverses d'injection puis d'évacuation, sans avoir à s'inquiéter de visu de la position de la clef, puisque les deux mouvements sont limités en avant comme en arrière par la petite goupille G (fig. 15).

Cette succession *immédiate* de l'évacuation à l'injection présente l'avantage considérable de permettre à l'évacuation de se faire tandis que persiste le



remous produit par l'injection, c'est-à-dire *pendant que les matières solides et les mucosités sont encore en suspension dans le liquide*. C'est ce qui différencie l'action de ce « nettoyeur vésical » de celle de la plupart des laveurs qui laissent décanter les matières au fond de la vessie.

Dans l'intervalle des séances, le robinet est recou-

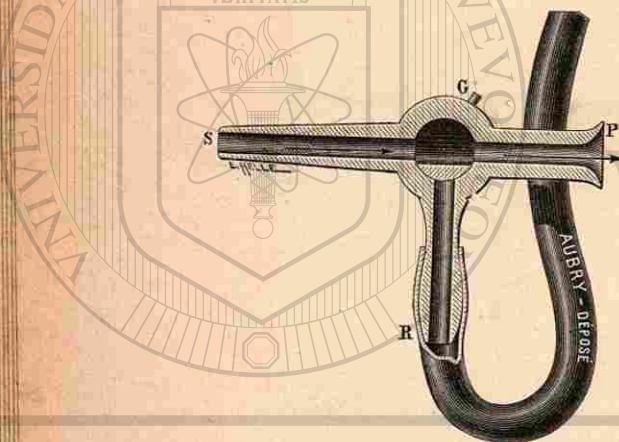


Fig. 18.

vert d'un opercule de caoutchouc en forme de tétine (TCbb, fig. 19) qui le maintient baigné dans le liquide d'injection, c'est-à-dire dans un liquide antiseptique.

Outre cet avantage, qu'il offre au point de vue de la vessie, l'appareil en présente un autre au point de vue du malade : il supprime la nécessité où l'on

se trouve de désunir la sonde et la canule d'injection, manœuvre qui devrait se répéter au cours d'un lavage autant de fois qu'il faudrait emplir pour vider la vessie, qu'on se serve de la seringue ou des laveurs ordinaires. Cet avantage est très appréciable pour les malades âgés (et ceux-ci forment la majorité des personnes qui ont recours aux lavages)

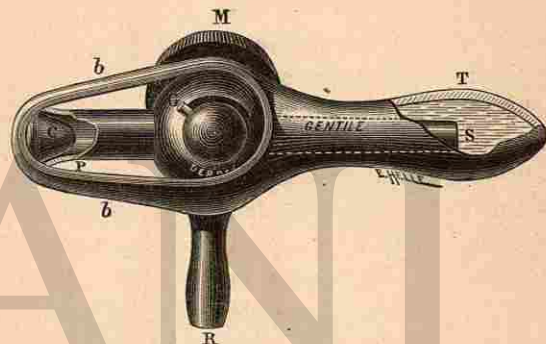


Fig. 19.

dont la vue ou la sûreté de main peuvent laisser à désirer.

Enfin, au point de vue de la conservation de la sonde, l'adaptation permanente de ce robinet pendant le cours d'un même lavage sur le pavillon de celle-ci diminue la rapidité de détérioration de ce pavillon, qui est, surtout pour les sondes en gomme, le point de moindre résistance à l'usure par frottement.

Toutes les parties de ce robinet accessibles au



milieu ambiant, étant en ébonite (les parties métalliques indispensables, vis, etc., sont par un artifice de fabrication noyées dans la substance), celui-ci peut être stérilisé soit par les solutions antiseptiques usitées, sublimé, nitrate d'argent, acide phénique, soit par l'eau bouillante. Pouvant être stérilisé en bloc, il n'a donc *jamais besoin d'être démonté*.

Il s'adapte, par l'intermédiaire d'un tube de 1<sup>m</sup>,50, à une poche en caoutchouc munie, d'un opercule automatique de même substance en totalité; cette poche est par suite facilement stérilisable à l'ébullition, malgré l'enchâssement, dans l'épaisseur du tissu, d'un disque de cristal par où on peut suivre le mouvement du liquide dans l'appareil (1).

Grâce à ce disque, on peut, quand y apparaît le niveau d'eau, utiliser les dernières quantités du liquide pour laver le canal de l'urèthre d'arrière en avant. Il suffit pour cela, après avoir vidé la vessie une dernière fois, de remettre en position d'injection le robinet resté fixe sur le pavillon de la sonde, et de retirer lentement le cathéter, dont le calibre intérieur se trouve nettoyé par la même occasion.

L'extrémité uréthrale du conduit de ces appareils s'engage dans un obturateur du méat. M. Janet en a fait fabriquer en verre (fig. 14); M. Lavaux emploie

1. Le robinet a été construit par M. Aubry, 6, boulevard Saint-Michel, et les parties en caoutchouc (*poche et tétine*) par M. Gentile, 49, rue Saint-André-des-Arts; l'appareil complet se trouve dans les deux maisons.

un petit cône en caoutchouc durci, creux, long de 3 centimètres, de 1 centimètre de diamètre à sa grosse extrémité, terminé à l'autre extrémité par un petit renflement de 4 centimètres. Cet obturateur s'emboîte sur un mandrin métallique, tubulé, de 4 centimètres de longueur, qu'on adapte au tuyau du caoutchouc du laveur.

L'obturateur étant mobile, chaque malade peut avoir le sien, ce qui est un avantage incontestable.

Le lavage de l'urèthre antérieur se fait par des mouvements de va-et-vient de l'obturateur, qui, appliqué à frottement dans le méat pendant quelques instants, est retiré pour laisser sortir le liquide puis appliqué de nouveau. Il en résulte une série de manœuvres qui peuvent devenir douloureuses lorsque le méat est très étroit, et difficiles lorsque le malade est agité (Delaroche).

Pour obvier à ces légers inconvénients, M. Kiefer a imaginé une canule à bout olivaire munie d'un tube pour le courant de retour, de telle sorte qu'on la laisse appliquée contre le méat pendant toute la durée du lavage. L'instrument consisté en deux tubes de caoutchouc durci, libres par une de leurs extrémités, réunis par l'autre en une petite canule à bout olivaire; les conduits des deux tubes restent séparés à l'intérieur de la boule et s'ouvrent par deux orifices inégaux: l'orifice du tube de sortie est plus grand pour permettre un écoulement plus facile. L'extrémité libre du tube afférent s'adapte au tuyau



du caoutchouc laveur ; celui-ci étant rempli de la solution, on introduit la canule dans le méat et on la maintient solidement avec la main. Il est facile, avec un doigt de cette main, d'obturer l'orifice antérieur du tube de sortie, pendant que l'urèthre se remplit ; on retire le doigt, quand la distension de l'urèthre est suffisante, ce qu'on apprécie facilement : le liquide s'écoule aussitôt. On recommence cette manœuvre qu'on peut exécuter de quinze à vingt fois par minute, la canule restant toujours fixée dans le méat. Dans ces lavages, les solutions sont généralement à la température ambiante.

L'appareil à irrigations vésicales continues de Rainal se compose d'un récipient muni d'un tube en caoutchouc sur le trajet duquel est fixé un robinet à double effet permettant l'irrigation et l'écoulement. L'extrémité du tube se termine par un embout disposé de manière à recevoir une sonde en gomme. La sonde étant introduite jusque dans la cavité vésicale, on ouvre le robinet dans le sens longitudinal A, pour donner l'irrigation (fig. 20).

Aussitôt que le malade éprouve l'envie d'uriner, il suffit de tourner le robinet dans le sens B pour obtenir la sortie du liquide injecté. On élève le récipient de 40 à 60 centimètres de hauteur.

Le permanganate de potasse est actuellement le liquide dont on se sert de préférence pour les grands lavages.

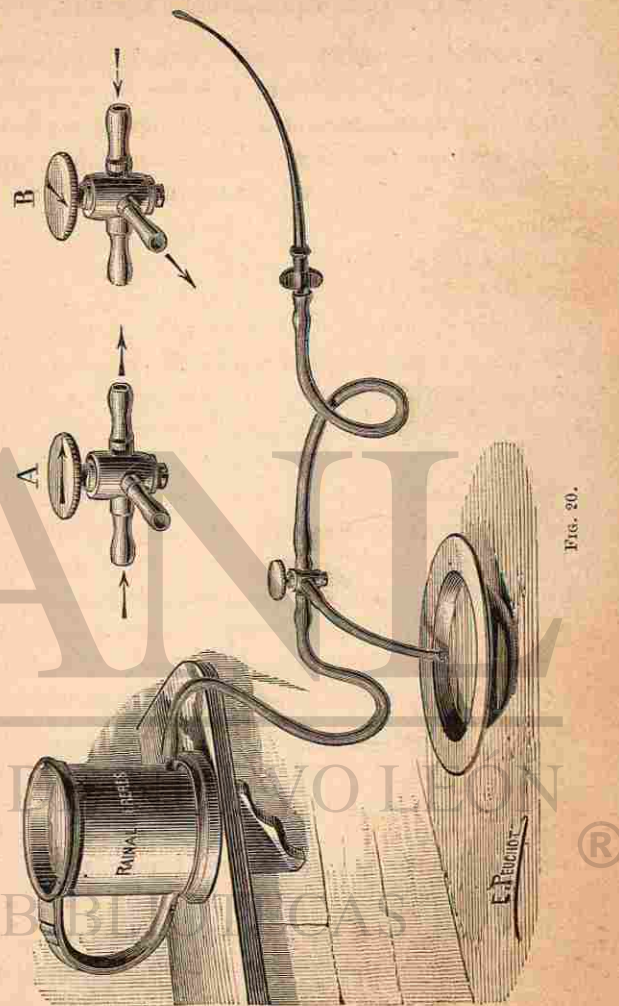


Fig. 20.

M. Janet en a fait une étude tout à fait spéciale, et il établit son traitement sur les considérations suivantes : outre son action antiseptique, le permanganate de potasse possède la propriété de déterminer par son contact avec la muqueuse de l'urèthre

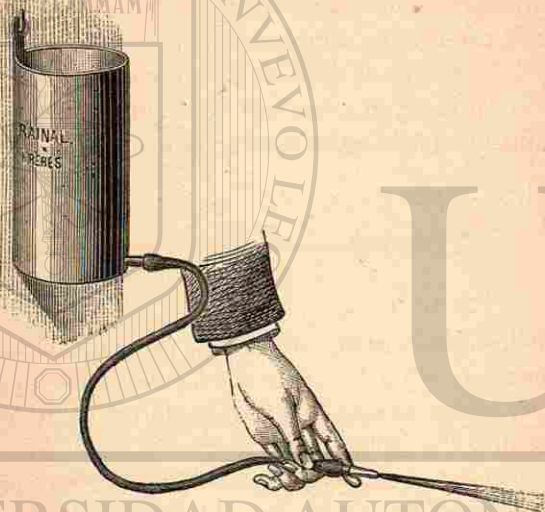


Fig. 21.

une réaction séreuse relativement abondante. Loin de déterminer une réaction purulente comme le nitrate d'argent et les différents sels de mercure, l'injection de permanganate à la dose de 1 p. 4 000 à 1 p. 1 000 est suivie d'un écoulement séreux transpa-

rent qui tient en suspension un nombre très restreint d'éléments anatomiques et qu'il est facile d'entretenir pendant plusieurs jours par la répétition des injections. Cet abondant écoulement balaie les microbes et en outre il se produit un changement si profond du milieu de culture qu'il devient absolument impropre au développement des gonocoques épargnés par l'action antiseptique.

Voici comment il décrit son procédé.

« Après avoir constaté sur mon malade une uréthrite blennorrhagique à ses débuts encore peu



Fig. 22.

intense, après avoir constaté la présence du gonocoque, je fais uriner le malade, puis je fais un premier lavage avec un litre d'une solution de permanganate à 1 p. 2,000.

« Ce premier lavage est fait progressivement d'avant en arrière : je lave d'abord le méat, puis l'urèthre pénien, en comprimant la verge au niveau de l'angle pénio-scrotal, puis l'urèthre pénio-scrotal en comprimant le canal en arrière du scrotum : je m'abstiens dans le premier lavage d'aller jusqu'au bulbe. Ce premier lavage est complètement indolore. Dès qu'il est terminé, je fais un pansement occlusif du méat avec un petit fragment de ouate hydrophile



trempe dans la solution de permanganate à 1 p. 2 000, et je recommande au malade de changer le linge de jour et de nuit pour éviter toute chance de réinfection par les taches précédentes. Je poursuis du reste le pansement occlusif du méat pendant toute la durée du traitement. Deux heures après le premier lavage se manifeste une légère sécrétion presque incolore, dans laquelle on ne rencontre que quelques leucocytes, les gonocoques sont complètement absents, et si le traitement est bien conduit, on ne doit dorénavant jamais le retrouver.

« Cinq heures après le premier lavage, examen de la sécrétion : miction. Je fais un deuxième lavage avec un demi-litre d'une solution au permanganate à 1 p. 1 500 en prenant les mêmes précautions que pour le premier lavage, mais, cette fois, en allant jusqu'au bulbe. Ce second lavage commence à déterminer une légère douleur qui se calme presque aussitôt.

« Cinq heures après le second lavage, je revois encore le malade, je refais une préparation, je le fais uriner : cette miction commence à devenir cuisante et je fais un troisième lavage avec un demi-litre d'une solution de permanganate à 1 p. 1 000. Ce lavage est douloureux, mais très supportable.

« Je laisse ensuite le malade pendant douze heures au repos de tout traitement. Pendant ce laps de temps, les mictions sont très douloureuses : je re-

commande au malade d'uriner presque goutte à goutte pour ne pas distendre la muqueuse.

Aubout de ces douze heures, je revois le malade ; le méat est gonflé, l'urèthre tuméfié, l'écoulement séreux est abondant, il présente du reste toujours les mêmes caractères histologiques avec quelques globules rouges en plus.

« Je fais uriner le malade par petits jets, cette miction est excessivement douloureuse, elle s'accompagne presque toujours de quelques gouttes de sang qui teintent les dernières gouttes de l'urine. Je fais ensuite un quatrième lavage de l'urèthre antérieur, sans compression préalable de l'urèthre, jusqu'au bulbe. Ce lavage, fait avec un demi-litre d'une solution de permanganate à 1 p. 1 000, est déjà beaucoup moins douloureux que le précédent.

« Douze heures après, je fais le cinquième lavage exactement dans les mêmes conditions. A partir de ce moment, les lavages et les mictions cessent d'être douloureux : l'écoulement séreux persiste toujours, mais il est minime, l'œdème du méat diminue, l'urèthre reprend sa souplesse. Je continue le même traitement pendant quatre jours encore à raison d'un lavage à 1 p. 2 000 toutes les douze heures, et, en cas de besoin, je fais encore un lavage par jour les deux jours suivants.

« Tel est le traitement qui me semble, dans l'immense majorité des cas, devoir convenir aux blennorrhagies récentes ; suivant la réaction produite,



on peut être évidemment amené à diminuer et à augmenter les doses, mais il me semblerait imprudent de changer la répartition des lavages que je propose. Il suffit, en effet, d'omettre un de ces lavages pour voir reparaitre bientôt le gonocoque. Dans ce cas, il faut répéter les lavages et instituer un traitement plus long. »

M. Guiard a écrit, avec juste raison, que cette méthode provoque, en général, une irritation excessive de l'urèthre et que peu de malades ont le courage de continuer. J'ajouterai qu'il n'est pas rare d'entendre un malade déjà traité par ces injections vous dire, dès le début de la consultation : « Et surtout, docteur, à aucun prix des lavages au permanganate, c'est trop douloureux. »

Plus tard, M. Janet a modifié ses premières données :

« Il est presque impossible, écrit-il, de fixer d'avance une gamme de doses et j'engage beaucoup mes confrères à considérer celles que j'indique comme des moyennes et à ne pas s'attacher à les suivre à la lettre. La dose d'un lavage dépend de l'intensité de la réaction du lavage précédent : plus cette réaction est forte, plus cette dose doit être faible, et réciproquement. Il faut s'habituer, d'après le simple aspect du méat, de l'urèthre, de la sécrétion et de l'urine, à reconnaître immédiatement quelle dose peut être employée.

« L'urèthre est-il gonflé, le méat œdémateux, la

réaction séreuse abondante, la douleur en pissant assez vive : dose très faible, 1 p. 4000 ; l'urèthre est-il souple, le méat normal, la sécrétion séreuse minime, la douleur en urinant presque nulle : dose moyenne ; 1 p. 2 000 ; l'urèthre a-t-il un aspect absolument normal sans sécrétion, l'urine est-elle claire, dose forte : 1 p. 1 000.

« Une autre considération bien importante, c'est qu'avec une même dose, on peut obtenir des effets totalement différents, suivant la façon dont on la manie. Un lavage à dose faible, fait lentement, pénétrant mal ou plusieurs fois de suite dans la vessie, donne la même réaction qu'une dose forte. Un lavage à 1 p. 2 000 rapidement fait avec un peu de liquide, un demi-litre par exemple, ne pénétrant qu'une fois dans la vessie, fera l'effet d'un lavage à 1 p. 1 000. Ce même lavage à 1 p. 2 000, fait lentement avec un litre de liquide, en pénétrant plusieurs fois dans la vessie, fera le même effet qu'un lavage au 1 p. 1 000. Chaque dose peut donc être, au gré de l'opérateur, forte, moyenne ou faible. »

M. Janet a donné un tableau qui indique la moyenne des lavages à laquelle il s'est arrêté.

UA signifie lavage de l'urèthre antérieur ;

2 U, lavages des deux urèthres.

Les premiers lavages des deux urèthres doivent être faits après la cocaïnisation de l'urèthre avec une injection de 10 centimètres cubes de cocaïne à 1 p. 400.



	Heure de la 1 <sup>re</sup> visite après midi.	9 h. du soir
1 <sup>er</sup> jour . . . . .	UA 1 p. 1000	UA 1 p. 1000
	8 h. du matin.	7 h. du soir.
2 <sup>e</sup> jour . . . . .	UA 1 p. 3000	UA 1 p. 4000
3 <sup>e</sup> jour . . . . .	2U 1 p. 2000	2U 1 p. 4000
4 <sup>e</sup> jour . . . . .	2U 1 p. 2000	»
5 <sup>e</sup> jour . . . . .	2U 1 p. 2000	2U 1 p. 2000
6 <sup>e</sup> jour . . . . .	2U 1 p. 2000	»
7 <sup>e</sup> jour . . . . .	2U 1 p. 1000	»
8 <sup>e</sup> jour . . . . .	2U 1 p. 1000	»
9 <sup>e</sup> jour . . . . .	2U 1 p. 1000	»
10 <sup>e</sup> jour . . . . .	UA 1 p. 500	2U 1 p. 1000

Si cette première série manque, ce qui arrive à peu près une fois sur dix, refaire au début même de la récurrence une série de dix à douze lavages à 1 p. 1 000 espacés régulièrement de vingt-quatre heures.

M. Richard d'Aulnay, qui associe le sublimé au permanganate, pense que ce dernier agit comme corps oxydant. Au contact des matières organiques, il se décompose très rapidement en bioxyde de manganèse et en oxygène naissant. C'est cet oxygène naissant presque aussi actif que l'ozone, qui donne au permanganate ses propriétés remarquables.

M. Audry, de Toulouse, se montre très partisan de ces lavages au permanganate. « D'abord, écrit-il, la blennorrhagie, étant une affection chirurgicale septique, doit être traitée comme telle, c'est-à-dire par les remèdes externes. Que doit-on demander à ces remèdes externes? 1<sup>o</sup> une action microbicide suffisante mais n'altérant pas la muqueuse du canal;

2<sup>o</sup> un procédé permettant à ce médicament de séjourner un certain temps dans le canal et lavant tout le canal, antérieur et postérieur, quand cela est nécessaire ou seulement l'un ou l'autre; 3<sup>o</sup> comme le gonocoque est souvent situé dans la couche sous-muqueuse, il faut le faire sortir pour ainsi dire par une exagération de la diapédèse. »

Un autre partisan des grands lavages, M. Delaroche, a fait une thèse qui débute par le paragraphe suivant :

« La découverte du gonocoque par Neisser a ouvert une nouvelle voie à la thérapeutique de la blennorrhagie. D'abord incertaine, la doctrine de la spécificité du gonocoque, appuyée sur les preuves des inoculations et des cultures, est aujourd'hui presque universellement admise; et, comme conséquence, la nécessité du traitement pathologique anti-parasitaire n'est pas moins généralement reconnue. » Et plus loin : « Une nouvelle méthode de traitement local, les grands lavages antiseptiques, dont l'usage s'étend de jour en jour, répond à toutes les indications du traitement de la blennorrhagie, sans présenter les défauts des injections. »

M. Delaroche décrit la technique suivante :

« Le malade est assis sur le bord d'une chaise, le dos fortement incliné en arrière sur le dossier; il baisse son pantalon jusqu'à terre et se couvre les genoux et les cuisses d'une toile cirée dont le bord inférieur plonge dans un seau placé entre ses pieds.



Le siphon en usage est un laveur en tôle émaillée d'une contenance de 2 litres, pouvant s'élever ou s'abaisser au moyen d'une poulie; comme obturateur urétral, un cône en caoutchouc noir durci long de 7 centimètres; la partie conique, longue de 3 centimètres, a un diamètre maximum de 9 millimètres et se termine par un renflement de 4 millimètres, percé d'un orifice de 2 millimètres. Cet embout est introduit de 3 millimètres dans l'urèthre.

« Chaque lavage comprend une irrigation de 1 litre du liquide choisi. Pour l'urèthre antérieur, une hauteur de 1<sup>m</sup>, 10 à 1<sup>m</sup>, 20 suffit; pour l'urèthre postérieur, une pression de 1<sup>m</sup>, 50 a toujours été suffisante. On fait d'abord uriner le malade, et, avec le premier jet antiseptique, on nettoie le prépuce et le méat: la durée moyenne du lavage est de quatre à cinq minutes. Quand on ne lave que l'urèthre antérieur, c'est la main gauche qui indique le moment où l'urèthre est distendu; quand on irrigue la portion postérieure, le liquide va dans la vessie, et c'est en urinant que le malade lave le canal; cette manœuvre est reproduite quatre à cinq fois. On fait un lavage par jour. Le permanganate de potasse employé en solution de 1 p. 400 à 1 p. 1 000 est bien supporté par l'urèthre et la vessie. »

M. Delaroche pense que le nitrate d'argent employé en solution de 1 p. 4 000 à 1 p. 3 000 est, aussi, bien supporté par l'urèthre et la vessie, qu'à 1 p. 1 000 il est douloureux, qu'il peut aussi guérir la blen-

norrhagie, mais qu'il préfère les lavages au permanganate.

M. Louis Wickam propose, quand on n'a pas d'instillateur spécial, le procédé suivant :

« On fait étendre sous le fauteuil du patient une toile cirée de 1<sup>m</sup>, 50 de côté. Cette installation est placée un peu à droite du bock situé lui-même à la hauteur voulue, sur une planchette fixée au mur, qui se replie à l'ordinaire par un jeu de charnières. Le malade est assis de préférence sur un fauteuil assez bas afin qu'il puisse se tenir commodément vers le bord du siège, en se renversant légèrement en arrière. On place sous lui une serviette pliée en double qui couvre le siège depuis le dossier jusqu'à terre.

« Le pantalon et le caleçon sont descendus aux chevilles. Les jambes étant entourées de serviettes et aux trois quart étendues et écartées, on pose un seau entre elles, le plus près possible des pieds. Une toile cirée triangulaire est alors placée en gouttière sur les jambes; la base du triangle est passée sous les testicules, et le malade est chargé de maintenir, bien fixé contre lui, ce côté du triangle. Cette toile qui recouvre les cuisses descend en gouttière des genoux vers le seau, au fond duquel elle se termine en pointe. ®

« Le praticien s'agenouille aux pieds du malade sur un coussin.

« Il est bon d'ajouter par terre une toile qui prolonge de 1 mètre le bord antérieur de la grande



toile sous-jacente, car, dans certaines fausses manœuvres, des jets de liquide sont parfois projetés au loin. »

M. Guiard, qui a publié un excellent ouvrage sur la blennorrhagie, n'admet le traitement abortif avec les grands lavages au permanganate qu'à des doses très faibles.

« Je me sers de solutions de permanganate dont le titre varie de 1 p. 10 000 ou 1 p. 5 000. Il faut quelquefois abaisser ces doses, si faibles qu'elles soient, par suite de la sensibilité du malade. J'emploie 600 grammes par séance. Pour peu qu'il y ait de chances que la propagation à l'urèthre postérieur se soit effectuée, je provoque en terminant une ou deux pénétrations uréthro-vésicales. Je fais deux séances par jour à un intervalle d'au moins neuf heures pendant les trois ou quatre premiers jours : une seule pendant les cinq ou six jours suivants. Il est plus dangereux qu'utile d'augmenter les titres de la solution. Cependant il est inutile de les diminuer si les malades ne souffrent pas et si leur canal ne devient pas, après le lavage, le siège d'une sécrétion séreuse abondante. Il y aura même lieu, si les gonocoques persistent, d'élever un peu les doses, d'arriver par exemple à 1 p. 3 000 ou 1 p. 2 500, ou mieux de confier aux malades des injections supplémentaires faibles à 1 p. 5 000, mais à la condition de ne provoquer ni douleur ni réaction séreuse prononcée.

« En général, au bout de huit jours, le traitement est terminé.

« Je maintiens encore le régime sévère prescrit dès le premier jour pendant une semaine, à l'expiration de laquelle, si le canal reste parfaitement sec et si l'urine des deux verres ne contient aucun grumeau ou filament, j'estime que la guérison est complète. Les malades ne doivent éprouver aucune douleur, ni pendant ni après le lavage.

« Dès les premières heures qui suivent le premier lavage, ses heureux effets se font sentir : l'écoulement est à peu près complètement supprimé d'emblée : les souffrances que le malade éprouve déjà en urinant et pendant l'érection s'évanouissent et l'on constate, à l'examen microscopique, la disparition complète et souvent définitive des gonocoques. L'épreuve des deux verres donne des résultats négatifs. On continue le traitement pendant huit jours, malgré la guérison. Dans l'intervalle des séances et des mictions, je fais envelopper le gland d'une couche d'ouate hydrophile.

« Les injections peuvent être faites aussi avec le nitrate d'argent, le sublimé.

« J'ai réussi toutes les fois que la maladie a été prise dans les deux ou trois premiers jours. J'ai été moins heureux lorsque les malades ne m'arrivaient qu'en pleine acuité des phénomènes inflammatoires, cinq ou six jours, par exemple. »

M. Guiard pense que ce traitement ne doit pas être



prolongé au delà de dix à douze jours, quinze jours au grand maximum. Si, à cette époque on trouve encore des gonocoques, il vaut mieux revenir au traitement classique.

Mon confrère, dans une note parue récemment a exposé les dernières transformations qu'une expérience de deux années lui a conseillées ; je crois devoir reproduire *in extenso* cette très intéressante publication.

« Les grands lavages uréthro-vésicaux, qui sont entrés depuis quelques années dans la pratique courante pour le traitement de la blennorrhagie aiguë ou chronique, et dont la très remarquable efficacité n'est plus à démontrer, sont généralement effectués au moyen d'appareils utilisant la pression atmosphérique : siphon, bock, appareil à douches d'Es-march. J'ai pris depuis quelque temps l'habitude de remplacer ces instruments, dont je me suis servi pendant plusieurs années, par une simple seringue très légère, à glissement très doux, d'une contenance d'environ 100 grammes, et je me suis si bien trouvé de cette substitution que je crois rendre un véritable service aux praticiens en la leur indiquant. Je la conseille particulièrement pour le traitement abortif de la blennorrhagie aiguë, c'est-à-dire dans les conditions où les manœuvres les plus douces exaltent si facilement la sensibilité du canal et provoquent le spasme réflexe du sphincter qui

s'oppose à la pénétration profonde du liquide.

« Je trouve en effet la seringue infiniment préférable à tout appareil à pression : elle n'exige aucune installation spéciale et peut être employée aussi bien au domicile du malade que dans le cabinet du médecin ; mais sa grande supériorité consiste en ce que, entre des mains tant soit peu expérimentées, elle devient un instrument admirablement sensible et intelligent qui sait apprécier exactement la résistance du sphincter, augmenter à propos et sur-le-champ la pression ou la diminuer suivant les indications qui varient d'un moment à l'autre, exercer par conséquent une action douce, méthodique, et par cela même inoffensive.

« Au contraire, l'appareil à pression atmosphérique exerce, sans aucune espèce de discernement, une action uniforme, continue, aveugle en quelque sorte, qu'il est impossible de modifier instantanément suivant les besoins. Sans doute, il permet d'utiliser une force que l'on peut déterminer avec une rigueur mathématique, ce qui n'est pas possible avec la seringue. Mais ce n'est là qu'un avantage illusoire. Pour le canal, pas plus que pour tout autre organe ou pour l'organisme tout entier, on ne saurait conseiller une dose invariable dans nos moyens d'action ou nos médicaments. N'est-il pas de notoriété vulgaire que les doses d'alcool, de morphine, de digitale, de mercure, d'iodure de potassium, etc. que supportent certains malades provoquent chez



d'autres de véritables phénomènes toxiques? Partout et toujours il est indispensable de tenir le plus grand compte de susceptibilités particulières qui varient d'un sujet à l'autre et, sur un même sujet, suivant une multitude de circonstances. Ce qu'il faut, c'est proportionner prudemment et à chaque pas la force employée au but à poursuivre.

« En ce qui concerne la technique des grands lavages, peu importe le chiffre exact que cette force représente, à la condition que les manœuvres ne cessent à aucun moment d'obéir à la grande loi de « douceur » qui doit dominer toute la pratique des maladies des voies urinaires, et cette condition est remplie quand on ne détermine que des douleurs insignifiantes. Or, tandis que la seringue fournit des sensations au médecin en même temps qu'au malade et permet de diminuer la pression à l'instant même où on le juge utile, le siphon ne permet au médecin de recueillir par lui-même aucune sensation; c'est le malade seul qui en perçoit, et parfois elles sont très pénibles. Alors, loin de favoriser la progression du liquide, elles la contrarient.

« Il ne faut pas oublier que le degré de pression nécessaire est loin d'être le même du commencement à la fin d'un lavage : les difficultés augmentent à mesure que le canal est rendu plus sensible par l'action chimique ou mécanique du liquide injecté. De plus, il survient souvent de temps à autres des contractions intermittentes du sphincter pendant

lesquelles l'urèthre antérieur mis en tension devient douloureux si la pression n'est pas à l'instant même abaissée. Il y a grand intérêt, pour l'innocuité et pour l'efficacité du traitement, à prévenir ces sensations douloureuses. C'est pour cela que la seringue, plus prompte à obéir que le siphon, me paraît mériter de beaucoup la préférence. Sans indiquer au juste le degré de la pression, elle permet en définitive de mieux l'adapter à la tolérance du malade. Elle emploie d'ailleurs, au total, une force moindre, car la sensibilité du canal devient pour le médecin le meilleur et le plus utile des manomètres.

« Je dois cependant reconnaître que, chez un assez grand nombre de sujets, il suffit d'une différence de niveau de 1 mètre à 1<sup>m</sup>,50 pour que la pénétration s'effectue sans trop de difficulté ni de douleur; dans ces cas, le siphon réussit à merveille. Mais c'est là une règle qui souffre de nombreuses exceptions. Il est toute une catégorie de malades impressionnables chez lesquels, avec la pression habituelle, rien ne passe. On est alors conduit à augmenter la hauteur de la colonne liquide. Mais il est impossible de déterminer d'avance, avec précision, ce qu'elle doit être, car la résistance du sphincter est très inégale d'un sujet à l'autre; bien plus, elle offre la plus grande variabilité sur un même sujet, suivant que la sensibilité de la muqueuse a été plus vivement mise en éveil, soit par la simple distension de l'urèthre antérieur, soit par l'évolution de la maladie,



soit par l'action des traitements. Toute sensation douloureuse provoque, en effet, par voie réflexe le spasme de la région membraneuse. Il en résulte d'une façon générale que la contraction du sphincter est d'autant plus accusée et la pénétration d'autant plus difficile que la pression est plus forte, puisque les fortes pressions, même avec les liquides les moins irritants, causent plus de douleur.

« On tourne ainsi dans un cercle vicieux : si l'on s'en tient aux faibles pressions qui ne font aucun mal, on s'expose à de longues pertes de temps sans arriver à franchir. Certes, ainsi qu'a très bien su le remarquer le M. D' Hogge<sup>1</sup>, on réussit parfois à passer en abaissant la différence de niveau à 1 mètre, 0<sup>m</sup>,75, 0<sup>m</sup>,50, et même 0<sup>m</sup>,40, différence qui est plus facile à supporter ; mais il est des cas où l'on n'arrive ainsi à aucun résultat ; la région membraneuse reste invariablement en état de défense.

« Si, au contraire, on élève la pression jusqu'à 2 mètres et au-dessus, il peut se faire assurément que la pénétration s'effectue, mais il arrive aussi très souvent qu'on est encore tenu en échec. D'ailleurs, en procédant ainsi, c'est la force que l'on met en jeu, et une force que l'on ne peut convenablement adapter aux circonstances. Cela doit être absolument banni de toute manœuvre intra-uré-

1. HOGGE, *Annales de la Soc. méd. chir. de Liège*, mars 1895, p. 134.

thrale, sous peine de douleurs plus ou moins vives ou d'accidents variés. On s'expose notamment à provoquer des saignements immédiats de l'urèthre antérieur et à augmenter par le traumatisme l'inflammation préexistante. On va aussi au-devant de complications plus ou moins graves : prostatite, cystite, rétention d'urine, etc. Plusieurs fois j'ai été appelé en consultation dans ces circonstances particulièrement regrettables, et l'enquête à laquelle je me suis livré m'a conduit à penser que la production des accidents était la conséquence de la technique défectueuse des grands lavages.

« La substitution d'une bonne seringue au siphon, en permettant au médecin de percevoir à chaque instant les moindres résistances que rencontre la progression du liquide et de graduer à son gré la pression avec toute la rapidité et la délicatesse voulues, m'a paru le meilleur moyen de supprimer ces incertitudes, ces difficultés et ces complications, surtout quand on y ajoute la cocaïnisation de l'urèthre, l'emploi de solutions médicamenteuses faibles et la position horizontale du malade.

« Or, une bonne seringue doit être légère, en caoutchouc durci par conséquent, pour être tenue facilement et sans fatigue. Son piston doit être parfaitement étanche et cependant glisser très doucement de manière à transmettre facilement au doigt la moindre tension uréthrale. Dans le même but, il est bon de faire élargir autant que possible la lu-



mière de la canule qui est ordinairement trop faible et ne permet qu'un trop mince débit du liquide. Enfin, la seringue doit contenir une centaine de grammes : plus grande elle serait difficile à manier ; plus petite elle compliquerait les manœuvres puisqu'il faudrait la remplir trop de fois pour épuiser les 500 grammes dont se compose ordinairement un lavage.

« Muni d'un instrument de ce genre, le médecin doit commencer très doucement par remplir l'urèthre antérieur ; s'il le surprenait brusquement par une abondante ondée de solution, il provoquerait à coup sûr la révolte de toutes ses fibres musculaires. Dès qu'il sent le sphincter se contracter, il attend quelques instants, après quoi il exerce de nouveau une pression douce et progressive qui ne doit toutefois jamais aller jusqu'à être douloureuse et, pendant ce temps, il invite le patient à se relâcher comme pour uriner ou même à donner quelques coups de piston comme à la fin d'une miction normale. Avec ce concours, dont je ne saurais trop souligner l'importance, de très faibles pressions réussissent. La pénétration du liquide une fois commencée, s'il survient une contraction du sphincter, le doigt qui presse sur le piston en est averti avant même que le malade accuse une sensation désagréable ; aussitôt on diminue la pression, en attendant que cette contraction se soit évanouie. Ainsi les sensations douloureuses du malade qui

nuisent à la pénétration du liquide sont remplacées par celles du médecin qui la favorisent.

« Le plus souvent je coiffe la canule d'un embout de verre de forme olivaire (modèle Janet) qui a pour principal avantage de s'appliquer exclusivement sur la lèvre externe du méat sans pouvoir pénétrer dans l'urèthre et par conséquent de permettre à l'injection d'agir sur toute la fosse naviculaire aussi bien que sur le reste du canal. Sans cet embout, la canule conique pénètre dans le canal à une certaine profondeur, ce qui cause une sensation désagréable ; de plus l'opérateur comprime sur cette canule toute l'extrémité de la verge pour empêcher le reflux du liquide. Il arrive ainsi que la fosse naviculaire en contact direct avec la canule est moins bien imprégnée par la solution, alors que c'est précisément la région qui en a le plus besoin, puisque l'infection a commencé par elle et y est le plus accusée. Cependant, chez un certain nombre de malades à méat très étroit, l'injection est sensiblement plus facile à pratiquer sans l'embout ; je le supprime pour la circonstance, mais je m'applique pendant le lavage à bien arroser la portion de la muqueuse qui correspond à la canule.



FIG. 23.



« Avec la seringue comme avec le siphon, j'ai remarqué que la pénétration du liquide s'effectuait beaucoup plus facilement quand on avait supprimé les réflexes uréthraux par une instillation cocaïnée. Même en employant des solutions de permanganate assez faibles pour ne déterminer par elles-mêmes aucune action douloureuse, il m'a paru avantageux d'insensibiliser l'urètre. Chez les impressionnables qu'émeut déjà la perspective d'un traitement nouveau, il suffit du contact de la seringue avec le méat pour mettre en éveil la contractilité du sphincter, contractilité qui augmente bientôt par la distension de l'urètre antérieur. La pénétration ne peut alors s'effectuer qu'à l'aide des fortes pressions dont je viens de démontrer les inconvénients. L'emploi de la cocaïne, en supprimant la sensibilité de la muqueuse, réduit au minimum le spasme réflexe du sphincter, facilite la pénétration du liquide et peut ainsi rendre grand service, au moins au début du traitement.

« J'utilise couramment, sous forme d'instillations, 2 ou 3 grammes d'une solution à 1 p. 20, ce qui représente 10 ou 15 centigrammes de médicament et n'expose à aucun mécompte. L'insensibilisation de la muqueuse uréthrale est ainsi plus complète et plus rapide qu'avec les solutions au 1 p. 100 que préconise M. Reclus. Je préfère l'instillation à l'injection parce qu'elle permet d'agir plus sûrement et plus méthodiquement sur toute l'étendue de

l'urètre. Ceux qui se bornent à employer 10 grammes sous forme de simple injection n'agissent la plupart du temps que sur l'urètre antérieur sans aller au delà du sphincter. J'ai démontré que, pour pénétrer sûrement dans l'urètre postérieur, il fallait se servir de seringues contenant au moins 20 grammes<sup>1</sup>.

« L'emploi de solutions médicamenteuses faibles contribue aussi pour une très large part à faciliter les lavages en réduisant au minimum les propriétés irritantes de l'injection. Déjà, en étudiant la blennorrhagie aiguë chez l'homme, je me suis efforcé de montrer qu'elles offraient tous les avantages des solutions fortes sans en avoir les inconvénients<sup>2</sup>. Depuis deux ans, j'obtiens couramment contre les affections gonococciques les résultats les plus satisfaisants avec le permanganate au 1 p. 10 000 et il est rare que j'élève le titre jusqu'au 1 p. 5 000.

« Pendant longtemps, pour des motifs de commodité personnelle, c'est en laissant le malade dans la position verticale que j'ai pratiqué les lavages soit avec l'appareil à pression atmosphérique, soit avec la seringue. J'ai complètement renoncé à cette pratique, surtout pour les deux ou trois premiers lavages, parce qu'elle expose à des lypothimies ou des syncopes et aussi parce que dans cette position le sphincter résiste davantage. Je fais donc toujours

1. F. P. GUIARD, *la Blennorrhagie chez l'homme*, 1894, p. 368.

2. *Loc. cit.*, p. 431.



étendre le patient sur une chaise longue qu'il est facile de protéger contre les taches en la recouvrant d'une toile caoutchoutée.

« Ainsi donc, en résumé, je pense que la cocaïnisation préalable de l'urèthre, l'emploi de solutions médicamenteuses très faibles, la position horizontale du malade et surtout la substitution d'une bonne seringue aux appareils à pression atmosphérique sont de nature à rendre les grands lavages plus faciles, moins traumatisants et par suite plus inoffensifs et plus efficaces. »

M. Stein (de Chicago) fait les réflexions suivantes au sujet des lavages : « Il ne suffit pas de faire les grands lavages de l'urèthre malade pour guérir la blennorrhagie. Notre attention doit être dirigée vers les lacunes, les culs-de-sac des glandes et cryptes, qui sont si fréquents dans les parois uréthrales, hébergent les gonocoques ainsi mis à l'abri de l'action de l'antiseptique employé. » Il conseille, pour atteindre directement le virus blennorrhagique, de distendre le canal en faisant les irrigations. On doit arriver à ce résultat par l'introduction dans l'urèthre d'une sonde fenêtrée en caoutchouc durci, à travers laquelle le liquide lavera les parois distendues. M. Wassermann, qui reproduit cette opinion dans la Revue de la presse des *Annales génito-urinaires*, ajoute avec raison : « Il nous semble plus simple de faire la distension du canal par le liquide injecté

lui-même et éviter d'introduire un instrument quelconque dans le canal malade. Stein connaît cette méthode, pourquoi alors vouloir en recommander une autre plus dangereuse et moins bonne ? »

M. le Dr Hogge, dans un remarquable travail publié en avril 1897 dans les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, fait la relation de 250 cas d'uréthrites traités par la méthode des grands lavages au permanganate de potasse. En ce qui concerne le traitement abortif, il écrit ceci : « La date récente de l'infection n'est pas la seule condition à la réussite probable de l'abortion, il faut un méat normal, exempt de végétations, un urèthre vierge de rétrécissement ; il faut savoir dépister les foyers intra-uréthraux du gonocoque et les supprimer autant que faire se peut ; il faut enfin un malade bien décidé à vivre régulièrement et à se soumettre ponctuellement aux injonctions d'un médecin non moins ponctuel, non moins régulier. Dans les conditions les plus favorables, la méthode de Janet a échoué souvent. En présence d'une uréthrite récente, on se heurte à une série d'inconnues qui toujours rendent problématique le succès d'un traitement abortif. »

D'après sa statistique, sur 62 malades traités dans les quarante-huit heures qui suivirent l'apparition de la miction purulente, il constate :

14 malades guérirent en moins de	20 jours.
11 — — —	20 à 30 —



7	malades	guérèrent	en moins de	30 à 40	jours.
5	—	—	—	40 à 50	—
13	—	—	—	50 à 150	—

Il emploie une méthode mixte, résultant de la combinaison des grands lavages aux petites injections, soit que le malade, pour ne pas subir deux lavages par jours, se pratique lui-même une petite injection supplémentaire chaque jour, soit que, pour ne pas éterniser les lavages bi-quotidiens et quotidiens, on en arrive après une série de dix à quinze de ces lavages, à ne plus les faire que tous les deux ou trois jours, tout en recommandant de faire de petites injections dans l'intervalle.

M. Hogge pense que si le traitement de Janet procure des guérisons généralement rapides et presque toujours complètes, il s'en faut qu'il n'expose à certains accidents : uréthrites postérieures, prostatites, folliculites de l'urèthre gangréneux, etc.

Il donne, à la fin de son travail, les conclusions suivante :

« 1° La méthode de Janet n'est abortive (guérison en moins de vingt jours) que dans le quart des cas se présentant moins de quarante-huit heures après la constatation de la sécrétion purulente. La cure rapide peut d'ailleurs être obtenue chez des malades se présentant plus tardivement au traitement (le sixième de nos cas traités deux à quinze jours après l'apparition de la goutte ont guéri en moins de vingt jours).

« 2° La méthode des grands lavages de permanganates de potasse et de chaux assure la guérison absolue de la presque totalité des uréthrite gonococcique, traitées dès le début par ce moyen ou soumises à un traitement rationnel jusqu'au moment de l'application des lavages, chez les malades vierges d'uréthrite chronique ou d'antécédents blennorrhagiques.

« La guérison complète se maintient généralement.

« 3° La dite méthode assure un minimum de complications. Celles qu'elle est le moins à même d'entraîner et que peut-être même elle provoque sont les folliculites et les prostatites.

« 4° Il ne faut pas laver systématiquement l'urèthre postérieur, mais l'attaquer dès qu'il s'entreprend; ne pas faire plus de quatre cinq lavages postérieurs si la deuxième portion des urines matinales ne s'éclaircit pas rapidement sur leur onction.

« 5° Les doses faibles (1 p. 8 000 à 1 p. 5 000) paraissent plus conformes au but, assurent autant de guérisons rapides et exposent moins aux complications que les fortes. »

On voit, par ce qui précède, que cette méthode, qui a été étudiée par son auteur avec la plus stricte probité scientifique, qui a été essayée, l'on peut dire partout, compte des partisans nombreux et impartiaux. Elle doit donc être utilisée dans la thé-



rapeutique de la blennorrhagie abortive et, comme nous le verrons plus tard, dans la thérapeutique générale de cette affection. Mais est-elle à la portée de tous les praticiens et du public? les bénéfices de son emploi sont-ils tellement importants et supérieurs à ceux des autres méthodes de traitement qu'il soit nécessaire de toujours l'utiliser, c'est ce que je ne crois pas? De l'aveu même de ses plus chauds partisans, elle exige de la part de l'opérateur une connaissance approfondie de la méthode, une expérience de son emploi très développée tant pour le manuel opératoire que pour le maniement des doses, à tel point que seuls les spécialistes peuvent être, à la rigueur, capables de l'entreprendre; faire faire ce traitement par les malades eux-mêmes est donc d'une très grande témérité. On doit par conséquent admettre, en première ligne, la dépendance absolue du malade à son médecin, ce qui ne peut se rencontrer que dans un hôpital ou dans un monde riche et oisif; en seconde ligne, des médecins qui se livrent spécialement à cette méthode, à l'exclusion de toute autre pratique médicale. Je laisse de côté, bien entendu, la question douleur, installation du malade, malpropreté du traitement, dégât des objets environnants, etc. (vu la nécessité d'être toujours chez eux.) Ce n'est donc pas une méthode pratique, et je pense qu'elle restera toujours le privilège de quelques spécialistes et de quelques malades.

*Conclusions.* — Le traitement abortif doit être es-

sayé toutes les fois que la maladie ne date pas de plus de trois à quatre jours.

Le traitement abortif se pratique au moyen d'instillations, d'injections et de grands lavages : les principaux médicaments utilisés actuellement sont le nitrate d'argent, le permanganate et le sublimé.

Les instillations sont surtout utilisés avec des doses fortes de nitrate d'argent.

Les injections se pratiquent avec la seringue ordinaire, mais leur emploi est plus indiqué dans la blennorrhagie à la période de déclin.

Les grands lavages utilisent le sublimé, le nitrate d'argent et surtout le permanganate de potasse : ces médicaments s'emploient à des doses faibles ou fortes suivant les auteurs.

Quel est le meilleur de tous ces traitements? La réponse a été souvent faite; pour chaque médecin le traitement le meilleur est celui qui lui a donné les meilleurs résultats.

Pour M. Janet, ce sont les grands lavages au permanganate, à doses fortes d'abord, puis déclinant progressivement; pour M. Guiard, ce sont les grands lavages au permanganate de potasse à doses très faibles, faits au moyen d'une seringue; pour M. Neisser, les injections argentiques à doses faibles. Pour mon compte personnel, je préfère généralement les instillations argentiques fortes. Diday était aussi partisan de ces instillations à doses élevées.



Ce serait dépasser de beaucoup les limites que je me suis assignées en faisant ce travail que d'entreprendre la discussion de ces différents traitements; ce que j'ai voulu, c'est mettre entre les mains du praticien, pour ainsi dire *in extenso*, la technique de chaque procédé. Il sera ainsi à même de se former une opinion par la pratique — et rien ne vaut la pratique pour le choix d'un traitement — à la condition que les indications fournies par les auteurs soient suivies à la lettre.

B. — PÉRIODE D'ÉTAT (DU 4<sup>e</sup> AU 15<sup>e</sup> JOUR).

Je désigne sous le nom de période d'état la période comprise entre le troisième ou quatrième et le dixième ou quinzième jour, depuis le début de l'affection. Elle se rapporte à l'époque de la maladie que l'on désigne généralement sous le nom d'état aigu et même d'état subaigu.

Le malade qui se présente à la consultation du médecin atteint d'une blennorrhagie ayant débuté depuis quelques jours se trouvera dans l'une des deux conditions suivantes :

- 1<sup>o</sup> A subi le traitement abortif sans résultat ;
- 2<sup>o</sup> Est vierge de tout traitement.

Dans le premier cas, les praticiens suivent différentes voies : les uns continuent les injections, les instillations, les grands lavages; les autres cessent tout traitement local et emploient la méthode dite anti-

phlogistique; dans le deuxième, les uns instituent un traitement local d'emblée, les autres utilisent la méthode antiphlogistique.

En résumé, les uns appliquent de suite un traitement local que les autres n'emploient qu'après la médication antiphlogistique, mais ce traitement local reste le même : c'est une simple différence dans l'époque de l'application.

Prenons la méthode la plus suivie.

La majorité des médecins partage l'opinion que le traitement abortif qui n'a pas donné des résultats satisfaisants au bout de trois ou quatre jours doit être supprimé, et qu'il y a lieu de revenir au traitement classique employé par la généralité des praticiens qui n'ont pas confiance dans la jugulation de la maladie.

Ce traitement classique est le traitement anti-inflammatoire; il est décrit dans tous les ouvrages sur les maladies vénériennes et n'a pas varié depuis longtemps.

Je le résumerai donc.

« Ce traitement est, dit M. Finger, encore trop empirique malheureusement. Il doit recommander l'observance aussi stricte que possible des règles hygiéno-diététiques : port d'un suspensoir, etc. »

J'ai fait construire par M. Rainal un suspensoir dont je donne la figure 24. Ce suspensoir diffère des suspensoirs ordinaires : 1<sup>o</sup> par les deux bandes suspubiennes qui maintiennent bien mieux le suspen-



Ce serait dépasser de beaucoup les limites que je me suis assignées en faisant ce travail que d'entreprendre la discussion de ces différents traitements; ce que j'ai voulu, c'est mettre entre les mains du praticien, pour ainsi dire *in extenso*, la technique de chaque procédé. Il sera ainsi à même de se former une opinion par la pratique — et rien ne vaut la pratique pour le choix d'un traitement — à la condition que les indications fournies par les auteurs soient suivies à la lettre.

B. — PÉRIODE D'ÉTAT (DU 4<sup>e</sup> AU 15<sup>e</sup> JOUR).

Je désigne sous le nom de période d'état la période comprise entre le troisième ou quatrième et le dixième ou quinzième jour, depuis le début de l'affection. Elle se rapporte à l'époque de la maladie que l'on désigne généralement sous le nom d'état aigu et même d'état subaigu.

Le malade qui se présente à la consultation du médecin atteint d'une blennorrhagie ayant débuté depuis quelques jours se trouvera dans l'une des deux conditions suivantes :

- 1<sup>o</sup> A subi le traitement abortif sans résultat ;
- 2<sup>o</sup> Est vierge de tout traitement.

Dans le premier cas, les praticiens suivent différentes voies : les uns continuent les injections, les instillations, les grands lavages; les autres cessent tout traitement local et emploient la méthode dite anti-

phlogistique; dans le deuxième, les uns instituent un traitement local d'emblée, les autres utilisent la méthode antiphlogistique.

En résumé, les uns appliquent de suite un traitement local que les autres n'emploient qu'après la médication antiphlogistique, mais ce traitement local reste le même : c'est une simple différence dans l'époque de l'application.

Prenons la méthode la plus suivie.

La majorité des médecins partage l'opinion que le traitement abortif qui n'a pas donné des résultats satisfaisants au bout de trois ou quatre jours doit être supprimé, et qu'il y a lieu de revenir au traitement classique employé par la généralité des praticiens qui n'ont pas confiance dans la jugulation de la maladie.

Ce traitement classique est le traitement anti-inflammatoire; il est décrit dans tous les ouvrages sur les maladies vénériennes et n'a pas varié depuis longtemps.

Je le résumerai donc.

« Ce traitement est, dit M. Finger, encore trop empirique malheureusement. Il doit recommander l'observance aussi stricte que possible des règles hygiéno-diététiques : port d'un suspensoir, etc. »

J'ai fait construire par M. Rainal un suspensoir dont je donne la figure 24. Ce suspensoir diffère des suspensoirs ordinaires : 1<sup>o</sup> par les deux bandes suspubiennes qui maintiennent bien mieux le suspen-



soir en place; 2° par les anneaux dans lesquels passent les chefs des sous-cuisses pour aller se serrer au-dessus de la racine de la verge.

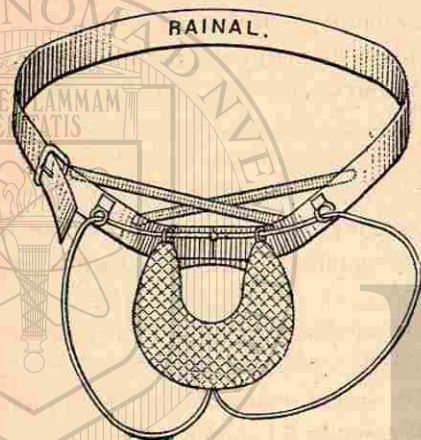


Fig. 24. — Suspensoir de M. Delefosse.

Le malade ne sera ni gorgé de liquide, ni privé de boisson (environ 1 litre par jour).

Voici quelques formules souvent employées :

- 1° Décoction de graine de lin. . . . . 500 grammes.  
Sirop diacode . . . . . 50 —

- Toutes les deux heures une cuillerée à soupe.  
2° Deux ou trois tasses par jour de tisane d'uva ursi.  
3° Limonade au citron dans laquelle on fait

fondre une ou deux cuillerées à café par litre de la poudre suivante :

- Bicarbonate de soude. . . . . 40 grammes.  
Salicylate de soude. . . . . 10 —

Pour combattre les érections : compresses d'eau froide appliquées matin et soir pendant une heure ou deux autour de la verge.

- Bromure de potassium. . . . . 40 grammes.  
Lupuline. . . . . 1 —  
Camphre. . . . . 10 —

Divisez en dix paquets : prendre deux paquets avant de se coucher à une demi-heure d'intervalle.  
Chloral.

Des injections de morphine données quelquefois à hautes doses.

M. le Dr Guiard recommande l'antipyrine, soit seule, soit associée à l'opium.

Suppositoires avec :

- Extrait de belladone. . . . . 0<sup>gr</sup>,01  
Extrait thébaïque. . . . . 0<sup>gr</sup>,02  
Beurre de cacao . . . . . 3 grammes.

Un suppositoire le soir en se couchant.

Contre les érections douloureuses et la douleur qui accompagne la miction, je recommande l'emploi des suppositoires glycélinés (suppositoires Chaumel):

- Extrait de belladone. . . . . 0<sup>gr</sup>,01  
Extrait thébaïque. . . . . 0<sup>gr</sup>,02  
Glycérine solidifiée. . . . . 4 grammes.

Pour un suppositoire.



Dans les cas d'épreintes très douloureuses, on injectera dans le rectum avec la seringue de Roux munie d'une sonde en caoutchouc, 5 grammes de la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine. . . . .	0 <sup>gr</sup> ,30
Sulfate d'atropine . . . . .	0 <sup>gr</sup> ,01
Eau distillée. . . . .	100 grammes.

ou bien :

Extrait d'opium . . . . .	1 <sup>gr</sup> ,50
Extrait de belladone. . . . .	0 <sup>gr</sup> ,50
Eau distillée. . . . .	100 grammes.

On peut renouveler ce lavement 2 ou 3 fois à un quart d'heure intervalle.

Un grand bain tous les jours d'une heure de durée.

Pendant cette période, je pense qu'il faut éviter les injections dites nettoyantes, même faites avec de l'eau stérilisée.

Le lavage du gland et du méat doit au contraire être prescrit ainsi que l'habitude de l'ouate entourant complètement le gland, ouate qui doit être changée à chaque miction.

L'examen bactériologique sera renouvelé tous les deux jours. A ce moment interviendra aussi d'une manière efficace l'expérience dite des deux verres, pour s'assurer du terrain gagné en profondeur par l'affection. Tant que la blennorrhagie n'a pas atteint la partie profonde du canal et qu'elle reste cantonnée dans l'urèthre antérieur, le liquide du premier verre est trouble, celui du deuxième clair.

Le traitement local employé est celui que je décris dans la période de déclin.

C. — PÉRIODE DE DÉCLIN (A LA TROISIÈME SEMAINE GÉNÉRALEMENT).

Une blennorrhagie qui a suivi son cours régulier est arrivée à son acmé à la troisième semaine ; d'aiguë elle devient subaiguë, suivant l'expression de quelques auteurs ; je crois que la dénomination de période de déclin vaut mieux, car souvent, à cette période, il n'y a plus de douleurs et presque pas d'écoulement.

Dans cette période, le microscope sera aussi très utile pour étudier la marche de la maladie, ainsi que nous l'avons vu plus haut : diminution des gonocoques, des globules de pus ; augmentation des cellules de transition, réapparition des cellules épithéliales, tels sont les symptômes qui nous fixent sur les résultats thérapeutiques obtenus. On rencontre aussi à cette période des microbes qui font leur apparition après la diminution du nombre des gonocoques. L'expérience des deux verres nous donne aussi la limite de l'extension gonococcique : elle est très importante, car il résulterait des recherches nouvelles que la fréquence de l'urétrite postérieure, à la période de déclin, c'est à dire au moment où les injections sont indiquées, est beaucoup plus grande qu'on ne le pensait autrefois.



Dans les cas d'épreintes très douloureuses, on injectera dans le rectum avec la seringue de Roux munie d'une sonde en caoutchouc, 5 grammes de la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine. . . . .	0 <sup>gr</sup> ,30
Sulfate d'atropine . . . . .	0 <sup>gr</sup> ,01
Eau distillée. . . . .	100 grammes.

ou bien :

Extrait d'opium . . . . .	1 <sup>gr</sup> ,50
Extrait de belladone. . . . .	0 <sup>gr</sup> ,50
Eau distillée. . . . .	100 grammes.

On peut renouveler ce lavement 2 ou 3 fois à un quart d'heure intervalle.

Un grand bain tous les jours d'une heure de durée.

Pendant cette période, je pense qu'il faut éviter les injections dites nettoyantes, même faites avec de l'eau stérilisée.

Le lavage du gland et du méat doit au contraire être prescrit ainsi que l'habitude de l'ouate entourant complètement le gland, ouate qui doit être changée à chaque miction.

L'examen bactériologique sera renouvelé tous les deux jours. A ce moment interviendra aussi d'une manière efficace l'expérience dite des deux verres, pour s'assurer du terrain gagné en profondeur par l'affection. Tant que la blennorrhagie n'a pas atteint la partie profonde du canal et qu'elle reste cantonnée dans l'urèthre antérieur, le liquide du premier verre est trouble, celui du deuxième clair.

Le traitement local employé est celui que je décris dans la période de déclin.

C. — PÉRIODE DE DÉCLIN (A LA TROISIÈME SEMAINE GÉNÉRALEMENT).

Une blennorrhagie qui a suivi son cours régulier est arrivée à son acmé à la troisième semaine ; d'aiguë elle devient subaiguë, suivant l'expression de quelques auteurs ; je crois que la dénomination de période de déclin vaut mieux, car souvent, à cette période, il n'y a plus de douleurs et presque pas d'écoulement.

Dans cette période, le microscope sera aussi très utile pour étudier la marche de la maladie, ainsi que nous l'avons vu plus haut : diminution des gonocoques, des globules de pus ; augmentation des cellules de transition, réapparition des cellules épithéliales, tels sont les symptômes qui nous fixent sur les résultats thérapeutiques obtenus. On rencontre aussi à cette période des microbes qui font leur apparition après la diminution du nombre des gonocoques. L'expérience des deux verres nous donne aussi la limite de l'extension gonococcique : elle est très importante, car il résulterait des recherches nouvelles que la fréquence de l'urétrite postérieure, à la période de déclin, c'est à dire au moment où les injections sont indiquées, est beaucoup plus grande qu'on ne le pensait autrefois.



Dans l'épreuve des deux verres, la première urine est trouble, la seconde l'est aussi quand l'urétrite postérieure existe, mais à un degré moindre ; cela a surtout lieu dans les mictions peu fréquentes. Aussi M. Finger écrit : « Les changements observés dans le trouble des secondes portions d'urine prises à des moments différents constituent un des signes les plus caractéristiques de l'urétrite aiguë postérieure, en même temps qu'elles permettent un diagnostic différentiel contraire d'avec la cystite.

« Aussi il ne faut jamais exclure l'urétrite postérieure que si la seconde partie de l'urine matinale se montre bien claire, en dépit du long espace de temps pendant lequel le malade n'a plus uriné. Le trouble du deuxième verre donne le degré de virulence de l'urétrite postérieure.

« Cependant il se peut que lors de l'existence concomitante d'une urétrite postérieure, la seconde portion de l'urine paraisse claire ; il est bon dans ces cas de faire plusieurs fois l'expérience. L'urine du matin fournit des résultats particulièrement décisifs parce qu'alors, au fait que le patient n'a pu uriner depuis longtemps, coïncide l'exacerbation matinale. Le médecin doit donc : 1° voir le malade surtout le matin ; 2° dans le cas contraire, lui faire apporter cette urine matinale en deux verres ; 3° ne le voir dans la journée que quelques heures après une miction ; 4° le faire uriner dans deux verres.

« La recherche du gonocoque dans l'urine de

l'urétrite postérieure doit se faire après filtrage et examen du résidu du filtre ; on ne trouve pas toujours des gonocoques.

« L'urétrite postérieure s'accompagne quelquefois d'une albuminurie assez intense dont la raison n'est pas encore bien expliquée. » Je suis assez, dans ce cas, de l'avis de M. Finger qui s'abstient de tout traitement local.

*Traitement à la période de déclin.* — On peut dire que tout a été essayé contre la blennorrhagie à cette période ; tous les jours de nouveaux médicaments sont pronés, puis abandonnés. Il serait fastidieux de rapporter toutes ces médications : citons-en seulement quelques-unes parmi les plus nouvelles.

Les injections d'eau chaude à la température de 45° ont été préconisées, en se basant sur cette expérience *in vitro* que l'eau détruit la virulence du gonocoque dans l'espace de cinq heures.

M. Callari pense, d'après ses expériences personnelles que l'urètre malade peut supporter une température de 44°. Il a obtenu de très bons résultats de la thermothérapie : peu à peu on voit disparaître les gonocoques, puis les leucocytes, Sur 20 malades traités de cette façon il obtient 13 guérisons, 4 améliorations et 3 résultats nuls.

M. O'Brien a obtenu des résultats satisfaisants avec de l'eau de mer légèrement chauffée.



M. Pellissier dit avoir été très heureux avec l'acide citrique.

Acide citrique. . . . . 1 gramme.  
Eau. . . . . 100 —

Six injections par jour.

Pour les lavages, 8 grammes d'acide citrique par litre : 1 litre en une seule séance, une fois par jour.

M. Calmers préconise le traitement suivant :

1° Nettoyer le canal en injectant de l'eau oxygénée (solution au 30°).

2° Introduire dans l'urètre une fois par jour, avec un pulvérisateur, le mélange suivant :

1 <sup>er</sup> jour.	Essence de cannelle mélangée à 1 goutte de benzoïnol.		
2 <sup>e</sup> jour.	—	2	—
3 <sup>e</sup> jour.	—	3	—

M. Amousse a employé avec succès les injections de créosote chez 58 blennorrhagiques. La créosote a été utilisée pour ces injections sous forme d'émulsion avec de la gomme arabique de 2 à 10 p. 100.

Dans les cas où l'on faisait des injections profondes, on avait recours à une solution plus forte, de 2 à 15 p. 100. La sécrétion uréthrale augmentait le premier jour après l'injection, puis, ensuite, elle diminuait rapidement, devenait séro-purulente, et bientôt cessait complètement. Il n'y avait pas de douleurs : il n'y a pas eu de récidives.

Dans 72 cas d'urétrites, dont 14 aiguës et 58

chroniques, M. Hnisky a eü recours à l'emploi d'ichtyol et d'onguent napolitain. Aux malades atteints d'urétrite aiguë, il donnait des injections d'ichtyol à 2-3 p. 100, deux par jour; les malades retenaient le liquide injecté pendant deux ou trois minutes. Sur 14 malades, 8 ont été considérablement améliorés en l'espace de six à huit jours; chez les autres, on fut obligé de recourir à des solutions plus concentrées (à 4-5-6 p. 100); 4 ont guéri. Chez les deux autres on eut recours à l'introduction dans le rectum de suppositoires à l'onguent napolitain de 60 centigrammes chacun, tout en continuant les injections à l'ichtyol. Ce traitement combiné réussit pleinement et les malades quittèrent l'hôpital parfaitement guéris.

En se basant sur ces observations, l'auteur considère les injections à l'ichthyol comme un moyen très utile dans le traitement des urétrites aiguës. Elles diminuent l'inflammation de la muqueuse uréthrale, cette inflammation ayant été déterminée par l'urétrite même ou par un traitement irritant.

M. Jadassohn se loue beaucoup de l'ichthyol dans le traitement de la blennorrhagie et il compare son efficacité à celle du nitrate d'argent. L'ichthyol a, sur ce dernier, l'avantage d'être notablement moins irritant et de pouvoir, par conséquent, être employé dès la première phase de la maladie. Sans doute on rencontre bien quelques cas réfractaires à l'action de ce médicament, mais ils sont très peu



nombreux, et l'on ne possède d'ailleurs pas un seul remède de la blennorrhagie qui n'expose à aucun insuccès.

L'ichthyol s'emploie en injections sous forme de solutions de 1 à 5 p. 100 pour l'urèthre antérieur, de 1 à 10 p. 100 pour l'urèthre postérieur. La solution à 1 p. 100 cause à peine une très légère cuisson; le malade s'accoutume si bien à ce traitement que l'on peut accroître rapidement la concentration et arriver à des solutions à 7 et demi p. 100 pour l'urèthre antérieur et 20 p. 100 pour l'urèthre postérieur.

Sous l'influence de ces injections, l'écoulement ne tarde pas à changer de caractère et, plus vite qu'avec les autres antiseptiques, il se supprime le plus souvent d'une manière définitive. Si on prolonge les injections d'ichthyol, on voit qu'elles déterminent la chute d'une grande quantité de cellules épithéliales de l'urèthre. Comme Neisser a appris que le gonocoque pénétrait dans les cellules épithéliales (et c'est ce qui donne sa résistance à l'inflammation blennorrhagique) il semble que cette desquamation soit favorable à la guérison définitive de la blennorrhagie.

L'ichthyol a encore l'avantage d'avoir peu d'odeur en solution étendue, de ne pas tacher le linge et de coûter fort bon marché. S'il n'est pas le médicament idéal de la blennorrhagie, c'est à coup sûr un des meilleurs.

Dans une récente séance de la Société française de dermatologie et de syphiliographie, MM. Le-gueu et Lévy ont annoncé que l'airol (oxiodogalate basique de bismuth) leur avait donné de bons résultats dans le traitement de la blennorrhagie, en raison de ses propriétés desséchantes et antiseptiques. Après avoir pratiqué un lavage de l'urèthre antérieur avec l'eau boriquée, ils injectent 10 centimètres cubes d'une émulsion préparée comme suit :

Airol . . . . .	2 grammes.
Glycérine . . . . .	15 —
Eau distillée . . . . .	5 —

L'injection est renouvelée tous les jours.

Ces injections déterminent une certaine brûlure qui ne dure pas; dès le premier jour de traitement, les douleurs de la miction s'atténuent et l'écoulement diminue; chez plusieurs malades, il a disparu complètement au bout de quatre à cinq jours.

M. Merlin a traité avec l'airol 58 cas de blennorrhagie aiguë. Le traitement fut institué chez tous les malades six à huit jours après l'infection. Tous suivaient un régime approprié et deux fois par jour, l'urèthre était lavé d'abord avec de l'eau stérilisée et ensuite avec l'émulsion suivante :

Airol . . . . .	15 grammes.
Glycérine . . . . .	105 —
Eau distillée . . . . .	35 —

Cette émulsion était retenue par les malades dans



l'urèthre pendant dix minutes : excellents résultats : les sécrétions n'étaient plus purulentes dès le 4<sup>e</sup> ou le 5<sup>e</sup> jour et après 14 ou 20 jours, en moyenne, les malades pouvaient être considérés comme guéris.

M. Costantini (Troia) a expérimenté dans cette maladie les injections de dermatol (sous-gallate de bismuth). L'auteur fait ses injections avec de l'eau tenant en suspension 2 à 4 p. 100 de dermatol ; on peut en pratiquer jusqu'à trois par jour. Ces injections seules, sans aucun traitement, ont réussi, dit-il, à guérir complètement quatre malades atteints de blennorrhagie aiguë, avec gonocoques dans le pus. Le dermatol est à la fois un astringent et un cicatrisant ; il diminue l'inflammation, tarit la sécrétion muqueuse où vivent les gonocoques, tue les autres microbes pyogènes producteurs des infections secondaires. Le dermatol a, en outre, l'avantage d'être inodore et pas caustique.

M. P. Noguès n'a obtenu que des très mauvais résultats avec le formol.

D'après M. Chotzen, l'alumnol en solution à 1 p. 100 possède des propriétés astringentes : il détruit les gonocoques non en exacerbant l'inflammation, comme le fait l'argentamine, mais en la combattant. L'action astringente de l'alumnol se manifeste non seulement en ce que, quelques jours déjà après l'institution du traitement avec une solution à 1 ou 2 p. 100, les sécrétions profuses et purulentes sont devenues insignifiantes et muco-vitreuses,

mais aussi en ce que, peu de temps après le début du traitement, sont expulsées des membranes contenant non seulement l'épithélium urétral, mais aussi de nombreux corpuscules du pus. Cette urétrite membraneuse, artificiellement produite, ne tarde pas à tarir : l'examen bactériologique de l'écoulement démontrera alors, à n'en pas douter, l'action empêchante de l'alumnol sur les gonocoques. L'auteur s'est servi pour l'urèthre antérieur d'une solution de 1 à 2 p. 100 dont il injecta quotidiennement 6 centimètres cubes, six fois pendant les premiers jours et trois fois les jours suivants. Après disparition des gonocoques, les injections n'étaient plus faites qu'avec une solution à 0,5 p. 100, 0,25 p. 100. Quant à l'urèthre postérieur, on y injecta une solution d'alumnol de 1 à 5 p. 100 à l'aide de l'instillateur d'*Utzmann* ou une solution d'alumnol ichthyolé à 2,5 p. 100-10 p. 100, à l'aide de la seringue de *Tommasoli* pour les onguents.

S'appuyant sur les observations de Blum, Berlioz, Trillat, Aronson et autres, d'après lesquelles les tissus de l'organisme animal sont aptes à absorber les vapeurs de formaldéhyde qui entravent, dans l'intimité des tissus, le développement des micro-organismes et parfois l'empêchent complètement, M. Orloff s'est décidé à traiter par le formaldéhyde 10 cas d'urétrite blennorrhagique. Grâce aux injections intra-urétrales de formaldéhyde, les sécrétions, de purulentes qu'elles étaient, sont bientôt devenues



séreuses, et les gonocoques ne tardèrent pas à disparaître des sécrétions. De plus, les injections faites dans la période aiguë de l'affection, quand les phénomènes inflammatoires étaient très accusés, n'ont jamais été suivies d'inflammation des annexes de l'appareil génital, accident si fréquent quand on se sert pour injections d'autres substances proposées pour le traitement de la blennorrhagie. Aussi, prenant en considération, d'une part, la non-participation des annexes et, d'autre part, la disparition rapide des gonocoques des sécrétions, l'auteur est tout disposé à admettre que le formaldéhyde désinfecte l'urèthre d'une manière si complète que les gonocoques ne sont plus à même d'atteindre les annexes, malgré la force mécanique de propulsion exercée sur eux par les injections intra-uréthrales.

On ne se servira jamais d'une solution de formaldéhyde (formaline) supérieure à 5 p. 100. Le formaldéhyde étant très volatil, il est préférable de préparer chaque fois, immédiatement avant chaque injection, une solution de formaldéhyde en quantité nécessaire pour l'injection en question.

L'auteur espère que, grâce au formaldéhyde, on arrivera à guérir en peu de temps l'urétrite blennorrhagique. Le formaldéhyde étant bon marché et ne tachant pas le linge, on voit aisément que, en cas où ces espérances viendraient à s'accomplir, le formaldéhyde sera à préférer à tous les autres antiblennorrhagiques proposés jusqu'à ces derniers temps.

A. *Traitement local.* — Le traitement local comprend :

- 1° Instillations;
- 2° Injections;
- 3° Grands lavages;
- 4° Bougies médicamenteuses.

B. Le *traitement interne* est fourni par l'emploi des balsamiques.

1° *INSTILLATIONS.* — Les instillations sont employées comme dans le traitement abortif. On les fera tous les deux jours, en moyenne, à la dose de toute la seringue injectée dans le canal avec la sonde à instillations sur les différentes parties de la muqueuse, en se servant des solutions argentiques titrées à 1 p. 100, 1 p. 150, 1 p. 200. Les instillations sont poussées du fond du canal au méat.

Il peut se faire que la blennorrhagie ait gagné l'urèthre postérieur. Dans ce cas, on franchira avec l'olive le sphincter membraneux, on instillera quelques gouttes, puis on retirera doucement la sonde jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de sensation de frottement.

Dans l'intervalle de ces instillations, qui seront toujours pratiquées par le médecin, le malade pourra utiliser des lavages uréthraux avec de l'eau boricquée ou des solutions de salicylate de mercure, ainsi qu'il a été dit plus haut.

Ces instillations doivent être employées pendant quinze jours à trois semaines. Quand on en a fait



une dizaine consécutives, on doit s'arrêter et ne les reprendre que huit à dix jours après : le canal a besoin de se reposer.

2° INJECTIONS. — Les injections peuvent être données par le médecin ou être employées par le malade lui-même. Si elles doivent être souvent répétées et baigner seulement l'urèthre antérieur, il vaut mieux que ce soit le malade qui pratique cette petite opération. Il n'y a pas de petits détails pour le malade qui doit faire lui-même les injections : le médecin ne doit donc pas craindre les explications les plus banales sur la manière de se servir de la seringue, sur la température du liquide, l'introduction du médicament, la force à donner au jet, la quantité d'injections par jour, la durée de cette injection dans le canal, etc.

Ces seringues sont en caoutchouc durci ou en métal; l'embout doit être conique pour pouvoir obturer facilement le méat quelle que soit sa largeur. Leur contenance doit être de 6 centimètres cubes à 10 centimètres cubes. M. Guiard, se basant sur ce que l'urétrite postérieure est très fréquente à cette période de la maladie, pense que le traitement doit porter sur les deux urèthres et que par conséquent, une injection faite avec une seringue de 5 à 6 grammes ne fournit pas une quantité de liquide suffisante pour aller baigner l'urèthre postérieure. Il a donc fait construire une seringue d'une contenance de 20 grammes. Pour remplir les conditions requises

cette seringue doit faire le vide absolu quand on cherche à la remplir pendant qu'on obstrue la canule : le piston abandonné à lui-même doit alors redescendre complètement. La seringue plonge alors dans une éprouvette.

M. Jamin ne partage pas l'opinion de M. Guiard. Quand le canal est enflammé, il ne peut se dilater qu'avec beaucoup de douleur; il est au contraire contracté, et il faut très peu de liquide pour le remplir et forcer le sphincter membraneux.

Dans tous les cas, voici le procédé qu'il faut employer quand on désire atteindre les deux urèthres en ne se servant pas de sonde.

Le malade est debout; le gland est comprimé sur la canule avec la main gauche. La première moitié de la seringue pénètre généralement avec la plus grande facilité; puis l'urèthre se distend et on éprouve une certaine résistance : il y a à ce moment un temps d'arrêt. Il faut alors, en redoublant de prudence, augmenter doucement, insensiblement la pression. Au moment où l'urèthre antérieur commence à se tendre, le malade accuse surtout au niveau du gland un picotement plus ou moins désagréable qui n'est autre chose que la répercussion de l'action exercée sur le sphincter. Bientôt celui-ci cède et tout le contenu de la seringue pénètre dans le canal.

Quand on ne veut faire que maintenir du liquide dans l'urèthre antérieur, M. Guiard emploie un obturateur urétral qui consiste en une petite boule de



caoutchouc très souple à laquelle aboutit un tube mince et court. La boule est d'abord insinuée dans la fosse naviculaire, ce qui n'offre aucune difficulté quand elle est vide. Une fois en place, on la gonfle avec une petite poire en caoutchouc qui s'adapte à l'extrémité libre du tube. Cela fait, pour maintenir la boule dilatée, on bouche le tube avec un fausset en os qu'un léger renflement en son milieu aide à venir en place. D'autre part, la boule est traversée par un second tube qui permet de faire l'injection dans l'urèthre et qu'on bouche ensuite avec un second fausset semblable au premier. Grâce à l'obturateur urétral, une solution très faible peut être maintenue dans le canal plusieurs heures et même au besoin toute la nuit.

Je suis d'avis que non seulement le médecin doit pratiquer lui-même les injections qui ont pour but de baigner les deux urèthres, mais encore que ces injections sont bien mieux supportées lorsqu'on emploie la sonde que lorsque l'on force le sphincter par le liquide injecté. Il ne faut pas oublier que tout le canal de l'urèthre est à ce moment enflammé, d'où douleur et contraction exagérée de ce sphincter. La sonde la plus employée est la sonde à instillations : son extrémité conique donne bien les sensations suivantes : 1<sup>o</sup> sensation d'arrêt quand on arrive au cul-de-sac du bulbe; 2<sup>o</sup> sensation de préhension et de frottement quand l'olive est engagée dans la portion membraneuse : il n'est pas nécessaire de pousser plus loin dans le canal; aussitôt que cette sensa-

tion est perçue, le liquide injecté va dans la vessie en baignant tout l'urèthre postérieur.

Quelques médecins se servent de sondes en caoutchouc rouge, de très mince calibre et dont la tige est percée de trous (fig. 25); si la contraction du sphincter est très prononcée, le bec de cette sonde trop flexible ne passe pas facilement dans la portion musculieuse; en outre le liquide sort quelquefois par les premiers trous et ne va pas jusqu'au bout de la sonde.

Le nitrate d'argent, le sublimé et le permanganate de potasse sont peu employés en injections.

Quand on veut utiliser le permanganate avec la seringue en injections faites par le malade lui-même, on se servira d'une solution à 1 p. 1 000 : trois injections par jour. On diminue plus tard le nombre des injections et des doses et l'on continue ainsi jusqu'à disparition définitive du gonocoque. Mais bien souvent ce sont plutôt des lavages que des injections que l'on pratique dans ces cas.

J'ai donné plus haut les formules nouvelles concernant les injections. Les anciennes sont depuis longtemps très connues du public médical.

M. Guiard dit avec raison que lorsque les injections sont faites au moment voulu, c'est-à-dire quand l'évolution des gonocoques a déjà eu lieu et que le terrain urétral est par cela même devenu défavorable, tous les médicaments astringents ou antiseptiques peuvent achever une guérison qui ne demande qu'à survenir.



3° GRANDS LAVAGES. — Les lavages seront exécutés comme nous les avons décrits dans le traitement abortif.

M. Janet indique le procédé suivant :

La série des lavages au permanganate comprend en général douze lavages espacés de vingt-quatre heures très régulièrement, sans faire d'exception pour le dimanche. Ces lavages doivent toujours être complets, c'est-à-dire porter sur les deux urèthres; quel que soit le diagnostic posé au point de vue de l'urèthre antérieur ou postérieur, il n'y a aucun inconvénient à faire pénétrer ces lavages dans la vessie, d'autant plus qu'à cette période ils sont complètement indolores. Pour les premiers lavages, pour tous les lavages même chez les malades pusillanimes qui contractent leur portion membraneuse et empêchent le liquide de pénétrer dans la vessie, on cocaïniserà légèrement l'urèthre en y injectant lentement 10 centimètres cubes d'une solution de cocaïne à 1 p. 400 et en l'y retenant pendant 2 minutes.

Le lavage lui-même se fait par pression (1<sup>m</sup>,30 au-dessus du méat) avec un litre de solution tiède dont la première moitié sert à laver l'urèthre antérieur, et dont la seconde moitié pénètre en une ou plusieurs fois dans la vessie.

Comme dose, il est bon de commencer par 1 p. 4000; on peut le lendemain atteindre 1 p. 2000, y rester jusqu'au septième lavage, et enfin arriver à 1 p. 1000, dose que l'on peut, sans inconvénient, poursuivre du sep-



FIG. 25.

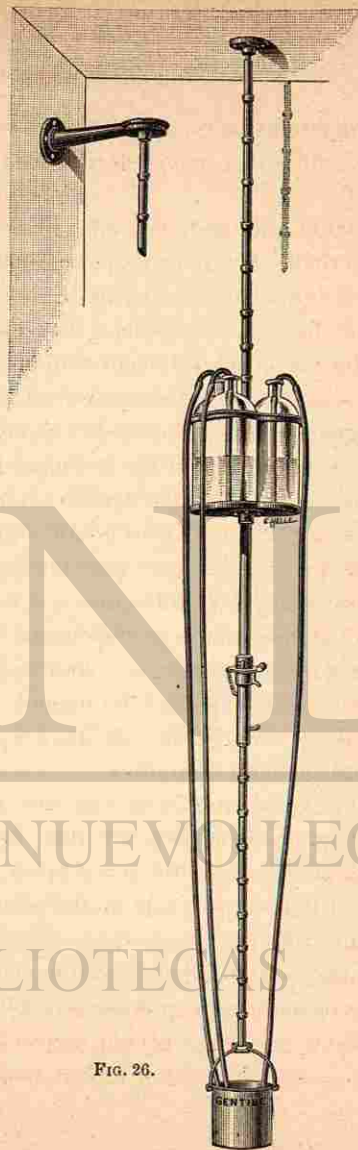


FIG. 26.



tième au douzième lavage : quelquefois, pour l'urèthre antérieure, dose à 1 p. 500. Quelquefois il faut seulement huit à neuf lavages : quelquefois deux à trois séries, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de gonocoques et que l'écoulement ne soit plus purulent.

La difficulté de ce traitement consiste à régler les doses et le nombre des lavages de manière à maintenir la réaction séreuse, sans arriver à créer une irritation chimique trop considérable; si l'on est trop prudent, l'écoulement ne tarde pas à redevenir purulent et à cultiver de nouveau le gonocoque; si l'on est trop hardi, l'on arrive à créer un œdème considérable de la muqueuse et souvent des hémorragies uréthrales. Le juste milieu ne peut s'acquérir que par une grande habitude. Si l'on veut éviter ces difficultés, il suffit de poursuivre le traitement antiphlogistique assez longtemps pour permettre à la muqueuse uréthrale de supporter facilement l'irritation mécanique et chimique des lavages, ce qui se produit toujours dans la période subaiguë de la phase gonococcique.

Dans la blennorrhagie subaiguë, un lavage au permanganate à 1 p. 2000 répété toutes les vingt-quatre heures suffit toujours pour faire disparaître le gonocoque. Dans certains cas, on peut être conduit à augmenter ou diminuer la dose suivant la tolérance du sujet. Ces lavages sont du reste toujours indolores (Janet).

Comme je l'ai indiqué à l'occasion du traitement

abortif, ces lavages peuvent être faits avec sonde ou sans sonde : j'ai décrit les différents appareils employés, j'ajouterai ici celui que M. Janet a préconisé ces temps derniers, et qu'il désigne sous le nom d'appareil élévateur (fig. 26).

Cet appareil est destiné à élever à une hauteur variable trois boccas d'une contenance de 1 litre chacun; il permet ainsi de faire rapidement sur le même malade des lavages avec des solutions diverses : sublimé, nitrate d'argent, permanganate de potasse, acide borique, etc. Il se compose d'une tige à crémaillère que l'on peut suspendre au plafond ou fixer contre un mur à l'aide d'un portant.

Une poignée mobile, garnie d'un système de déclanchement analogue à celui de la poignée du lithotriteur, permet d'élever à différentes hauteurs et d'y fixer le plateau à galerie qui supporte les trois boccas. A la partie inférieure se trouve un seau rempli de solution antiseptique dans lequel viennent plonger les tubes qui descendent des trois flacons laveurs.

Le médecin doit avoir à sa disposition de quoi préparer extemporanément les solutions de permanganate. Il versera dans un demi-litre d'eau filtrée chaude 5, 10, 15, 20, 25 grammes d'une solution au 1 p. 50 de permanganate : c'est-à-dire 2 centigrammes par gramme. On obtient ainsi des solutions variant de 1 p. 5000 à 1 p. 1000. Le lavage sera fait avec une sonde si l'on ne doit toucher que l'urèthre antérieure; il distendra le canal de manière à effacer les



plis de la muqueuse et à imprégner sa surface le plus profondément possible. Ce lavage sera précédé d'une injection de cocaïne, si le malade est impressionnable.

Les solutions à 1 p. 4000 et 1 p. 3000 ne déterminent pas de douleur au moment du lavage : faite avec une solution à 1 p. 2000, l'injection devient pénible ; elle est réellement douloureuse si l'on emploie d'emblée la solution à 1 p. 1000 et surtout si la blennorrhagie est aiguë. Les lavages des deux urèthres sont plus douloureux que le lavage de l'urèthre antérieur seul. Dans l'immense majorité des cas, les deux ou trois mictions qui suivent le premier lavage sont très douloureuses ; le deuxième jour du traitement, le malade pisse sans souffrir (Delaroche).

Quand on doit effectuer le lavage des deux urèthres, on ne se sert pas de sonde généralement, à moins que le sphincter ne se laisse pas vaincre naturellement. Le réservoir ne doit pas dépasser la hauteur de 2 mètres. Il vaut mieux que le malade soit couché, pour éviter autant que possible les accidents de la syncope ou du malaise qui accompagne quelquefois la distension de l'urèthre antérieur, mais il ne faut pas oublier que le malade urine mieux étant assis. On fera deux ou trois pénétrations intra-vésicales. Mais comme l'urèthre postérieur et la vessie supportent assez mal la présence du permanganate, plus de la moitié de l'injection servira pour l'urèthre antérieur. La durée moyenne du lavage avec une canule de 2 mil-

limètres d'orifice de sortie et pour 1 litre de liquide à la pression de 1 mètre à 1<sup>m</sup>,40 est de quatre minutes et demie à cinq minutes. On comprime la verge deux ou trois fois de suite au niveau du gland pendant la miction pour dilater le canal.

MM. Guiard, Audry, Hogge, à l'exemple de M. Janet regardent les injections de permanganate comme excellentes dans la période de déclin dans la blennorrhagie ; j'avoue pour ma part avoir été moins heureux et je suis retourné aux instillations argentiques.

Des médecins ont employé les grands lavages avec une autre substance que le permanganate. M. Lavaux s'est très bien trouvé des lavages avec le nitrate d'argent. Il lave d'abord le canal avec une solution d'acide borique, puis se sert de la solution titrée à 1 p. 2000, 1 p. 1000, 1 p. 100, 2 p. 100, et enfin injecte de nouveau la solution boriquée.

M. Delaroche, dans le service de M. Balzer, a utilisé les lavages de nitrate d'argent en solution à 1 p. 4000 1 p. 3000 et 1 p. 200. Il a obtenu de bons résultats, mais préfère cependant le permanganate.

M. le Dr Hotaling, de Baltimore, a observé que la permanganate de zinc constitue un des meilleurs remèdes de la blennorrhagie. Ce sel a l'aspect du permanganate de potasse ; son emploi ne s'accompagne d'aucune action irritante.

On commencera par quatre ou cinq injections par jour d'une solution aqueuse à 1 p. 100 ; on peut monter à 2,5 p. 100 sans inconvénient. Sur 50 cas traités,



les malades étaient atteints pour la première fois dans 33 cas; la guérison fut obtenue en trois semaines en moyenne. Les injections ne furent jamais utilisées dès le début : ce fut en moyenne au bout de neuf jours d'injections que tous les symptômes morbides disparurent. Dans un cas, une orchite intercurrente força l'auteur à suspendre la médication; dans un autre, les résultats obtenus furent nuls. Les 17 cas restants se décomposent en 10 récidives, qui furent guéries dans le même laps de temps que les malades ci-dessus, et en 7 cas chroniques qui furent traités par les injections et la dilatation : dans 5 cas, la guérison fut obtenue plus rapidement même que dans les deux catégories précédentes. Dans 2 cas, résultat nul.

L'auteur ne parle pas de la méthode de Janet; il eût été fort intéressant d'expérimenter le permanganate de zinc en se servant du procédé des grands lavages. Les doses indiquées par l'auteur paraissent beaucoup plus forte que celles auxquelles on prescrit d'ordinaire le permanganate de potasse en injections; M. Hotaling ne donne pas les raisons qui lui ont fait adopter ce dosage.

M. Neisser recommande la pratique ci-dessous : « Il ne faut employer que des médicaments ayant les propriétés suivantes :

« a) Tuer les gonocoques; b) augmenter aussi peu que possible l'inflammation; c) ne pas léser la muqueuse elle-même. »

Il conseille : le sublimé à 1 p. 30 000 ou 1 p. 20 000 ;  
Le sulfo-ichthyol d'ammoniaque à 1 p. 100 ;  
Le nitrate d'argent à 1 p. 4 000 ou 1 p. 2 000.  
Il rejette les médicaments astringents.

La meilleure méthode de traitement est l'irrigation fréquente de l'urèthre avec des injections faites avec soin à l'aide d'une grosse seringue bien construite. Il regarde le traitement intérieur comme inutile.

On peut aussi employer les injections faibles de sublimé : mais je les crois surtout utiles dans les uréthrites non gonococciques. Elles ont donné peu de résultats dans la blennorrhagie.

Je désire, à propos des sels d'argent, parler de trois produits : l'argentamine, l'argonine et l'itrol, récemment étudiés en Allemagne, mais sur lesquels je ne suis pas encore personnellement bien fixé, ne les utilisant que depuis quelques mois. M. Witanoff a présenté (le 13 mars 1896) une thèse sur ce sujet, thèse à laquelle nous empruntons quelques détails.

On a reproché au nitrate d'argent de précipiter l'albumine : ces parties précipitées peuvent sortir du canal par les lavages, mais aussi y rester et boucher les orifices des glandes et les replis muqueux, et par conséquent empêcher le médicament argentin d'agir profondément sur les gonocoques.

L'argentamine, qui est une solution de 10 parties de phosphate d'argent dans une autre contenant 10 parties d'éthylènediamine pour 100 d'eau, a la propriété d'être antiseptique, de ne pas précipiter



autant l'albumine et les chlorures et de pénétrer plus profondément les tissus.

M. Schaffer a établi tous ces avantages : il l'emploie surtout en injections ; il se sert de solutions de à 1 p. 5000 à 1 p. 4000. D'autres médecins l'ont essayée en instillations, en injections, en lavages à 1 p. 1000 et à 1 p. 6000.

Un point important signalé par ce praticien, c'est l'irritation que produit l'argentamine sur la muqueuse uréthrale, irritation qui provoque une exsudation et une sécrétion abondante du pus. Il a trouvé aussi cette irritation plus grande que celle produite par le nitrate d'argent, ce qui permettrait d'obtenir, avec ce médicament, la disparition de gonocoques quand on a échoué avec le nitrate d'argent. M. Witanoff, qui a employé simultanément les lavages au nitrate d'argent et à l'argentamine à la dose de 1 p. 4000, un litre, donne la préférence au nitrate d'argent comme moins irritant ; je suis assez enclin à souscrire à cette opinion.

L'argonine, ou combinaison de l'argent et de la caséine (15 grammes d'argonine équivalent à 1 gramme de nitrate d'argent), est moins irritante que l'argent et l'argentamine.

C'est une poudre blanche, soluble dans l'eau : ses solutions sont opalescentes et de couleur légèrement jaunâtre ; elles doivent être conservées dans des bouteilles noires. La plus grande quantité qu'on peut dissoudre dans l'eau est de 10 p. 100. Les solutions

ne donnent pas de précipité, ni avec le chlorure de sodium, ni avec l'albumine. L'action bactéricide de l'argonine est manifeste surtout à l'égard du gonocoque (Meyer) ; pourtant elle est moins forte, à quantité égale, que ses deux congénères, mais elle est moins irritante qu'eux et pénètre moins profondément les tissus. Jadassohn a employé des solutions à 1 p. 4000 en lavages et en instillation sans l'urèthre postérieur à 7,5 p. 100, quatre fois par jour. Voici ses conclusions : 1° L'argonine, quoique ne coagulant pas les albuminoïdes, est une substance qui tue le gonocoque en peu de temps.

2° Elle n'a aucune propriété irritante, même dans des solutions fortes ; donc elle est surtout applicable au traitement de la blennorrhagie aiguë de l'urèthre antérieur et postérieur de l'homme ainsi qu'à la blennorrhagie de l'urèthre et de l'utérus chez la femme.

3° Elle ne possède pas de propriétés astringentes : donc pour soigner les catarrhes purs, il faut recourir à d'autres médicaments astringents.

M. L. Zydłowicz (*Ther. Wochenschrift*, 7 février 1897) est arrivé aux conclusions suivantes quant à l'action antiblennorrhagique de l'argonine :

1° L'argonine détruit rapidement les gonocoques. Cette disparition des gonocoques est-elle permanente ? L'auteur ne se croit pas encore en droit de l'affirmer catégoriquement.

2° Les injections d'argonine (3-4 : 200), loin d'ag-



graver l'affection, agissent au contraire, comme antiphlogistique.

3° Les injections ne sont pas douloureuses; aussi les malades se soumettent-ils volontiers à ce traitement. En effet, sur 33 sujets, les injections n'ont provoqué de sensation de cuisson intense que chez 1 malade, et encore ce phénomène secondaire fâcheux n'a-t-il pas tardé à disparaître après suspension de l'argonine pendant quelques jours.

4° Les injections d'argonine peuvent être prescrites à n'importe quel stade de la blennorrhagie.

5° Le traitement ne sera supprimé qu'après que l'on s'est assuré par des examens répétés trois à cinq fois, à trois jours d'intervalle chacun, de la disparition complète des gonocoques. On s'expose à les voir réapparaître si l'on cesse l'argonine dès le premier examen qui a démontré l'absence des microorganismes pathogènes.

Quant aux phénomènes catarrhaux restant après la suppression de l'argonine, on les combattra par les astringents ou l'expectation pure et simple.

En résumé, l'auteur considère l'argonine comme le meilleur antiblennorrhagique que nous ayons jusqu'à l'heure qu'il est et recommande vivement son emploi.

M. Knowle Swinburne s'est servi de l'argonine dans 50 cas de blennorrhagie aiguë et 12 cas de blennorrhagie chronique, ces derniers réfractaires à toutes les autres médications usitées.

L'argonine fut administrée en injections intra-urétrales, répétées tous les jours, après irrigation préalable avec une solution de permanganate de potasse à 4 p. 6 000. En cas de blennorrhagie de l'urètre postérieur, l'argonine était appliquée à l'aide d'un cathéter. On commença toujours avec une solution d'argonine à 2 p. 100 et on alla graduellement jusqu'à injecter une solution à 10 p. 100. Ces injections n'ont jamais causé de douleurs ni de phénomènes inflammatoires aucuns.

Dans tous les cas traités par l'argonine, l'écoulement ne tarda pas à diminuer considérablement, de même que le nombre de gonocoques y contenus; dans beaucoup de cas ils disparurent de la sécrétion dès le troisième jour après l'institution du traitement. Les phénomènes inflammatoires s'amendent notablement immédiatement après le début des injections. Vu le court laps de temps écoulé, il est encore impossible de se prononcer catégoriquement sur les résultats éloignés du traitement par l'argonine; mais la disparition rapide des gonocoques semble plaider en faveur d'une guérison radicale de la blennorrhagie. Outre son efficacité, l'argonine se distingue aussi par son innocuité absolue. Il est enfin à remarquer que Jadassohn recommande, en cas de blennorrhagie chronique, d'additionner l'argonine de 0,3 p. 100 d'ammoniaque.

Ainsi que le fait l'azotate d'argent, l'argonine tache les mains et le linge; mais ces taches s'enlèvent fa-



cilement à l'aide d'une solution de cyanure de potassium.

Sur le conseil de Credé, Werler (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1896, n° 37), a essayé l'itrol ou citrate d'argent pour le traitement de la blennorrhagie aiguë et chronique (30 cas), l'uréthrite blennorrhagique chez la femme (3 cas), de même que dans la bartholinite blennorrhagique et la cystite chronique. Il l'a prescrit soit en injections pratiquées par les malades eux-mêmes, chez eux, de même en irrigations et en lavages d'après le procédé de Diday, modifié par Janet.

En cas de blennorrhagie aiguë, l'auteur commence par prescrire aux malades l'itrol en solution diluée (1 p. 8 000) formulée comme suit :

Itrol . . . . . 0<sup>er</sup>, 025 à 0<sup>er</sup>, 05.

Dissolvez dans :

Eau . . . . . 200 grammes.

S. — A conserver dans des flacons en verre jaune et à faire quatre fois par jour des injections intra-uréthrales.

Plus tard il l'administra en solution ci-dessous :

Itrol . . . . . 0<sup>er</sup>, 03 à 0<sup>er</sup>, 05.

Dissolvez dans :

Eau . . . . . 200 grammes.

L'effet thérapeutique favorable dépend considérablement de l'emploi précoce de l'itrol : aussi au-

ra-t-on soin de le prescrire aussi rapidement que possible après le début de l'infection pour empêcher les gonocoques de se répandre et de pénétrer dans la profondeur de la muqueuse urétrale.

Dans tous les cas traités par l'auteur, l'itrol s'est montré comme un excellent désinfectant et bactéricide agissant énergiquement, même en solutions diluées ou même extrêmement diluées.

Voici comment sont résumés les résultats des observations de l'auteur :

1° L'itrol est doué d'un pouvoir bactéricide énergique à l'égard du gonocoque ;

2° Il influence favorablement la muqueuse urétrale sans provoquer de phénomènes d'irritation et sans exacerber en rien les phénomènes inflammatoires ;

3° Enfin il agit énergiquement sur les couches profondes de la muqueuse urétrale sans qu'elle souffre en rien du contact prolongé avec l'itrol.

4° BOUGIES MÉDICAMENTEUSES. — A côté des médicaments liquides, la thérapeutique de la blennorrhagie emploie des suppositoires et des bougies médicamenteuses, dans le but de pouvoir agir sur l'urèthre pendant un temps plus long et exercer par conséquent une action médicamenteuse plus grande. Les médicaments liquides, ne baignent la muqueuse que pendant 4 à 5 minutes au maximum, quelle que soit la méthode d'introduction utilisée : avec les médicaments pâteux, on obtient un séjour prolongé du



remède dans l'urèthre. M. Fürbringer se montre très partisan de cette médication, surtout pour l'urèthre postérieur.

« Pour le traitement local de l'urèthre postérieur, dit-il, nous donnons la préférence aux suppositoires médicamenteux au beurre de cacao qui sont introduits dans l'urèthre. Ils peuvent être très commodément poussés, à l'aide du porte-remède de Michelson, dans l'urèthre, où ils fondent graduellement et exercent l'action médicamenteuse qu'on en attend. Cet instrument, qui est une modification du porte-remède de Dittel, se compose d'une sonde creuse dont le bout ouvert présente une légère courbure très courte et d'un mandrin en fil de fer épais pourvu à son extrémité d'une olive métallique qui s'adapte exactement à l'orifice de la sonde. Parmi les médicaments, le nitrate d'argent nous a donné les meilleurs résultats ; viennent ensuite l'iodoforme, les balsamiques et en dernier lieu, les autres médicaments. Pour un suppositoire cylindrique de 1 à 2 centimètres nous employons de 0<sup>gr</sup>, 005 à 0<sup>gr</sup>, 05 de nitrate d'argent.

« Les suppositoires au nitrate d'argent ne sont pas supportés de la même façon pour tous les malades : il y en a qui gardent les suppositoires forts de six à huit heures, d'autres ne peuvent endurer les suppositoires même faibles plus d'une heure. Ordinairement, il survient une irritation plus ou moins intense qui rappelle la gonorrhée aiguë, une sécrétion plus ou

moins abondante de pus et même des hémorrhagies, phénomènes qui durent un ou plusieurs jours. Suivant l'intensité de la réaction nous n'introduisons le suppositoire suivant qu'au bout de cinq à dix jours, quand l'irritation est calmée. Si le premier suppositoire provoque quelquefois une douleur localisée à certains points (érosions) elle disparaît avec les suppositoires suivants.

« Cette méthode ne peut être employée ni chez les nerveux ni chez les neurasthéniques.

« Le malade doit rester au moins cinq minutes avec le pénis tenu verticalement en l'air. »

En France, les bougies médicamenteuses placées dans les deux urèthres sont moins employées. Dans l'urèthre antérieur, elles sont introduites par le malade lui-même.

Si elles n'ont pas joui jusqu'à présent chez nous d'un succès aussi grand qu'à l'étranger, cela tient à ce qu'elles étaient dures et peu rapidement solubles. Grâce aux travaux de M. Chaumel, ces desiderata ont été comblés et, au lieu d'injections et d'instillations, on peut employer des bougies préparées au nitrate d'argent, à l'ichtyol et à tous les médicaments usités en pareil cas, et on obtient de bons résultats.

Certains spécialistes tels que M. Barthélemy, par exemple, se fondant sur les excellents effets obtenus au moyen des topiques locaux dans la blennorrhagie intra-utérine, ont mis en honneur l'usage



des bougies médicamenteuses dans le traitement de l'urétrite chez l'homme. Grâce à ces bougies, des écoulements anciens et invétérés, des gouttes militaires ont pu être taries, alors qu'antérieurement elles avaient été vainement traitées par d'autres médications. Aussi M. Barthélemy, dans la communication faite le 10 mai 1893 devant la Société de thérapeutique, en arrive-t-il à dire que *les bougies lui ont donné depuis un an environ des résultats assez satisfaisants pour qu'il recoure de plus en plus rarement à d'autres moyens.*

De toutes les variétés de bougies préconisées pour modifier la muqueuse, ce sont incontestablement les bougies Chaumel qui ont donné, grâce à leur mode de préparation, les résultats les plus probants et les plus satisfaisants. M. Chaumel s'est ingénié à fabriquer des bougies assez résistantes pour qu'elles pénètrent facilement dans le canal et assez souples pour qu'elles ne contusionnent pas la muqueuse uréthrale.

Étant donné d'autre part que le pus virulent se cache et se dissimule dans la profondeur des replis muqueux, des culs-de-sac glandulaires, il était indispensable d'avoir affaire, comme excipient, à un corps parfaitement fusible qui permit à la substance incorporée d'effectuer une désinfection profonde. C'est ce qui a engagé M. Chaumel à se servir de glycérine solidifiée qui fond dans l'espace de quelques heures, et à laquelle on incorpore à volonté de l'acide borique, de l'alun, du chlorure de zinc, de la cocaïne

de l'ichtyol, du sublimé, de l'iodoforme, de l'iodol, du santal, du tanin, etc. Ces substances se trouvent dans les bougies à des doses antiseptiques et sont toujours mélangées à 1 centigramme de morphine qui anesthésie la muqueuse.

Les bougies Chaumel offrent encore l'avantage d'être entièrement aseptiques. Grâce aux autoclaves dont il se sert pour la stérilisation de ses crayons et des tubes hermétiquement clos dans lesquels ils sont enfermés, on peut être assuré de n'employer qu'un produit absolument aseptique, qui n'exposera pas l'urètre à une infection secondaire.

On peut utiliser ces bougies pour anesthésier la muqueuse au moment d'un sondage ou d'une opération chirurgicale. Il faut dans ce cas avoir recours aux bougies à la cocaïne.

En présence d'une urétrite, le médecin prescrit telle ou telle substance suivant la virulence, l'acuité la période de l'affection.

C'est surtout dans la période terminale des blennorrhagies, quand l'écoulement s'éternise sans être abondant, ou dans les blennorrhées, que les bougies Chaumel donnent les plus brillants résultats. Elles constituent alors un véritable pansement que le malade peut, sans inconvénient et sans difficulté, renouveler tous les soirs jusqu'à la terminaison complète de son affection.

(B) TRAITEMENT INTERNE. — Beaucoup de médecins,



surtout en province, où la médecine n'est pas outillée pour la pratique des lavages tels que je l'ai exposée, prescrivent les balsamiques même dès le début de la blennorrhagie, alors que l'écoulement est à peine prononcé et ne se manifeste encore que par un léger suintement collant les lèvres du méat urinaire. M. Balzer écrit qu'il n'est pas rare de guérir la blennorrhagie rien qu'avec l'emploi des balsamiques.

Dans bien des cas, les malades ne peuvent s'astreindre à se rendre plusieurs fois par semaine chez leurs médecins, et, s'ils sont en voyage, la même impossibilité existe : il n'y a alors que la médication interne qui soit compatible avec les occupations des malades.

Dans les débuts de la blennorrhagie, les capsules Raquin au copahivate de soude, à la dose de douze à quinze capsules par jour, ou les mêmes capsules au copahu enrayent souvent les blennorrhagies, surtout les blennorrhagies des *récidivistes*, qui sont en général moins intenses au point de vue du développement des phénomènes inflammatoires que les blennorrhagies développées sur un terrain vierge de toute contamination intérieure.

A la période d'état et de déclin, lorsque les symptômes inflammatoires ne sont pas très prononcés, les balsamiques donnent de très bons résultats. Les trois médicaments le plus employés sont le copahivate de soude, l'essence de santal, le salol-santal, sous forme de capsules Raquin, à enveloppe de glu-

ten (insoluble dans le suc gastrique) qui ne fatigue pas l'estomac comme les capsules gélatineuses. Le salol-santal nous paraît être la préparation la mieux tolérée à cette période. Mais lorsqu'on administre un médicament par la bouche, on s'expose à irriter l'estomac, à troubler ses fonctions, ce qui met parfois le malade dans l'impossibilité de continuer son traitement aussi longtemps que cela serait nécessaire. C'est ce qui arrive tout particulièrement dans le cas où l'on se sert de balsamiques ou d'antiseptiques d'un goût ou d'une odeur désagréables. Aussi la pharmacie s'est-elle ingéniee à découvrir des procédés qui facilitent leur ingestion, et elle a créé les capsules. La thérapeutique est, sous ce rapport, redevable à Raquin d'un procédé d'enrobage des pilules par le gluten qui présente sur l'enrobage par la gélatine les plus grands avantages. Alors que cette dernière se contente de masquer le goût ou l'odeur des médicaments, la capsule de Raquin, à enveloppe de gluten, traverse l'estomac sans s'y dissocier, et ne se crève que dans l'intestin après y avoir subi l'action du suc pancréatique. On évite ainsi d'irriter la muqueuse de l'estomac et on épargne aux malades l'apparition de ces renvois et de ces éructations aussi désagréables pour eux que pour leur entourage. Rien d'ailleurs ne démontre mieux les avantages des capsules de Raquin que l'approbation de l'Académie de médecine qui, par l'organe des membres de la Commission, MM. Boullay, Planche,



Cullerier et Guéneau de Mussy, s'est exprimée en ces termes à leur sujet :

« 1° Les capsules de Raquin sont en général ingérées avec facilité ;

« 2° Elles ne causent dans l'estomac aucune sensation désagréable ; elles ne donnent lieu à aucune éructation. Il est probable qu'elles ne font que se ramollir dans l'estomac, et que c'est seulement dans l'intestin que le médicament est mis à nu ;

« 3° L'efficacité des capsules glutineuses n'a présenté aucune exception ;

« 4° Les capsules gélatineuses occasionnent souvent des renvois désagréables, comme toutes les préparations de copahu. Les capsules glutineuses n'en ont jamais causé dans tous les essais qui ont été tentés. »

Quoique la préparation des capsules Raquin nécessite des manipulations longues et délicates, on est parvenu à leur incorporer la plupart des substances dont les diverses périodes et les différentes formes de la blennorrhagie exigent l'emploi.

*Capsules Raquin au copahu pur*, renferment 50 centigrammes de principe actif, même quand un autre médicament lui est associé ; on en administre de deux à dix-huit par jour. Ces capsules sont additionnées, suivant les indications, de bismuth, de cubèbe, de fer (formes chroniques, sujets débilités), de santal, de goudron.

*Capsules Raquin au copahivate de soude*, possèdent,

à la dose de six par jour, une efficacité égale à celle des balsamiques les plus actifs. Elles offrent l'avantage de ne communiquer aucune odeur aux sueurs, aux urines.

*Capsules Raquin à l'essence de santal*, constituent un des meilleurs médicaments de la blennorrhagie et des maladies des voies urinaires. Tout le monde connaît l'odeur pénétrante que dégage cette essence, et qui trahit le malade partout où il se trouve ; pareil fait ne se produit pas à la suite de l'emploi des capsules Raquin et c'est là un des meilleurs critères de leur mode d'action.

*Capsules Raquin au salol*, contiennent chacune 25 centigrammes de salol. Elles se prescrivent à la dose de quatre à huit dans la blennorrhagie et constituent un des meilleurs antiseptiques des voies urinaires, car le salol se dédouble dans l'intestin en acide phénique et acide salicylique, qui sont tous deux éliminés par l'urine, le premier à l'état de phénylsulfate, le second en nature.

Il pourrait y avoir avantage dans certains cas à associer le salol à un balsamique et l'on aurait alors recours aux *capsules Raquin au salol copahivate, au salol-santal*. ®

*Capsules Raquin au rétinol*. Ce produit, qui provient de la distillation de la colophane, agit sur les écoulements comme antiseptique et comme isolant. D'après M. Vigier, ses effets seraient plus rapides que ceux des autres antiseptiques. Chaque capsule ren-



ferme 25 centigrammes de rétinol et la dose varie de quatre à douze par jour.

#### § IV. — Des complications.

Les complications de la blennorrhagie aiguë, sont les unes locales, les autres générales; celles locales comprennent les abcès péri-uréthraux, la balanoposthite, la cystite, l'orchite, la rétention d'urine, la prostatite.

Les complications générales comprennent : l'albuminurie, la fièvre, le rhumatisme articulaire : ce dernier existe aussi souvent après la disparition de la blennorrhagie.

Les abcès péri-uréthraux et la balanoposthite ne demandent pas d'étude spéciale.

*La cystite blennorrhagique* est une affection tout à fait spéciale; jusqu'à ces derniers temps, on n'admettait pas qu'elle pût être purement blennorrhagique; de nouveaux faits sont venus infirmer cette opinion; mais il est incontestable que les vraies cystites blennorrhagiques sont rares.

M. Wertheim vient de publier l'observation suivante : il s'agit d'une jeune fille atteinte de blennorrhagie, laquelle se complique d'une cystite purulente. Dans l'urine recueillie dans la vessie purulente, on trouva des gonocoques en grande abondance. M. Wertheim, s'aidant de la cystoscopie, enleva, au moyen d'une pince, une légère tranche de la mu-

queuse vésicale qu'il soumit à l'examen bactériologique et microscopique. La culture donna du gonocoque pur. Au microscope, on observa ce qui suit : la muqueuse contenait de grandes quantités de gonocoques. Les microorganismes formaient, dans cette muqueuse vésicale, de longues trainées; par endroits, ils constituaient de gros amas. Les gonocoques siégeaient surtout en dehors des cellules.

Les trainées formées par les gonocoques se continuaient dans le tissu sous-épithélial, envoyant même des prolongements fins jusque dans le tissu sous-muqueux.

La surface de la muqueuse était recouverte d'une couche de fibrine et de leucocytes contenant de nombreux gonocoques. La forme et la coloration du gonocoque étaient absolument caractéristiques.

Il est donc certain, d'après l'auteur, qu'il peut se rencontrer une véritable cystite gonococcique et que la muqueuse vésicale permet le développement de ce microbe, contrairement à l'assertion de Bumm.

M. Wertheim, de plus, au cours de ses examens, a pu déceler l'existence de gonocoques dans les vaisseaux capillaires sanguins de la muqueuse vésicale. Les gonocoques se trouvaient dans les capillaires et les veinules pré-capillaires du tissu sous-muqueux; on n'en trouvait pas dans les artérioles.

Cette constatation, absolument nouvelle, du passage possible du gonocoque dans le système sanguin, jette un jour nouveau sur les métastases et l'endo-



ferme 25 centigrammes de rétinol et la dose varie de quatre à douze par jour.

#### § IV. — Des complications.

Les complications de la blennorrhagie aiguë, sont les unes locales, les autres générales; celles locales comprennent les abcès péri-urétraux, la balanoposthite, la cystite, l'orchite, la rétention d'urine, la prostatite.

Les complications générales comprennent : l'albuminurie, la fièvre, le rhumatisme articulaire : ce dernier existe aussi souvent après la disparition de la blennorrhagie.

Les abcès péri-urétraux et la balanoposthite ne demandent pas d'étude spéciale.

*La cystite blennorrhagique* est une affection tout à fait spéciale; jusqu'à ces derniers temps, on n'admettait pas qu'elle pût être purement blennorrhagique; de nouveaux faits sont venus infirmer cette opinion; mais il est incontestable que les vraies cystites blennorrhagiques sont rares.

M. Wertheim vient de publier l'observation suivante : il s'agit d'une jeune fille atteinte de blennorrhagie, laquelle se complique d'une cystite purulente. Dans l'urine recueillie dans la vessie purulente, on trouva des gonocoques en grande abondance. M. Wertheim, s'aidant de la cystoscopie, enleva, au moyen d'une pince, une légère tranche de la mu-

queuse vésicale qu'il soumit à l'examen bactériologique et microscopique. La culture donna du gonocoque pur. Au microscope, on observa ce qui suit : la muqueuse contenait de grandes quantités de gonocoques. Les microorganismes formaient, dans cette muqueuse vésicale, de longues trainées; par endroits, ils constituaient de gros amas. Les gonocoques siégeaient surtout en dehors des cellules.

Les trainées formées par les gonocoques se continuaient dans le tissu sous-épithélial, envoyant même des prolongements fins jusque dans le tissu sous-muqueux.

La surface de la muqueuse était recouverte d'une couche de fibrine et de leucocytes contenant de nombreux gonocoques. La forme et la coloration du gonocoque étaient absolument caractéristiques.

Il est donc certain, d'après l'auteur, qu'il peut se rencontrer une véritable cystite gonococcique et que la muqueuse vésicale permet le développement de ce microbe, contrairement à l'assertion de Bumm.

M. Wertheim, de plus, au cours de ses examens, a pu déceler l'existence de gonocoques dans les vaisseaux capillaires sanguins de la muqueuse vésicale. Les gonocoques se trouvaient dans les capillaires et les veinules pré-capillaires du tissu sous-muqueux; on n'en trouvait pas dans les artérioles.

Cette constatation, absolument nouvelle, du passage possible du gonocoque dans le système sanguin, jette un jour nouveau sur les métastases et l'endo-



cardite gonococciques. Le gonocoque, tout en étant en général un parasite des muqueuses, ne se distingue donc pas essentiellement des agents pyogènes ordinaires.

M. Finger a parfaitement raison d'écrire que la cystite est confondue généralement avec l'urétrite postérieure aiguë qui est bien plus fréquente que la cystite vraie. Ce qui est certain, c'est que le diagnostic n'est pas facile : heureusement que le traitement est toujours le même, que l'on ait affaire à une urétrite postérieure, à une uréthro-cystite ou à une cystite.

Le traitement véritable dans l'uréthro-cystite, c'est l'emploi du nitrate d'argent en instillations, lors même que l'état est très aigu; on y adjoint les calmants : morphine, belladone. Les doses de nitrate doivent être assez fortes, 1 p. 23, 1 p. 40; X à XVI gouttes déposées dans l'urèthre postérieur; le résultat sera encore meilleur si la vessie est d'abord vidée, soit par la miction naturelle, soit par la sonde.

M. Guyon a établi de la façon la plus méthodique que là où les instillations faisaient merveille, les lavages vésicaux étaient mauvais, et qu'il faut attribuer ces différences non à la dose du liquide injecté mais au procédé employé. Ces résultats sont dus à ce que, avec les instillations, on ne met pas la vessie en tension, et que grâce à la petite quantité employée, il est plus facile d'obtenir et la durée du contact et l'élévation de la dose.

D'après M. Guyon, les premières instillations doivent être discrètes, ne pas dépasser XX à XXX gouttes. Mais il est presque toujours possible d'arriver à abandonner dans la vessie tout le contenu de la seringue à instillations, soit 4 grammes. Plus la douleur est vive, plus la dose doit être modérée. Dans la majorité des cas de cystite blennorrhagique subaiguë, il est suffisant d'injecter X à XV gouttes d'une solution à 1 p. 50.

On peut obtenir l'antisepsie dans les cystites au moyen des capsules Raquin à la térébenthine, à l'essence de santal, au salol, au salol-santal ou à l'ichthyol.

M. Meynier dit avoir obtenu d'excellents résultats par l'emploi du salicylate de soude. La question des doses de ce médicament joue un grand rôle dans les effets que l'on peut en attendre : elles doivent être considérables et proportionnées à l'intensité de la complication. La dose moyenne est de 6 grammes, qu'il faut donner d'emblée ; elle suffit généralement à obtenir, dès le deuxième jour, une diminution des symptômes fonctionnels et des phénomènes fébriles quand ils existent. Si, par hasard, cette dose est insuffisante, il faut l'augmenter successivement en la portant jusqu'à 8 et 10 grammes. Le sel, en solution plus ou moins diluée, est administré au malade par doses fractionnées toutes les heures ou de deux en deux heures. Une fois la disparition des symptômes fonctionnels obtenue, il faut avoir grand soin de ne



pas cesser brusquement la médication : on doit se contenter d'abaisser progressivement la dose de 1 gramme par jour ; parvenu à 3 grammes, on continuera l'administration jusqu'à ce que toute chance de retour paraisse écartée. Quand l'affection est chronique, le médicament réussit moins bien et peut même échouer.

Diday employait le traitement suivant :

Boire trois ou quatre fois par jour un grand verre de tisane de graine de lin émulsionnée ou d'orgeat. Au cas où les envies d'uriner deviendraient plus fréquentes, doubler momentanément cette quantité de boisson.

Appliquer au bas des reins un emplâtre stibié de 12 centimètres. Ne l'ôter que lorsqu'il aura fait sortir quelques boutons. (Dans les cas peu graves, on remplace cet emplâtre par des frictions faites vivement, un jour sur l'hypogastre, le jour suivant sur les reins, avec une flanelle humectée d'essence de térébenthine.)

Résister à l'envie de pousser fortement les dernières gouttes d'urine (précaution qui a constamment une heureuse et immédiate influence sur les ténésmes et sur l'exhalation sanguine).

Délayer, dans trois verres de tisane qu'on prend par jour, la poudre de l'un des paquets suivants :

Poudre de sucre. . . . .	45 grammes.
Poudre de feuilles de jusquiame. . . . .	1 —

Méler et diviser en sept paquets.

Ceci est la narcotisation lente, insensible, que l'on obtient également par les onctions au périnée avec une pommade belladonnée ou un suppositoire contenant de 1 à 2 décigrammes d'extrait de belladone.

Mais si la douleur résiste et presse, porter la dose jusqu'à un commencement d'effet toxique, soigneusement surveillé.

Ainsi :

Pendant une matinée et à jeun, boire toutes les demi-heures une cuillerée à bouche de : infusion de 3 grammes de jusquiame dans 100 grammes d'eau bouillante.

On cesserait d'en boire si, avant d'avoir terminé cette dose, on sentait la bouche sèche et un peu d'assoupissement.

Le docteur Balzer emploie la méthode thérapeutique suivante dans la cystite blennorrhagique. « Une des complications les plus fréquentes de la blennorrhagie, la cystite, peut se présenter dès la première semaine de la blennorrhagie ; mais le plus habituellement elle survient la quatrième ou la cinquième semaine. La cystite est due au microbe de la blennorrhagie, mais aussi au staphylocoque, au streptocoque et au coli-bacille. Elle s'annonce par des mictions fréquentes, l'urine est trouble, l'hématurie est fréquente. »

« Le repos au lit a des effets véritablement abortifs. Au bout de vingt-quatre heures, l'amélioration est considérable. Soumettre immédiatement le malade



au régime lacté absolu intégral. Le lait a des effets antiseptiques et aseptiques incontestables. Chez les sujets qui ne supportent pas le lait, on le remplacera par les tisanes qui, certainement, ne valent pas le lait. Déjà avec ce traitement l'urine change d'aspect.

« Le lait est un médicament de premier ordre dans la cystite blennorrhagique, et tel qu'il l'emporte sur les autres remèdes qu'on administre par la voie digestive. Ses effets sont surtout évidents lorsqu'on essaie de supprimer le régime lacté à la période de déclin de la cystite; les rechutes alors ne sont pas rares, et l'on est obligé de le prescrire de nouveau.

« On s'efforce toujours, avec raison, d'obtenir l'antiseptie des voies urinaires par l'intermédiaire de l'urine rendue antiseptique par l'élimination de certains médicaments. Parmi ceux qui sont fréquemment employés, nous citerons tout d'abord les alcalins, le bicarbonate de soude notamment, à la dose de 5 à 10 grammes par jour. Mais nous employons surtout le salicylate de soude qui, à notre avis, est préférable au biborate de soude et au salol, également très employés. A la dose de 4 à 5 grammes par jour, il maintient l'acidité de l'urine plus que le biborate. Le salicylate de soude, que nous associons volontiers au bicarbonate de soude pour en composer une limonade, nous paraît le meilleur des antiseptiques alcalins employés dans la cystite blennorrhagique.

« On emploie encore le chlorate de soude, le benzoate de soude; les balsamiques sont surtout indiqués à l'état chronique.

« Parmi les balsamiques, la térébenthine, le santal et le copahu, sous la forme de capsules Raquin, sont les trois médicaments de choix. On peut annexer les balsamiques au salicylate de soude ou au biborate de soude.

« On prescrira aussi les suppositoires à la cocaïne, à la belladone, à l'opium, à l'ichthyol; des lavements laudanisés, des compresses très chaudes au périnée. Un moyen que j'ai peu employé, mais qui est très en faveur à Lyon et qui, paraît-il, donne de bons résultats, c'est l'introduction dans le rectum de petits morceaux de glace. On prescrira enfin des bains tièdes.

« Chez certains malades, l'hématurie survient dès le début de la blennorrhagie. On peut ne pas en tenir compte, car généralement elle disparaît après un repos de quelques jours. Mais quelquefois elle persiste, l'urine continue à être teintée en rouge. Le meilleur moyen pour arrêter cette hémorrhagie consiste en instillations d'antipyrine à 1 p. 20. »

Dans certains cas, où les douleurs ne sont pas trop vives, j'ai recouru aux lavages vésicaux pratiqués d'après les règles connues.

1° Lavages à l'eau boriquée avec la sonde et la seringue ou l'appareil de Duchastelet.



2° Introduction dans la vessie de 125 grammes d'une solution d'antipyrine à 2 ou 5 p. 100; la laisser un quart d'heure.

3° Introduction en 2 ou 3 seringues de 125 grammes d'une solution argentine de 1/1 000 à 1/500; la laisser 2 ou 3 minutes.

4° Terminer par des lavages à l'eau boriquée.

5° Laisser dans la vessie un peu d'eau boriquée.

*De l'orchite.* — Je ne m'occuperai pas ici de l'étiologie de l'orchite : cette affection est-elle produite par un microbe spécial ou par le gonocoque ou ses toxines, peu importe pour le traitement. Ce dernier paraît, actuellement, se renfermer dans l'expectation et dans la favorisation, si l'on peut employer cette expression, de tout ce qui peut amener l'évolution et la résolution spontanée.

Le traitement antiphlogistique, compresses froides, glace, constriction, émissions sanguines, bien qu'encore utilisé, est d'un usage de moins en moins fréquent. On a préconisé le stypage, les badigeonnages au gâiacol.

M. Dormand a consigné dans sa thèse les résultats qu'on peut obtenir du traitement interne dans l'orchite blennorrhagique.

« C'est la teinture d'anémone pulsatile qui a été expérimentée. Tous les malades reçus au hasard à l'hôpital, sans distinction de la gravité des cas, ont été traités par la teinture, les uns dès le jour de l'entrée, les autres dès le lendemain. Ils n'étaient soumis

à aucun autre traitement et restaient levés à moins de douleurs trop vives. Or, sur 35 malades, la durée moyenne du traitement a été de onze jours, chiffre relativement faible si l'on veut tenir compte que bien souvent la teinture a été administrée encore quelques jours alors que tout signe inquiétant avait disparu. Il est remarquable que le symptôme douleur est celui qui a été modifié le plus rapidement; bien souvent il avait disparu dès le premier jour. Cette durée paraît sensiblement inférieure à celle que donnent les autres modes de traitement.

« Le mode d'administration consiste à donner simplement une potion ainsi formulée :

Sirop de sucre . . . . .	120 grammes.
Teinture de pulsatile . . . . .	XXX gouttes.

à prendre par demi-cuillerées à bouche toutes les deux heures. »

La véritable thérapeutique s'appuie sur l'excellent suspensoir d'Horand-Langlebert, qui permet au malade de ne pas rester au lit et donne d'excellents résultats.

Voici quelles en sont les pièces : une couche épaisse de coton enveloppe d'abord tout le sac scrotal, vient ensuite une toile caoutchoutée percée d'un trou pour le passage de la verge; enfin, un suspensoir en toile, assez large, semblable aux suspensoirs ordinaires, n'était que les bords latéraux sont échan-crés, et qu'en ce point, deux petits lacets permettent



de rétrécir plus ou moins la poche. Les bourses sont ainsi comprimées et relevées. J'engage à y ajouter les deux bandes sus-pubiennes de mon suspensoir, indiquées plus haut (page 86). L'action de cet appareil est vraiment bien efficace. Les malades qui, sans cela, ne pourraient se mouvoir sans de violentes douleurs, éprouvent, dès que le suspensoir est appliqué, un grand soulagement; ils peuvent vaquer à leurs occupations. Dans le cas où le cordon spermatique est très enflammé et très gonflé, le suspensoir n'est pas aussi bien supporté. Il est laissé en place quelques jours en renouvelant l'ouate tous les jours. Les lacets du suspensoir sont resserrés le plus possible pendant le jour et relâchés pendant la nuit.

Dans certains stades de l'orchite blennorrhagique, on peut retirer un grand bénéfice du traitement par le gaïacol appliqué en pommade de 5 à 10 p. 100.

A la période subaiguë, on obtient la guérison après neuf à douze jours, avec résolution presque complète de l'induration de l'épididyme. La température subit peu de modification. La sensibilité à la douleur, si développée chez certains individus, diminue notablement après la première application de la pommade. On observe souvent à la partie supérieure du scrotum, à la suite de ce traitement, un eczéma, qui disparaît par la simple application de compresses boriquées.

Le gaïacol est indiqué à cause de son pouvoir antiphlogistique, anesthésique et résolutif dans la

période subaiguë de l'orchite blennorrhagique, de même que dans l'orchite traumatique.

Pendant toute la durée de l'orchite, on cesse tout traitement; puis les instillations dans l'urèthre postérieur sont reprises avec la sonde à instillations.

Je répéterai ici, incidemment, qu'en règle générale toute instillation ou injection dans l'urèthre postérieur doit être faite avec la sonde. Il faut toujours être sûr, dans le traitement de la blennorrhagie postérieure, de l'arrivée du liquide dans cette portion du canal, car cette blennorrhagie ne guérit pas d'elle-même.

Dans certains cas d'orchite, la gravité des phénomènes fait penser à la péritonite: le ventre est excessivement sensible à la pression, il existe de la fièvre, des vomissements ou des nausées; on sent une résistance sur l'un des côtés du petit bassin; le malade produit l'impression d'être gravement atteint et présente un état pseudo-typhique. Ces cas cèdent quelquefois rapidement; mais, dans d'autres, l'affection se prolonge, la fièvre devient irrégulière, et on est obligé d'admettre une pelvi-péritonite.

Comment cette péritonite se produit-elle? On pense que l'infection peut se faire: 1° par les vaisseaux du cordon spermatique; 2° par l'ampoule du canal déférent; 3° par les lymphatiques du canal déférent découverts par Zeissl et Horovitz. Ces vaisseaux lymphatiques accompagnent le canal jusqu'au fond de la vessie, se portent ensuite sous le péritoine,



vers la paroi postérieure du bassin, et se terminent par un ganglion qui se trouve tantôt sur la veine iliaque interne, tantôt au bord de la grande échancrure sciatique, tantôt dans le voisinage de l'artère obturatrice.

*La rétention d'urine.* — La rétention d'urine peut se rencontrer dans le cours d'une blennorrhagie aiguë. Dans ce cas, comme elle est due à un spasme du col vésical, le traitement antiphlogistique et calmant est de règle; le cathétérisme ne doit être utilisé que le plus rarement possible et comme *ultima ratio*.

*Prostatite.* — La prostatite sera traitée comme la prostatite due à d'autres causes. Schultze, estimant que le traitement de la prostatite aiguë se fait toujours tardivement, que bien souvent l'abcès s'ouvre spontanément soit dans l'urèthre soit dans le rectum, eut l'idée d'intervenir de bonne heure et de tracer en quelque sorte au pus la voie qu'il devrait suivre.

Il est évident que pour cette intervention précoce il faut avoir des points de repère qui indiqueraient que la collection purulente commence à se faire dans la prostate.

L'auteur croit les avoir trouvés dans les phénomènes suivants : élévation considérable de température atteignant 39° et 40° avec rémission matinale ne dépassant pas 1°, frissons, difficultés de la mic-

tion et même l'anurie; effacement commençant des limites de la prostate.

Dès que ces symptômes apparaissent, Schultze croit nécessaire d'intervenir, et voici de quelle façon il procède :

Il fait une incision médiane sur le périnée, qui va jusqu'à la paroi antéro-inférieure du sac de Retzius; il pénètre ensuite avec le doigt dans ce sac, ce qui détermine une hémorrhagie peu considérable provenant du plexus veineux de Santorini, examine la prostate dans toute sa longueur, trouve le point moins résistant que le reste de la glande et, avec un bistouri guidé par le doigt, pratique une incision longitudinale.

La cavité purulente lavée, il y introduit un gros drain qui reste dans la plaie plus ou moins longtemps; plus l'incision est précoce et moins longtemps on est obligé de le laisser.

L'opération est pratiquée le malade étant plongé dans la narcose; cette indication à son importance, car on pourrait être tenté de faire l'opération avec anesthésie locale et l'on pourrait avoir des mécomptes. L'auteur raconte, en effet, que dans un cas où il eut recours à la cocaïne, il a été obligé de s'arrêter avant l'incision de la prostate, car le malade avait commencé à souffrir et, par ses mouvements, empêchait de continuer l'opération.

Le nombre des malades opérés d'après ce procédé a été de trois. Tous ont guéri.



M. le Dr Horovitz, dans le *Centralb. f. d. ges. Therapie*, février 1897, passant en revue les diverses complications de la blennorrhagie, résume en quelques mots, les résultats de sa pratique.

« 1° *Balanite*. — Nettoyage avec de l'ouate phéniquée, application de poudres siccatives (tanin et dermatol àà., p. ex). En cas d'ulcérations du prépuce, iodoforme.

2° *Lymphangite*. — Enveloppements froids humides; balsamiques à l'intérieur.

3° *Crêtes de coq*. — Curetage des condylomes, la peau étant préalablement bien désinfectée et fortement tendue. On touche ensuite la plaie avec le crayon de nitrate d'argent; pansement antiseptique. L'hémorrhagie est négligeable. Les condylomes qui ne dépassent pas encore le niveau de la peau seront cautérisés avec :

Oxyde de plomb. . . . .	0 <sup>gr</sup> ,25
Potasse caustique. . . . .	7 <sup>gr</sup> ,50

Une goutte du mélange déposée sur le condylome suffit pour le détruire.

4° *Infiltrations et abcès péri-uréthraux*. — Désinfection minutieuse du canal, balsamiques à l'intérieur, application locale du froid. Ouvrir de suite cet abcès s'il en existe.

5° *Cowpérite*. — Même traitement; en cas d'abcès, lavages avec l'eau phéniquée à 6 p. 100, ou tamponnement à la gaze iodoformée de la cavité.

6° *Epididymite, funite, etc.* — Repos au lit; application du froid ou d'une couche épaisse du mélange suivant: argile des potiers, vinaigre et eau, dont on fait une pâte épaisse qu'on étend sur un linge. Cette méthode calme très efficacement les douleurs. Les névralgies testiculaires, si tenaces, céderont parfois facilement à des injections sous-cutanées de cocaïne (10 centigrammes à 20 centigrammes par injection).

7° *Prostatite*. — En dehors de la médication classique, l'auteur n'a pas eu à se louer, surtout dans les cas aigus, du massage de la glande, préconisé par divers auteurs.

8° *Cystite*. — Salol ou santal à l'intérieur, tisanes diurétiques, lavages intra-vésicaux avec 100 grammes d'une solution tiède de nitrate d'argent à 1 p. 10 000. Le bleu de méthylène en pilules de 0<sup>gr</sup>,3 (trois à quatre par jour) a donné de bons résultats dans les cas où les symptômes cliniques persistent après disparition des lésions constatée par l'examen endoscopique. »

*Albuminurie*. — L'albuminurie doit être regardée comme une complication de la blennorrhagie. MM. Balzer, Jacquemin et Souplet pensent, d'après leur observation, qu'on la rencontre dans 12 p. 100 des cas.

Elle peut être latente et légère ou assez grave; la première, la plus fréquente, ne se décèle par aucun



signe en dehors du fait de l'existence de l'albumine dans les urines. Elle évolue d'une façon latente; rien ne la fait prévoir, rien, dans la suite, ne peut faire soupçonner qu'elle existe.

La seconde, de beaucoup plus rare (nos confrères ne l'ont observée que dix fois), se manifeste d'abord par un état gastrique avec inappétence survenant brusquement et augmentant dans la suite. La langue offre un aspect caractéristique : elle est très saburrale, toujours humide, large, mais non épaissie, d'aspect plutôt blanchâtre que franchement sale. L'état gastrique paraît être en corrélation étroite avec l'albuminurie; il dure autant qu'elle. En même temps, on observe une série d'autres symptômes : céphalalgie assez intense avec prostration, abattement, inactivité motrice et cérébrale; courbature avec douleurs rénales ou lombaires; pâleur des tissus, en particulier de la face, sans bouffissure ni œdème; fièvre peu élevée, oscillant entre 38° et 39°; parfois sueurs profuses.

Ce tableau clinique est, comme on le voit, celui d'une maladie infectieuse.

La durée des albuminuries blennorrhagiques est tout à fait incertaine. D'après les relevés de MM. Balzer et Souplet, l'albuminurie traitée dure de six à huit jours, rarement quinze à vingt, plus rarement encore au delà de cette période de temps.

On comprend que l'albuminurie constitue un élément de pronostic important dans les cas de blennorrhagie.

Elle donne, d'une part, la mesure de l'extension prise par l'affection, ainsi que des indications pour le traitement et le régime; d'autre part, elle invite à surveiller le malade au point de vue de son avenir, l'albuminurie blennorrhagique, même passagère, pouvant jouer le rôle de facteur étiologique dans des affections rénales subséquentes.

Il est donc important que dans toute blennorrhagie les urines soient examinées au point de vue de l'albuminurie. Si l'on en rencontre, la défense des balsamiques s'impose et le malade sera mis au régime lacté et au repos absolu. Cette albuminurie est plus fréquente dans les cas d'urétrite. M. Guéraud donne la statistique suivante : sur 65 cas de blennorrhagie à l'état aigu, l'albuminurie existait deux fois, 1 fois dans 18 cas d'orchite simple blennorrhagique, 9 fois sur 13 cas d'orchite double et 4 fois sur 12 blennorrhagies chroniques.

La cystite vient après l'orchite comme cause prédisposante. On peut en conclure que les complications de la blennorrhagie prédisposent d'une manière générale à des déterminations rénales.

*Fièvre.* — La fièvre est très rare dans la blennorrhagie aiguë. ®

*Blennorrhagie articulaire.* — Cette affection est encore à l'étude; de nombreuses observations permettent cependant d'avoir des données à peu près certaines sur l'étiologie, le diagnostic et le trai-



tement. Je rapporterai seulement quelques-unes de ces observations.

M. Bécclère a relaté deux observations de rhumatisme blennorrhagique, l'une chez une petite fille de 5 ans et demi, l'autre chez un sujet plus jeune encore, une fillette de 20 mois. Chez la petite fille, il existait au poignet gauche tous les signes non seulement d'une arthrite radio-carpienne mais d'une synovite tendineuse des extenseurs ayant l'aspect complet d'un rhumatisme blennorrhagique : de la vulve s'écoule un pus verdâtre, avec mictions douloureuses et fréquentes. On apprend que la fillette a été contaminée par un apprenti de 16 à 17 ans, blennorrhagique; cependant on ne découvre pas de gonocoques dans le pus. L'enfant, traité par l'immobilisation et la compression ouatée, guérit en quinze jours de son arthrite. Dans le second cas, c'est au cours d'une vulvo-vaginite dérivant d'une contagion, *gonorrhæa insontium*, accidentelle et familiale, qu'est survenu le rhumatisme blennorrhagique. Celui-ci siège dans le cou-de-pied droit qui est gonflé : la peau en cet endroit, est œdématisée et présente une légère coloration vive; douleurs à la pression, pus épais, verdâtre, surtout de la vulve; pas d'examen bactériologique.

L'auteur conclut de ces deux observations que : 1° le rhumatisme blennorrhagique peut se présenter chez les enfants comme chez les adultes et l'âge seul ne doit être en aucun cas suffisant pour élimi-

ner cette affection du diagnostic lorsque l'ensemble des phénomènes cliniques y fait songer; 2° l'origine manifestement non vénérienne d'une vulvo-vaginite chez une petite fille, si jeune qu'elle soit, qui présente des manifestations articulaires, ou péri-articulaires, plus ou moins analogues à celles du rhumatisme blennorrhagique, n'est pas une raison pour écarter l'idée de cette affection; il faut tenir compte de la fréquence de la *gonorrhæa insontium*.

M. Deutschmann a rapporté le fait suivant : « Le neuvième enfant d'une femme atteinte de gonorrhée chronique est pris de conjonctivite blennorrhagique et, trois semaines après, d'arthrite aiguë du genou. La sécrétion conjonctivale, de même que le liquide retiré par ponction du genou, renfermaient des gonocoques. »

M. Thibierge a publié dans *la Semaine médicale* une observation très intéressante d'un malade qui eut, à très peu d'intervalle, le rhumatisme vrai et le rhumatisme blennorrhagique.

M. Stern a rapporté un cas d'arthrite de l'articulation tibio-tarsienne gauche survenu dix jours après le début d'une gonorrhée aiguë et ayant résisté à la révulsion et au salicylate. La ponction de l'articulation permit de retirer une certaine quantité de liquide où l'examen microscopique montra la présence des gonocoques.

Le rhumatisme blennorrhagique est mono-articu-



laire dans la majorité des cas; l'articulation qui paraît le plus souvent atteinte est celle du genou, puis celle tibio-tarsienne, celle du poignet. Parmi les synovites des gaines tendineuses qu'on observe dans le cours de la blennorrhagie, celle de l'extenseur commun des doigts, du fléchisseur du pouce et du fléchisseur des orteils sont très fréquentes.

On a pensé que le rhumatisme vrai et le rhumatisme blennorrhagique avaient des manifestations articulaires différentes dans leur localisation, leurs caractères cliniques, leur évolution.

M. Finger pense qu'au contraire la forme blennorrhagique se caractérise moins par ses symptômes que parce que 1° elle survient au cours d'une blennorrhagie et guérit souvent en même temps; 2° qu'elle réapparaît avec une nouvelle infection; 3° elle montre une grande tendance à devenir subaiguë et chronique.

Comme diagnostic, le rhumatisme articulaire est souvent mono-articulaire ou n'intéresse que deux ou trois articles, rarement davantage; les phénomènes aigus sont généralement modérés et de durée relativement courte; d'autres auteurs cependant donnent pour symptômes: arthrite violente, avec rougeur, gonflement, douleur-intense à la pression et pendant les mouvements.

La température s'élève rarement de 1° à 2° au dessus de la normale; la fièvre et la douleur ne pré-

sentent ni rémissions ni exacerbations aiguës; la douleur, plus intense la nuit, est constante.

Le meilleur diagnostic est basé sur le traitement. La quinine, le salicylate de soude, l'antipyrine apportent très rapidement dans le rhumatisme ordinaire la chute de la température et la disparition des douleurs; ces moyens sont loin d'être aussi efficaces dans le rhumatisme blennorrhagique.

M. Fournier a fait remarquer que le rhumatisme blennorrhagique était quelquefois précédé de l'ophtalmie rhumatismale: il a beaucoup insisté sur l'apparition des phénomènes rhumatismaux à quelque distance au delà de la guérison de la blennorrhagie.

M. Jacquet, après avoir rappelé la place que tient dans l'histoire de la blennorrhagie la *douleur du talon* signalée pour la première fois par Swediaur dit que les causes prédisposantes et la pathogénie des arthropathies blennorrhagiques sont encore fort obscures; il n'admet pas la mise en action par l'infection uréthrale de la diathèse rhumatismale héréditaire ou acquise; il croit plutôt à l'influence de la fatigue et du surmenage.

Les recherches microbiennes appliquées aux arthrites ont donné jusqu'à présent des résultats fort incohérents; les unes ont trouvé le gonocoque, les autres des microbes pyogènes; d'autres, enfin, n'ont trouvé aucun microorganisme dans les liquides articulaires.

Le traitement est jusqu'ici des plus ingrats.



Dans une thèse faite en 1890, M. Miropolsky recommande pour le traitement de l'arthrite blennorrhagique le cataplasme de Trousseau.

Ce cataplasme se prépare de la manière suivante, On prend 1 à 2 kilogs de mie de pain coupée en petits morceaux et trempée dans l'eau pendant cinq minutes ; puis on la débarrasse de cette eau. La pâte ainsi pétrie est étalée sur une compresse de toile ayant la forme d'un rectangle allongé ; on étend sur la surface une mixture composée de :

Camphre . . . . .	7 grammes.
Extrait d'opium . . . . .	3 —
Alcool . . . . .	Q. s.

Puis un peu d'alcool camphré. S'il y a de fortes douleurs, on peut ajouter de l'extrait de belladone à la dose de 3 grammes. Le tout est assujetti par des bandes sur l'articulation malade, qui est immobilisée. Le cataplasme est enlevé du dixième au douzième jour ; il peut être renouvelé dans les mêmes conditions s'il est nécessaire.

Cependant il y a deux contre-indications à l'emploi de ce traitement : 1° quand la douleur est par trop vive — il faut attendre alors l'apaisement relatif de la douleur ; 2° quand il y a un épanchement abondant — dans ce cas, on doit d'abord évacuer le liquide.

M. Jullien a préconisé les injections de sublimé.

M. Raymond prescrit le salophène à la dose de 4 grammes par jour en cachets de 1 gramme.

Le traitement suivant, employé à la policlinique

chirurgicale de M. Schüller, privat-docent de chirurgie à la Faculté de médecine de Berlin, donne, paraît-il, d'excellents résultats dans les arthrites blennorrhagiques, contre lesquelles tous nos médicaments, si efficaces dans le rhumatisme articulaire aigu (salicylate de soude, antipyrine, etc.), se montrent, comme on sait, impuissants.

Il est à la fois général et local.

Le traitement général, de beaucoup le plus important, consiste dans l'administration de l'iodure de potassium à doses fréquemment répétées.

On prescrit :

Iodure de potassium . . . . .	5 grammes.
Eau distillée . . . . .	150 —

A prendre par cuillerées à bouche toutes les une à deux heures (suivant l'intensité des symptômes), pendant deux à trois jours de suite.

Déjà au bout de quelques heures, on constate habituellement une amélioration considérable des symptômes, surtout de la douleur. Puis la fièvre et les épanchements articulaires diminuent. Ce résultat est particulièrement frappant dans les cas où l'iodure de potassium est employé après que le salicylate de soude a été administré en vain. L'iodure de potassium se montre actif contre toutes les formes d'arthrite blennorrhagique : forme chronique, subaiguë et aiguë, mais il est surtout efficace dans la forme aiguë.



Comme traitement local, on applique sur les articulations malades des compresses froides phéniquées (à 1 p. 100) ou salées dans les cas aigus, et, dans les cas chroniques, l'onguent gris ou l'emplâtre mercuriel. Le repos au lit et l'immobilisation du membre (s'il le faut au moyen d'appareils) sont de rigueur. Lorsque, après la disparition des symptômes aigus, l'épanchement articulaire persiste, on continue l'application des compresses humides en les faisant alterner avec la compression élastique de l'articulation au moyen de bandes en caoutchouc. Les rétractions cicatricielles et les infiltrations dures, que, dans quelques cas, on observe comme reliquats de la maladie, sont tributaires du massage et de la balnéothérapie.

Si l'épanchement articulaire est très abondant, on fera bien, avant de donner l'iodure de potassium, de procéder d'abord à une ponction évacuatrice. Après cette opération, l'action du médicament sera alors plus rapide et plus sûre.

M. Lassalle, dans le numéro du 16 juin 1894 du *Montpellier médical*, après avoir indiqué les principales formes de l'arthrite blennorrhagique et leur traitement, conclut que l'arthrotomie constitue un mode d'intervention parfaitement recommandable dans toutes les formes d'arthrite blennorrhagique autres que la forme arthralgique simple. Cette opération convient surtout aux cas graves qui s'accompagnent de douleurs excruciantes et compromettent par

leur marche rapide et fatale vers l'ankylose les fonctions du membre.

M. Balzer emploie les bains théréthinés.

On prépare un mélange avec :

Émulsion de savon noir. . . . .	200 grammes.
Essence de théréthine. . . . .	100 —

Si l'on veut faire prendre un bain général, il faut d'abord tâter la susceptibilité du malade et commencer par 200 grammes du mélange en allant en progressant jusqu'à 500 grammes.

En ce qui concerne les bains locaux, des doses plus considérables peuvent être employées (40 à 50 grammes). Le malade les prendra aussi chauds que possible et d'une durée de dix minutes à un quart d'heure. S'il s'agit d'un rhumatisme au bras, on peut utiliser une poissonnière. Pour la jambe, il faut une baignoire spéciale.

On emploie ces bains quand les phénomènes aigus sont passés.

M. Rendu fait remarquer combien, dans le rhumatisme blennorrhagique, la médication interne reste impuissante; il n'y a, en effet, à compter ni sur le salicylate de soude, ni sur l'antipyrine, ni sur le salol. Le salophène a paru avoir une certaine action sur certains cas de rhumatisme blennorrhagique; enfin l'iodure de potassium, si vanté par quelques auteurs, est à peu près sans utilité.

Tous ces médicaments sont donc à peu près illu-



soires. M. Rendu considère que le véritable traitement du rhumatisme blennorrhagique est celui de la blennorrhagie elle-même. Il faut détruire le gonocoque dans les foyers où il se reproduit sans cesse et d'où il part pour infecter l'économie. Pour arriver à ce but, il existe divers procédés, mais le meilleur, sans contredit, consiste dans les grands lavages de l'urèthre avec la solution de permanganate de potasse. Très rapidement alors on voit l'arthropathie se modifier; au bout de deux ou trois jours déjà cette modification est très sensible, les empâtements, les œdèmes, les douleurs disparaissent très vite, et la guérison ne tarde pas à s'affirmer. Aussi les injections sont-elles d'autant plus efficaces qu'elles sont faites à une époque plus rapprochée du début de la maladie, mais, lorsque l'arthrite existe depuis longtemps, l'action curatrice ne se manifeste plus et il faut employer d'autres moyens.

Dans les cas tenaces et qui ne cèdent pas à cette méthode de traitement, M. Rendu a employé plusieurs fois avec succès la ponction suivie de l'injection dans l'articulation d'une ou deux seringues de Pravaz d'une solution de sublimé au 1 p. 4 000. Mais dans les cas graves, suppurés, l'arthrotomie est le procédé de choix, et, avec les garanties données par la chirurgie actuelle, elle peut être faite sans danger.

Lorsqu'on a soin de ne pas immobiliser l'articulation trop longtemps, on n'a pas à redouter l'anky-

lose, mais il y a souvent des raideurs et des atrophies qu'il faut combattre par les révulsifs, les pointes de feu surtout, le massage, la mobilisation et l'électrisation.

M. Bennecke a eu l'occasion d'observer à la clinique de M. König, dans le courant des seize derniers mois, 38 cas d'arthrite blennorrhagique (15 hommes, 23 femmes). Dans plusieurs de ces cas, l'affection était multiple, de sorte que le total les articulations atteintes s'élève à 58, dont 3 arthrites bilatérales au genou. Chez les sujets atteints de polyarthrite, une jointure ou deux se trouvaient toujours plus malades que les autres. Dans tous les cas, l'écoulement persistait encore au début de l'arthrite. Parfois l'arthrite se manifestait en même temps que l'infection uréthrale, tandis que d'autres fois, l'apparition de l'infection gonorrhéique remontait à plusieurs années. Le début de l'arthrite, généralement brusque, a été, chez quelques sujets, occasionné par des traumatismes ou des refroidissements.

Au point de vue clinique, on peut distinguer les quatre formes suivantes: 1° la forme légère, qui se traduit par un épanchement séreux sans épaissement de la capsule; 2° l'épanchement séro-purulent, avec épaissement de capsule; 3° l'empyème de la jointure; 4° la forme phlegmoneuse, qui représente la manifestation la plus grave de l'affection.

Dans un seul cas compliqué de pyélocystite, l'issue fut fatale. Dans tous les autres, la guérison s'effec-



tua au bout d'un laps de temps plus ou moins long. Chez de nombreux malades, l'auteur a noté une tendance prononcée à la formation rapide d'ankyloses. Chez quelques-uns mêmes, il a été impossible d'empêcher cette complication de se produire.

Le traitement a consisté dans la ponction et l'injection d'une solution d'acide phénique. En cas de phlegmon, l'application de teinture d'iode a rendu de bons services; trois fois on a été obligé de pratiquer l'arthrotomie. Après la disparition des symptômes aigus, la jointure était provisoirement immobilisée à l'aide d'un appareil plâtré, quitte à la mobiliser plus tard sous le chloroforme. En dernier lieu, on donnait des bains et on faisait des massage.

Dans aucun cas, on n'a trouvé de gonocoques, tandis qu'on a constaté à plusieurs reprises la présence de staphylocoques, streptocoques ou diplocoques.

Quant aux résultats obtenus, les pieds et les mains ont conservé leur mobilité; le coude n'a jamais recouvré la sienne; pour le genou, les effets du traitement ont été bons dans la moitié des cas; la hanche présentait toujours une forte tendance à la contracture et à la destruction des surfaces articulaires, de sorte qu'ici l'on a été obligé de recourir à l'extension permanente.

## II. — DE LA BLENNORRHAGIE CHRONIQUE

### § I. — Considérations générales.

M. Finger commence ainsi le chapitre relatif au traitement de la blennorrhagie. « Il n'est peut-être pas en médecine de chapitre mieux fourni que celui que nous abordons : il n'est guère, en effet, d'affection qui ait suscité autant que la blennorrhagie des interventions aussi multiples que contradictoires, à laquelle on ait opposé simultanément ou successivement un aussi grand nombre de remèdes et de moyens curatifs.

« Malgré tout, peut-être aussi à cause de la multiplicité de toutes ces soi-disant ressources, le traitement de la chaude-pisse est un des plus ingrats que peut offrir la pratique médicale. »

Il faut encore pousser au noir ces lamentations médicales en ce qui concerne le traitement de la blennorrhagie chronique, ce n'est cependant pas une raison pour désespérer. Si l'on n'est pas encore maître du terrain, loin de là, on connaît mieux les causes des insuccès. Les études doivent moins se porter dorénavant vers le gonocoque que sur les transformations anatomopathologiques de la muqueuse urétrale produites par ce microbe.

Mais il ya un point sur lequel la science a fait un pas de géant, c'est sur la prophylaxie de cette blennor-



tua au bout d'un laps de temps plus ou moins long. Chez de nombreux malades, l'auteur a noté une tendance prononcée à la formation rapide d'ankyloses. Chez quelques-uns mêmes, il a été impossible d'empêcher cette complication de se produire.

Le traitement a consisté dans la ponction et l'injection d'une solution d'acide phénique. En cas de phlegmon, l'application de teinture d'iode a rendu de bons services; trois fois on a été obligé de pratiquer l'arthrotomie. Après la disparition des symptômes aigus, la jointure était provisoirement immobilisée à l'aide d'un appareil plâtré, quitte à la mobiliser plus tard sous le chloroforme. En dernier lieu, on donnait des bains et on faisait des massage.

Dans aucun cas, on n'a trouvé de gonocoques, tandis qu'on a constaté à plusieurs reprises la présence de staphylocoques, streptocoques ou diplocoques.

Quant aux résultats obtenus, les pieds et les mains ont conservé leur mobilité; le coude n'a jamais recouvré la sienne; pour le genou, les effets du traitement ont été bons dans la moitié des cas; la hanche présentait toujours une forte tendance à la contracture et à la destruction des surfaces articulaires, de sorte qu'ici l'on a été obligé de recourir à l'extension permanente.

## II. — DE LA BLENNORRHAGIE CHRONIQUE

### § I. — Considérations générales.

M. Finger commence ainsi le chapitre relatif au traitement de la blennorrhagie. « Il n'est peut-être pas en médecine de chapitre mieux fourni que celui que nous abordons : il n'est guère, en effet, d'affection qui ait suscité autant que la blennorrhagie des interventions aussi multiples que contradictoires, à laquelle on ait opposé simultanément ou successivement un aussi grand nombre de remèdes et de moyens curatifs.

« Malgré tout, peut-être aussi à cause de la multiplicité de toutes ces soi-disant ressources, le traitement de la chaude-pisse est un des plus ingrats que peut offrir la pratique médicale. »

Il faut encore pousser au noir ces lamentations médicales en ce qui concerne le traitement de la blennorrhagie chronique, ce n'est cependant pas une raison pour désespérer. Si l'on n'est pas encore maître du terrain, loin de là, on connaît mieux les causes des insuccès. Les études doivent moins se porter dorénavant vers le gonocoque que sur les transformations anatomopathologiques de la muqueuse urétrale produites par ce microbe.

Mais il ya un point sur lequel la science a fait un pas de géant, c'est sur la prophylaxie de cette blennor-



rhagie chronique, sur la contagiosité de cet écoulement chronique. Grâce aux travaux modernes, il ne doit plus être permis au médecin d'ignorer les tristes conséquences du coït avec blennorrhée concomitante. Si le praticien ne peut pas toujours se rendre maître de l'affection, il a au moins, actuellement, la consolation de pouvoir indiquer le péril qui menace les trompes et les ovaires de la femme acceptant des rapports avec une personne atteinte de la *goutte militaire*.

C'est M. Næggerath qui le premier, en 1872, jeta le cri d'alarme. « Peu après le mariage, disait-il, les femmes souffrent de règles douloureuses, de pertes blanches, de mictions fréquentes et pénibles, de pesanteurs lombaires, finalement d'inflammations péri-utérines et d'ovarites. C'est la gonorrhée latente du mari qui s'est transmise à la jeune femme sous forme soit aiguë, soit chronique... 90 p. 100 des femmes stériles ont pour mari des hommes qui, à une époque de leur vie, ont eu la blennorrhagie. »

Comme tous ceux qui devancent leur temps, il ne fut pas écouté. Les opérations gynécologiques allant chercher le gonocoque dans les organes abdominaux purent seules ouvrir les yeux, et, actuellement, les praticiens reconnaissent combien est fréquente la blennorrhagie acquise par la femme pendant les premiers jours du mariage.

Quelques médecins ont été plus loin : ils ont admis que cette blennorrhagie chronique, lors même qu'elle ne contient pas de gonocoques, peut, par l'apport de

microbes pyogènes, ouvrir une voie à l'infection de l'appareil utéro-ovarien, et par conséquent à l'infection puerpérale.

D'ailleurs, ce que je dis ici a été déjà décrit en termes bien plus éloquents par MM. Verchère, Bazy, Ozenne, Janet, Guiard, etc.; M. Jullien n'écrivait-il pas dernièrement : « Il faut que cette situation navrante prenne fin. Il faut que nous tous, médecins, nous fassions une croisade contre l'ennemi latent, cent fois plus terrible que la syphilis, ainsi que l'a clamé Næggerath ! »

Aussi le rôle du médecin est-il double dans le traitement de la blennorrhagie chronique : thérapeute et moraliste. Essayer par tous les procédés de détruire l'affection jusque dans sa dernière manifestation, le filament; dépeindre au malade les accidents graves qui peuvent résulter pour sa compagne ou sa future, s'il pratique le coït ou s'il se marie avant d'avoir reçu son *exeat* médical.

La blennorrhagie chronique se distingue surtout par l'absence de douleur et la présence d'un écoulement plus ou moins abondant; elle se révèle sous divers aspects : elle peut être la suite d'une blennorrhagie aiguë de date assez récente, ou bien une blennorrhagie invétérée ou négligée. Le microscope peut y déceler la présence ou l'absence du gonocoque; le canal peut être atteint de déformation congénitale (méat) ou de transformations anatomo-pathologiques de la muqueuse ou des glandes (rétrécissement,



prostatite chronique); enfin elle peut occuper les deux urèthres ou seulement l'urèthre antérieur.

Ce n'est qu'en tenant compte de toutes ces données que le praticien établira un traitement rationnel et que les chances de guérison seront assez grandes.

Le pronostic est naturellement en rapport avec le nombre des complications indiquées plus haut, mais le médecin qui voudra augmenter ses succès ne devra plus se contenter, comme il y a un quart de siècle, d'indiquer pour toute thérapeutique l'emploi d'une des injections qui pullulent dans les formulaires.

Après avoir reconnu la présence ou l'absence du gonocoque, c'est surtout vers l'anatomie pathologique du canal qu'il devra tourner son attention. Connaissant cette anatomie pathologique, il sera bien plus à même de diriger le traitement.

M. Finger donne les conclusions suivantes sur l'anatomie de la blennorrhagie chronique :

1° La blennorrhagie chronique est une inflammation chronique du tissu conjonctif sous-épithélial présentant deux stades : celui d'infiltration, et celui de néo-formation conjonctive suivie de rétraction.

2° Les complications de ce processus sont : la prolifération, la desquamation et la dégénérescence de l'épithélium de l'urèthre, les lésions des glandes de Littre et des corps caverneux.

3° Les résultats du processus sont la transformation de l'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux, l'occlusion ou la destruction des diverti-

cules de la muqueuse, la destruction des glandes de Littre.

Dans un excellent travail intitulé : *Urétrite et rétrécissement*, paru dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, MM. Hallé et Wassermann ont étudié avec beaucoup de soin les altérations épithéliales de l'urèthre consécutives à la blennorrhagie. « Si nous voulons tenter, écrivent-ils, de résumer ces diverses hypothèses pathogéniques dans un essai de classification, nous dirons : Les causes de l'altération épithéliale sont, les unes, dynamiques (inflammation spontanée ou provoquée), les autres, mécaniques (contact, pression anormale). (Il s'agissait de l'étude de vieux rétrécissements déjà traités par la dilatation.) Les altérations épithéliales ainsi produites sont tantôt de nature productive (prolifération, hypertrophie), tantôt de nature régressive (dégénérescences diverses : hyaline, iodophile, cornée et atrophique).

Dans un autre travail publié en 1896 (*même périodique*), M. Hallé écrit : « Dans l'urèthre chroniquement enflammé et rétréci, l'épithélium normal est remplacé par un épithélium pavimenteux plus ou moins semblable à l'épiderme. Cette transformation est d'abord partielle et limitée : au niveau des foyers circonscrits d'urétrite chronique se forment des plaques blanches, lisses, indurées, bien connues des endoscopistes : c'est l'épidermisation du revêtement épithélial qui leur donne cet aspect spécial. Souvent



la lésion s'étend pour envahir une grande étendue de la muqueuse ou tout l'urèthre même; elle ne manque, jamais au niveau des points rétrécis. »

Enfin le Dr Verhoogen a donné un excellent résumé de la marche de la blennorrhagie chronique et des altérations auxquelles elle conduit (*même périodique*, 1896).

« L'épithélium cylindrique de la muqueuse urétrale disparaît pour faire place à un épithélium pavimenteux, épaissi et stratifié. Les lésions du derme muqueux dérivent de l'infiltration des cellules embryonnaires qui s'y produit à la période aiguë. Cette infiltration s'est faite d'une manière inégale: elle a naturellement été plus forte aux points où les gonocoques ont rencontré plus de facilité à pénétrer dans la profondeur, c'est-à-dire au niveau des glandes. Plus tard, elle a partiellement passé à résolution, mais il en est resté des bandes irrégulières, des nappes plus ou moins étendues dont la présence au sein du derme à provoqué, tout au moins en partie, des altérations nutritives de l'épithélium et les lésions que l'on y a constatées. Ces foyers persistant, l'infiltration s'y est organisée peu à peu et transformée en tissu fibreux, lequel, de son côté, va comprimer et étouffer les glandes. Celles-ci sont remplies de liquide d'épithélium accumulé, formant parfois de petites nodosités saillantes.

« D'autres fois, l'épithélium se desquame, laissant, par places, à nu le derme muqueux qui se recouvre de

bourgeons (granulations). Enfin toutes ces lésions peuvent se combiner à divers stades de leur évolution et donner ainsi des tableaux cliniques différents qu'Oberländer a décrits et classés avec soin.

« La nature même des lésions que nous venons d'énumérer brièvement fait comprendre leur résistance aux traitements vulgairement employés. Les altérations superficielles, épithéliales, les infiltrations embryonnaires, les granulations produites par la desquamation épithéliale à la surface du derme muqueux dénudé, guérissent sous l'action des astringents et des caustiques, mais que peuvent ces moyens, quelque énergiques qu'ils soient, contre les infiltrations dures siégeant dans l'épaisseur de la muqueuse, contre les lésions chroniques cantonnées dans les lacunes de Morgagni, les glandes de Littre, etc.? »

Ces études anatomo-pathologiques montrent combien un traitement unique contre une affection aussi multiple dans ses causes que simple dans son symptôme, qui est l'écoulement, a peu de chances de réussite et surtout la nécessité absolue d'avoir bien étudié l'état du canal avant d'entreprendre une thérapeutique quelconque.

## § II. — Diagnostic de la cause ou des causes de la blennorrhagie chronique.

Comment un médecin doit-il examiner un malade atteint de blennorrhagie chronique?

a) COMMÉMORATIFS. — Les commémoratifs rendent



la lésion s'étend pour envahir une grande étendue de la muqueuse ou tout l'urèthre même; elle ne manque, jamais au niveau des points rétrécis. »

Enfin le Dr Verhoogen a donné un excellent résumé de la marche de la blennorrhagie chronique et des altérations auxquelles elle conduit (*même périodique*, 1896).

« L'épithélium cylindrique de la muqueuse urétrale disparaît pour faire place à un épithélium pavimenteux, épaissi et stratifié. Les lésions du derme muqueux dérivent de l'infiltration des cellules embryonnaires qui s'y produit à la période aiguë. Cette infiltration s'est faite d'une manière inégale: elle a naturellement été plus forte aux points où les gonocoques ont rencontré plus de facilité à pénétrer dans la profondeur, c'est-à-dire au niveau des glandes. Plus tard, elle a partiellement passé à résolution, mais il en est resté des bandes irrégulières, des nappes plus ou moins étendues dont la présence au sein du derme à provoqué, tout au moins en partie, des altérations nutritives de l'épithélium et les lésions que l'on y a constatées. Ces foyers persistant, l'infiltration s'y est organisée peu à peu et transformée en tissu fibreux, lequel, de son côté, va comprimer et étouffer les glandes. Celles-ci sont remplies de liquide d'épithélium accumulé, formant parfois de petites nodosités saillantes.

« D'autres fois, l'épithélium se desquame, laissant, par places, à nu le derme muqueux qui se recouvre de

bourgeons (granulations). Enfin toutes ces lésions peuvent se combiner à divers stades de leur évolution et donner ainsi des tableaux cliniques différents qu'Oberländer a décrits et classés avec soin.

« La nature même des lésions que nous venons d'énumérer brièvement fait comprendre leur résistance aux traitements vulgairement employés. Les altérations superficielles, épithéliales, les infiltrations embryonnaires, les granulations produites par la desquamation épithéliale à la surface du derme muqueux dénudé, guérissent sous l'action des astringents et des caustiques, mais que peuvent ces moyens, quelque énergiques qu'ils soient, contre les infiltrations dures siégeant dans l'épaisseur de la muqueuse, contre les lésions chroniques cantonnées dans les lacunes de Morgagni, les glandes de Littre, etc.? »

Ces études anatomo-pathologiques montrent combien un traitement unique contre une affection aussi multiple dans ses causes que simple dans son symptôme, qui est l'écoulement, a peu de chances de réussite et surtout la nécessité absolue d'avoir bien étudié l'état du canal avant d'entreprendre une thérapeutique quelconque.

## § II. — Diagnostic de la cause ou des causes de la blennorrhagie chronique.

Comment un médecin doit-il examiner un malade atteint de blennorrhagie chronique?

a) COMMÉMORATIFS. — Les commémoratifs rendent



de grands services pour la direction du traitement. Si la blennorrhagie chronique est la suite d'une première blennorrhagie aiguë datant de quelques mois et de moins d'une année, il y a des chances pour que le canal n'ait pas encore subi de transformation épithéliale de la muqueuse. Il est très rare qu'une blennorrhagie qui a débuté une année auparavant occasionne un rétrécissement.

Si l'écoulement est produit par une blennorrhagie invétérée qui date de quelques années avec des alternatives d'augment et de sédation, le pronostic est moins favorable.

Il est encore très important de connaître les traitements qui ont été employés.

Lorsque le malade a été atteint d'orchite ou de cystite, il est évident que la blennorrhagie a gagné l'urèthre postérieur et qu'il peut exister une prostatite chronique. Je dis prostatite et non blennorrhagie postérieure, car il y a déjà bien longtemps que j'ai exprimé l'opinion que l'on ce que appelle urétrite postérieure est en réalité une prostatite.

Il est aussi très important de bien examiner l'état général du malade et de connaître les maladies qui l'ont frappé antérieurement, car on ne doit pas oublier les urétrites diathésiques qui, quelquefois, se comportent comme de véritables blennorrhagies.

b) EXAMEN LOCAL. — Le médecin passera ensuite à l'examen local. Son attention se portera d'abord sur le méat : il examinera avec le plus grand soin s'il

n'existe pas de déformation congénitale de l'ouverture de l'urèthre : s'il ne se trouve pas entre le méat et la fosse naviculaire des diverticulums, des nids de pigeon, hypospadias, etc.

MM. Jamin et Janet ont insisté avec juste raison sur les graves inconvénients qui résultent de la présence de ces anomalies, qui deviennent de véritables retraites pour les microbes et éternisent ainsi la maladie en réinfectant le canal à chaque instant. Tant que ces diverticulums, etc. ne seront pas détruits, il n'y a pas lieu de compter sur une guérison. J'ai observé trois cas qui donnent pleine raison à cette manière de voir.

M. Felcki fait remarquer que chez les sujets du sexe masculin qui présentent des anomalies de développement du pénis, le gland est souvent creusé de canaux qui cheminent parallèlement à l'urèthre, qui s'ouvrent à l'extérieur, au voisinage du méat, qui mesurent jusqu'à 1 centimètre en profondeur, et qui débouchent dans le canal de l'urèthre par leur extrémité profonde. Quand un sujet qui réalise ce genre d'anomalie contracte une blennorrhagie, celle-ci peut envahir les canaux en question, en donnant lieu à ce qu'on appelle une urétrite externe. Et quand cette urétrite externe ne fait pas l'objet d'un traitement approprié, elle peut être une cause de réinfection qui se perpétue.

M. Felcki a eu en très peu de temps l'occasion



d'observer trois exemples de ce genre d'urétrite et où la guérison définitive de la blennorrhagie n'a été obtenue qu'après qu'on eut tari l'écoulement des canaux externes.

M. Alder a cité un cas très intéressant. En examinant un malade affligé depuis trois ans et demi d'une blennorrhagie qui avait résisté à tous les traitements, il constata l'existence d'un canal supplémentaire, qui débouchait au dehors, 2 millimètres en arrière du méat. Par le premier on faisait sourdre du pus hors de l'orifice externe de ce conduit, qui mesurait 2 centimètres de profondeur et qui s'ouvrait dans l'urètre. Avec l'instrument tranchant, on fendit la cloison qui séparait le canal supplémentaire de l'urètre, et bientôt le malade se trouva débarrassé à la fois de sa fistule et de sa blennorrhagie.

Je pourrais citer plusieurs observations du même genre qui me sont personnelles.

Les testicules seront examinés avec grand soin, ainsi que l'épididyme et le canal déférent de chaque côté. Le toucher rectal rendra compte de l'état de la prostate. Enfin le doigt promené le long du canal, sur la face inférieure de la verge, fera reconnaître les nodosités, les duretés du canal.

Reste l'examen du canal au moyen de la sonde. On se servira d'une bougie exploratrice n° 18. Introduite dans le canal, elle permettra au médecin de reconnaître soit les rétrécissements, soit les nodosités, soit la souplesse perdue des parois. Mais dans

cet examen, il faut avoir bien soin de ne pas confondre un rétrécissement situé au bulbe avec le spasme de la portion musculeuse. Quelquefois l'olive de l'instrument est arrêtée au cul-de-sac, et l'on s'imagine être en présence d'un rétrécissement bulbaire.

Le rétrécissement inflammatoire sera diagnostiqué de la spongite et de l'induration au moyen de la bougie exploratrice :

1° Par le frottement, qui, uniforme dans la spongite, est saccadé dans les rétrécissements ; ce frottement qui n'occupe qu'une longueur de 1 à 3 millimètres dans le rétrécissement, est senti pendant une grande longueur si l'on a affaire à une spongite (quelquefois 5 à 6 centimètres).

2° Par la douleur : le malade éprouve une douleur assez vive pendant tout le temps que le cône parcourt la partie atteinte dans la spongite, peu dans le rétrécissement.

Le diagnostic entre le rétrécissement et le spasme ou la contracture du col est assez facile pour une main un peu exercée. Le rétrécissement ayant généralement la forme d'un sablier, l'olive n'est arrêtée que progressivement : il y a une légère sensation de refoulement, puis un temps d'arrêt, et enfin un frottement prononcé dans une longueur de 1 à 3 millimètres ; l'olive se dégage ensuite progressivement. Dans le cas de spasme, on observe : arrêt brusque et non progressif, pas de sensation de



refoulement, frottement lisse et non rugueux, long de 1 à 3 centimètres.

Puis, en dernier lieu, le médecin fera uriner le malade, rien que pour examiner l'urine. M. Guyon a établi très judicieusement que ce liquide agissait sur la muqueuse uréthrale par sa composition.

Ce n'est pas dans cette première visite que la sécrétion du canal doit être examinée. Le médecin doit prendre pour règle absolue que le premier examen de l'écoulement uréthral n'est valable que quand l'échantillon du pus est pris le matin, au lever du lit, le malade n'ayant pas uriné depuis quelques heures. Il recommandera donc à son client d'uriner une dernière fois vers minuit et de venir se soumettre à l'examen dès la première heure, sans avoir uriné. A ce moment, on examinera tout d'abord si les deux lèvres du méat sont collées ; si le pus est venu, de son propre poids, à l'extrémité de la verge ; quelle en est la quantité ; puis le méat sera lavé à l'eau boriquée, pressé, et on récoltera le liquide avec la spatule ; ce liquide sera étendu sur la plaque de verre. S'il n'en vient pas, la spatule sera enfoncée dans le canal de quelques centimètres, et le produit du raclage étalé sur une lamelle, et on procédera à l'examen du pus comme il a été indiqué lors du diagnostic de la blennorrhagie aiguë.

C'est à ce moment que viendra l'épreuve si importante dite des verres. Faut-il faire uriner le malade dans trois verres seulement ou dans plusieurs ?

La méthode ordinaire consiste à faire uriner le malade successivement dans trois verres et à examiner chaque verre après la miction au point de vue des filaments. Si le premier verre contient des filaments et que les deux autres en soient indemnes, c'est que la blennorrhagie s'est cantonnée dans l'urèthre antérieur ; s'il y en a aussi dans le dernier, c'est que la maladie occupe les deux urèthres. Plus les filaments sont chargés de pus, plus ils sont lourds et plus vite ils gagnent le fond du vase : c'est donc un bon signe que de voir les mucosités surnager dans le liquide.

Comme le diagnostic exact entre la blennorrhagie occupant seulement l'urèthre antérieur ou, au contraire, les deux urèthres est très important, M. Kollmann, modifiant les méthodes de Goldenberg et de Jadassohn, a institué une méthode très délicate dite des cinq verres.

L'urèthre antérieur est lavé.

Le point auquel M. Kollmann fait la plus grande attention est celui de la pression : à aucun prix il ne faut pas que la pression du liquide soit assez forte pour qu'il y ait la moindre possibilité d'un passage forcé du liquide à travers le sphincter externe dans l'urèthre postérieur. Dans ce but, M. Kollmann n'emploie pas d'irrigateur pour ce lavage ; il se sert d'une seringue contenant 80 à 100 grammes de liquide et, en poussant le piston de cette seringue, la sensation digitale lui permet de contrôler la pres-



sion du liquide, ce qui n'est pas possible avec l'irrigateur. En outre, l'auteur emploie une sonde élastique dont le calibre doit toujours être en rapport direct avec la largeur du méat. La sonde doit toujours être d'un calibre beaucoup inférieur à celui du méat, afin que le liquide puisse sortir avec la plus grande facilité, et jamais la pression ne doit être assez forte pour qu'en détachant brusquement du cathéter le bout de la seringue le liquide jaillisse sous forme de jet. Toutes ces précautions étant minutieusement prises, on lave l'urèthre antérieur et on injecte du liquide jusqu'à ce qu'il revienne parfaitement clair. Il arrive quelquefois qu'il est nécessaire d'utiliser plusieurs seringues pour parvenir à nettoyer complètement l'urèthre antérieur, ce qui prouve combien ce lavage fait habituellement avec une ou deux seringues est souvent insuffisant. Le liquide venant après chaque injection est examiné chaque fois à l'œil, puis versé et accumulé dans un grand verre (1<sup>er</sup> verre); puis la dernière quantité de liquide sortie *tout à fait claire* est conservée dans un autre verre (2<sup>e</sup> verre). Ensuite on fait uriner le malade dans trois verres (3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> verres). S'il y a des filaments dans un de ces verres ou si l'urine est trouble, on peut affirmer l'existence de l'urétrite postérieure ou d'un catarrhe des glandes qui se déchargent dans cette partie, surtout de la prostate. En résumé, M. Kollmann, dans son procédé, lave l'urèthre antérieur avant de faire uriner le malade et les

trois verres derniers ne récoltent que les résultats de l'urèthre postérieur. Il recommande avec raison de presser sur la prostate avec le doigt dans le rectum pour obtenir la sécrétion de la prostate, quand l'on veut examiner à part cette sécrétion et dans un autre moment.

M. Kollmann fait souvent contrôler la stricte exactitude de sa méthode à cinq verres par la méthode de Lohnstein qui est d'une réaction très sensible et qui consiste à laver l'urèthre antérieur de la même manière que le fait Jadassohn : seulement, au lieu de se servir d'eau boriquée, on prend une solution de 0, 5 p. 100 de ferrocyanure de potassium; on lave avec cette solution jusqu'à ce que le liquide retourne tout à fait clair, ensuite on enlève toute trace du ferrocyanate de la seringue, du cathéter et de l'urèthre antérieur en lavant avec de l'eau simple assez longtemps pour que, en ajoutant au liquide sorti à la fin un peu d'une solution faible de perchlorure de fer, il ne donne plus la réaction bleue bien connue (*Berliner Blau*). On sait combien cette réaction est d'une sensibilité extrême, car s'il y a une trace infinitésimale de ferrocyanate de potasse en présence d'une solution de perchlorure de fer, il se forme toujours la réaction bleue. Une fois qu'on est sûr d'avoir enlevé tout le réactif, on fait uriner le malade en trois verres où l'on examine s'il y a des filaments ou non. On ajoute à chacun de ces verres d'urine un peu de la solution de perchlorure de fer ;



si une trace de liquide ou de filament de l'urèthre antérieur est passée dans l'urèthre postérieur, alors la réaction bleue doit se montrer absolument. L'urine devient toujours un peu trouble en ajoutant la solution de perchlorure de fer, mais cela n'a rien à faire avec la réaction bleue.

En résumé, si, avec la méthode des deux verres, on a des filaments ou de l'urine trouble dans les deux, c'est que la maladie habite les deux urèthres ; si l'urine est claire et n'a pas de filaments dans le deuxième verre, il faut employer la méthode de Kollmann pour être bien certain de son diagnostic.

Le praticien a donc à sa disposition plusieurs moyens de diagnostiquer la blennorrhagie chronique : 1° par le gonocoque et par l'expérience des verres en ce qui concerne le gonocoque et les filaments ; 2° par l'olive de la bougie exploratrice et la vue en ce qui concerne l'anatomie pathologique du canal de l'urèthre. Nous avons vu le degré de précision qu'il faut lui accorder, mais il ne faut pas oublier que la preuve du gonocoque qui est la plus importante manque très souvent. M. Hodara rapporte que M. Goll, de Zürich, qui a fait pendant trois ans et demi des recherches très consciencieuses sur 1 046 cas de blennorrhagie chronique de différentes dates, de quatre mois à quatre ans après l'infection aiguë, affirme qu'il a pu trouver des gonocoques seulement dans 178 cas et qu'ils manquaient dans les 868 autres cas.

On a bien indiqué la réaction produite par l'in-

jection de nitrate d'argent, mais M. Guiard et moi nous nous sommes déjà élevés contre ce symptôme de diagnostic qui n'a pas la valeur qu'on lui attribue.

Il me reste, pour compléter les moyens de diagnostic, à parler de deux méthodes qui, assez répandues en Allemagne surtout, sont en général peu utilisées en France : l'uréthrométrie et l'uréthroscope.

L'uréthromètre (fig. 32, p. 193) fait bien juger de la situation et de la grandeur des infiltrations, et l'uréthroscope rend compte de leur qualité anatomique. Voici comment M. Verhoogen, qui est très partisan de l'uréthrométrie, explique l'utilité de cette méthode thérapeutique. On a vu que l'urétrite chronique se caractérise par l'évolution au sein de la muqueuse uréthrale, d'une infiltration de cellules embryonnaires plus ou moins organisée en tissu fibreux. Cette infiltration, qui entretient la suppuration et donne lieu à tous les symptômes objectifs et subjectifs de la maladie, ne peut se résorber que si l'on y produit par distension de petites déchirures superficielles ou profondes à la suite desquelles se déclare un processus de résorption et d'atrophie des lésions. Les bougies métalliques habituelles conviendraient parfaitement pour produire cette distension si le canal de l'urèthre était un conduit cylindrique, c'est-à-dire si son calibre était sensiblement le même sur tous les points de son trajet. Malheureusement, il est loin d'en être ainsi : si l'on examine l'urèthre à



ce point de vue, par exemple avec l'uréthromètre d'Otis, on constate tout de suite que son calibre va croissant assez rapidement du méat vers la région du bulbe. La différence de dimensions entre ces deux régions est très considérable ; si la dimension moyenne de la région du méat est, par exemple, de 8 à 9 millimètres, elle sera de 13 à 15 au milieu du bulbe.

Dans ces conditions, il est facile de comprendre que les bougies les plus larges que puisse admettre l'entrée du canal ne produiront dans le fond de celui-ci qu'une distension assez faible et tout à fait insuffisante dans bon nombre de cas. Burckard et d'autres auteurs ont proposé, il est vrai, de fendre le méat, afin de pouvoir employer des bougies plus larges ; mais cette petite opération est insuffisante, le calibre du canal lui-même n'en étant pas modifié.

Les uréthromètres ont donc pour but, comme la bougie exploratrice, de renseigner sur l'état du canal en le dilatant d'une quantité plus grande que l'on peut le faire avec une simple boule poussée directement par le méat : ils sont construits sur ce principe qu'introduits dans le canal jusqu'au bulbe, une vis amène la dilatation de la boule à un degré voulu, indiqué par un cadran.

L'endoscopie est, je l'ai déjà écrit, peu employée en France : je ne puis mieux faire pour expliquer ce peu d'empressement que de citer ce que dit sur l'endoscopie un excellent médecin de Berlin,

M. Fürbringer, à même de bien se rendre compte de la question. « La question de savoir jusqu'à quel point l'endoscopie méthodique, telle que la pratique Oberländer, peut être profitable à l'observation clinique de la gonorrhée en général, reste douteuse, bien que la thérapeutique basée sur le diagnostic endoscopique ait certainement donné des résultats fort appréciables. Personnellement, nous avons examiné ces dernières années, avec l'appareil d'Auspitz, un nombre incalculable de gonorrhéiques, mais nous tenons à avouer en toute sincérité que, dans la majorité des cas, cette méthode d'exploration, que nous ne considérons nullement comme mauvaise même entre les mains d'un médecin insuffisamment expérimenté, ne nous a presque rien fourni de pratique au point de vue du diagnostic, des indications thérapeutiques et du traitement local. Nous avouons de plus que nous ne tiendrions guère à voir l'endoscopie — méthode d'exploration compliquée et d'une technique difficile — entrer dans la pratique courante, car le nombre de malades qui, à notre connaissance personnelle, ont vu leur état s'aggraver après ces manipulations, est considérable », etc.

Bien que partageant entièrement cette manière de voir, j'ai cru utile de dire quelques mots sur ce *modus faciendi* dans le traitement de la blennorrhagie chronique.

Les uréthrosopes se divisent en deux classes bien



distinctes : les uréthrosopes à lumière externe reflétant dans l'urèthre, et les uréthrosopes dans lesquels la lumière est directement introduite dans l'urèthre. Cette lumière est formée par une anse de platine chauffée à blanc et située au bout d'une baguette en métal.

L'un des meilleurs instruments d'endoscopie externe est celui de M. Boisseau du Rocher (fig. 27 et 28). Les sondes sont de différents calibres et de longueur variée. L'appareil à projection est conçu sur le plan suivant : il est fermé à l'une de ses extrémités par un réflecteur concave, percé à son centre pour le passage du rayon visuel. Le système lui-même est renfermé dans une enveloppe sur les parois de laquelle il est fixé par quatre pointes d'aiguilles. Cette disposition a pour but d'empêcher l'échauffement trop rapide de l'enveloppe. Sur celle-ci est fixée une genouillère qui permet les mouvements dans tous les sens.

L'éclairage se fait au moyen de deux lampes. Ces deux lampes, d'un modèle spécial que l'auteur a fait construire sur des données autres que les lampes à incandescence ordinaires, sont semi-lunaires; fixées en dérivation à une distance convenable du réflecteur, elles donnent un éclairage circulaire au centre duquel passe le rayon visuel. La projection ainsi obtenue forme deux zones d'éclairage concentriques, dont l'une, la zone centrale, la seule utilisable pour l'endoscopie de

l'urèthre, est constituée par des rayons sensiblement parallèles. On évite ainsi toute espèce de

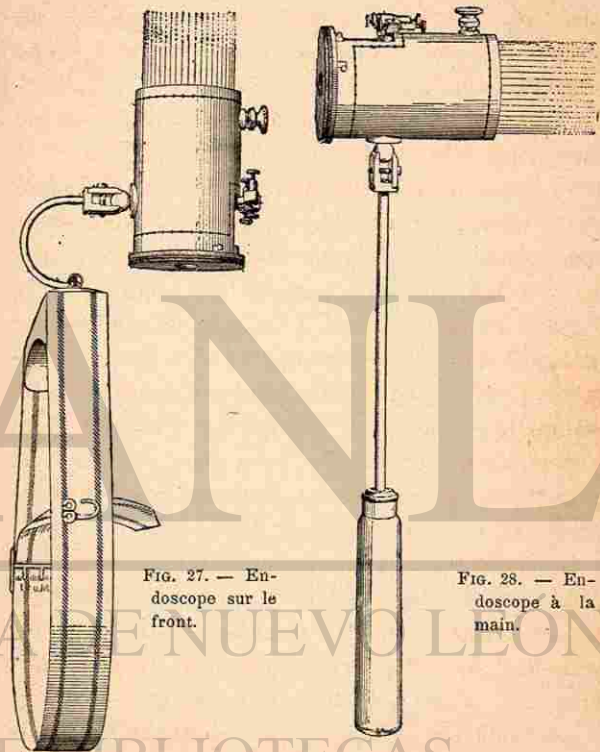


FIG. 27. — Endoscope sur le front.

FIG. 28. — Endoscope à la main.

réflexion sur les parois de la sonde, et la muqueuse urétrale, éclairée de la sorte, est vue dans son ensemble avec toute la netteté désirable, et avec sa



coloration normale. Un autre avantage de cette disposition est que l'appareil n'a pas de mise au point, comme certains des appareils dans lesquels on fait intervenir des miroirs ou des lentilles. La projection étant formée de rayons sensiblement parallèles, l'observateur peut se placer à n'importe quelle distance du malade, et éviter toute espèce de tâtonnement.

Enfin, l'appareil à projection, tel qu'il vient d'être décrit, peut être porté sur le front, suivant la mode du jour (fig. 27).

M. Boisseau du Rocher a adopté comme intensité de lumière le chiffre de 12 volts et de 5 à 8 dixièmes d'Ampère.

L'uréthroscope de Nitz-Oberländer est utilisé quand on introduit la lumière directement dans l'urèthre.

Nous avons vu que la lumière est fournie par une anse de platine chauffée à blanc et située au bout d'une baguette en métal. Sur cette baguette il y a deux fins conduits se rattachant aux deux extrémités de cette anse et servant à mettre en communication un courant galvanique produit par une batterie ou par un accumulateur. La chaleur de la lumière est refroidie par un courant d'eau qui circule par deux petits conduits situés sous la baguette. L'eau circule juste au-dessous de l'éclaireur en platine, de sorte que *jamais* le malade ne sent la moindre sensation de brûlure; d'ailleurs M. Kollmann, tout nou-

vement, a construit un thermomètre spécial avec lequel il a déterminé que la chaleur de 35° de la place explorée dans l'intérieur de l'urèthre monte successivement dans les premières 2-3 minutes à 41°-43° puis elle ne monte plus, mais elle reste toujours dans ces degrés. L'eau est fournie par un réservoir situé sur la batterie ou sur l'accumulateur, ou fixé à la muraille de la chambre. Rien n'est plus simple que le fonctionnement de cet appareil. On introduit jusqu'au bulbe un tube en métal muni de son obturateur et enduit de glycérine. M. Kollmann, le premier, et ensuite M. Oberländer ont recommandé l'emploi des tubes de différents calibres selon les cas, depuis 21 jusqu'au 41 Charr.

Après avoir introduit le tube, on ôte l'obturateur, on sèche la muqueuse avec de longs tampons de coton et on introduit la baguette, c'est-à-dire l'uréthroscope, dans l'intérieur du tube. Il y a une petite apophyse dans le tube que l'on fait pénétrer très facilement dans un trou situé dans le manche de l'uréthroscope, et les deux ensemble sont fixés par une vis, de sorte qu'en uréthrosopant on peut avoir l'une et au besoin les deux mains libres. Il faut d'abord bien s'assurer que l'eau circule, ce qui peut être fait par un robinet situé dans la batterie et que l'on ouvre toujours avant de commencer l'uréthroscopie, afin de laisser couler dans une cuvette l'eau circulant dans les conduits.

Pour avoir des images exactes de la muqueuse, il



faut toujours chauffer à blanc l'anse de platine; si on la chauffe au rouge seulement, on a toujours des fausses images. La lumière ne doit jamais être vue, seulement son éclat. L'anse de platine ne se trouve pas tout à fait au bout du tube, de sorte qu'il y a quelques millimètres de distance entre l'anse de platine chauffée et la muqueuse. En uréthroskopant la muqueuse doit être sèche; s'il survient de la sécrétion, on n'a qu'à sortir la baguette, introduire un tampon, sécher, et de nouveau introduire l'uréthroscope dans l'intérieur du tube. C'est l'affaire d'une seconde et d'une facilité extrême. Avant d'uréthroscooper, on fait uriner le malade et, s'il y a trop de sécrétion, on fait un lavage à l'eau boricuée, et si le malade est sensible, surtout au commencement du traitement, on anesthésie en injectant 1 à 2 grammes d'une solution de 4 à 10 p. 100 de cocaïne. Mais on ne doit pas croire que l'anesthésie à la cocaïne est d'une nécessité absolue.

Une des premières conditions pour bien uréthroscooper c'est, selon M. Kollmann, de commencer avec des tubes étroits et monter successivement à des tubes les plus larges possible. Il faut aussi avoir une chaise commode pour l'examen uréthroscopique. L'uréthroscopie de l'urèthre antérieur est très facile et peut se faire à tout moment, on peut déjà uréthroscooper six à douze semaines après l'infection aiguë, naturellement après que les symptômes aigus ont déjà disparu. L'uréthroscopie de l'urèthre posté-

rieur n'est pas aussi commode et elle ne doit pas être pratiquée quand il y a une inflammation accentuée de l'urèthre postérieur ou bien une sécrétion exagérée. Elle ne doit être exécutée que dans des affections chroniques ou par exemple dans des cas de neurasthénie sexuelle.

Pour pratiquer l'uréthroscopie postérieure, on introduit jusqu'au bulbe un tube armé d'un obturateur articulé et coudé que M. Oberländer a fait construire expressément pour l'uréthroscopie postérieure. Arrivé au bulbe on baisse le tube au-dessous de l'horizontale, on pousse doucement et on pénètre dans la vessie, puis, après avoir ôté l'obturateur, il s'écoule un peu d'urine. Alors on retire l'instrument un peu vers l'urèthre, on passe l'orifice vésical, et, après avoir séché soigneusement la muqueuse avec des tampons, on introduit l'uréthroscope. On examine l'orifice externe, la portion prostatique et membraneuse, etc. M. Kollmann fait l'uréthroscopie postérieure dans la plupart des cas avec des obturateurs droits ordinaires. La première fois qu'on fait l'uréthroscopie postérieure, il y a un peu d'hématurie et on ne parvient pas à voir tous les détails, mais les autres fois il n'y en a plus et on peut naturellement bien examiner. Généralement il faut s'abstenir autant que possible de faire l'*uréthroscopie postérieure*, parce que cela est quelquefois un peu désagréable aux malades. Pour les méats qui sont étroits, Oberländer a construit un tube de mince calibre, mais



que, une fois introduit dans l'urèthre, on peut dilater par une vis en deux branches. (HODARA.)

Comme accumulateur, un des meilleurs est celui



Fig. 29.

construit par MM. Becker et Zunz, de Paris<sup>1</sup>; cet appareil, susceptible de fournir 2, 4, 6 et 12 volts permet notamment, sous ce dernier voltage, d'éclairer de la façon la plus parfaite les petites lampes endo-

1. Becker et Zunz, constructeurs-électriciens, 71, rue de Bourgogne, Paris. Accumulateurs médicaux.

copiques pour les examens, même à domicile, que le médecin peut avoir besoin de pratiquer avec cet instrument.

### § III. — Traitement de la blennorrhagie chronique.

Il est nécessaire, pour exposer le traitement de la blennorrhagie chronique avec méthode, de suivre une classification déterminée.

Voici celle que j'ai adoptée :

- α) Blennorrhagie chronique avec gonocoques. { 1° dans l'urèthre antér.,  
2° dans les deux urèthres.
- β) Blennorrhagie chronique sans gonocoques. { 1° dans l'urèthre antér.,  
2° dans les deux urèthres.
- γ) Blennorrhagie avec ou sans gonocoques, mais avec complications uréthrales (lacunes du méat, hypospadias, rétrécissement, induration du canal).
- δ) Blennorrhagie avec infection secondaire.

Comme je l'ai indiqué plus haut, le médecin, avant de commencer tout traitement, doit être fixé sur les points suivants afin de ne pas entreprendre un traitement intempestif : les filaments ou l'écoulement contiennent ou ne contiennent pas de gonocoques ; le canal est sain ou a subi des transformations anato-pathologiques ; la blennorrhagie occupe seulement l'urèthre antérieur ou les deux urèthres à la fois ; enfin le canal est atteint de conformation anormale congénitale.

Si le canal ne présente pas un aspect anatomique



que, une fois introduit dans l'urèthre, on peut dilater par une vis en deux branches. (HODARA.)

Comme accumulateur, un des meilleurs est celui



Fig. 29.

construit par MM. Becker et Zunz, de Paris<sup>1</sup>; cet appareil, susceptible de fournir 2, 4, 6 et 12 volts permet notamment, sous ce dernier voltage, d'éclairer de la façon la plus parfaite les petites lampes endo-

1. Becker et Zunz, constructeurs-électriciens, 71, rue de Bourgogne, Paris. Accumulateurs médicaux.

copiques pour les examens, même à domicile, que le médecin peut avoir besoin de pratiquer avec cet instrument.

### § III. — Traitement de la blennorrhagie chronique.

Il est nécessaire, pour exposer le traitement de la blennorrhagie chronique avec méthode, de suivre une classification déterminée.

Voici celle que j'ai adoptée :

- α) Blennorrhagie chronique avec gonocoques. { 1° dans l'urèthre antér.,  
2° dans les deux urèthres.
- β) Blennorrhagie chronique sans gonocoques. { 1° dans l'urèthre antér.,  
2° dans les deux urèthres.
- γ) Blennorrhagie avec ou sans gonocoques, mais avec complications uréthrales (lacunes du méat, hypospadias, rétrécissement, induration du canal).
- δ) Blennorrhagie avec infection secondaire.

Comme je l'ai indiqué plus haut, le médecin, avant de commencer tout traitement, doit être fixé sur les points suivants afin de ne pas entreprendre un traitement intempestif : les filaments ou l'écoulement contiennent ou ne contiennent pas de gonocoques; le canal est sain ou a subi des transformations anato-pathologiques; la blennorrhagie occupe seulement l'urèthre antérieur ou les deux urèthres à la fois; enfin le canal est atteint de conformation anormale congénitale.

Si le canal ne présente pas un aspect anatomique



normal, il faut avant tout traiter régulariser cette situation ; il n'est pas rare de rencontrer, en écartant les deux lèvres du méat, de petits infundibulums soit au-dessus, soit à côté de l'embouchure du canal de l'urèthre ; le bistouri les fait disparaître. Si l'on a diagnostiqué un rétrécissement, on devra tout de suite entreprendre la dilatation jusqu'à ce que la boule exploratrice de l'uréthromètre indique le retour au calibre normal. Cette règle ne doit pas souffrir d'exception : commencer un traitement sans avoir fait disparaître tous les « recoins » ou le gonocoque peut se cacher et repulluler, c'est courir sûrement à un échec.

α) BLENNORRHAGIE CHRONIQUE AVEC GONOCOQUES

1° Dans l'urèthre antérieur seul.

Le traitement rentre beaucoup dans celui que j'ai déjà exposé au chapitre relatif au traitement de la blennorrhagie aiguë.

*Instillations.* — Les instillations avec le nitrate d'argent donnent ici les meilleurs résultats : il n'est pas nécessaire d'irriguer tout l'urèthre, mais simplement de déposer quelques gouttes au cul-de-sac du bulbe avec la sonde à olive ; le titre des solutions sera 1 p. 50 à 1 p. 100. Les instillations sont pratiquées tous les jours ou tous les deux jours ; je préfère ce dernier laps de temps. Dans cet intervalle, le malade

se fera trois fois par jour des injections de lavage à l'eau boriquée et prendra quotidiennement huit à dix capsules de santal.

*Injections.* — Ces injections peuvent être faites par les malades eux-mêmes avec les différents liquides indiqués dans les formulaires (se reporter aux formules données pour la période aiguë).

La seringue servant à faire ces injections est contenue dans un manchon de verre sur la monture duquel elle se visse. Elle peut donc plonger indéfiniment dans l'eau boriquée ou dans la solution à injecter, que l'on peut ainsi emporter commodément avec soi. Son bec est conique et se fixe exactement sur le méat qu'il doit obturer complètement, ce qui est très difficile à réaliser avec le bec allongé des seringues françaises. Enfin, le corps de la seringue est gradué en centimètres cubes, ce qui permet de dire exactement au malade la quantité de liquide qu'il peut injecter dans son urèthre.

Pour mesurer la capacité de l'urèthre du patient, on remplit l'urèthre antérieur en fixant solidement au méat le bec de la seringue et très doucement pour ne pas forcer le sphincter membraneux. Une fois l'urèthre antérieur distendu, on retire la seringue en fermant le méat, et l'on vide ensuite l'urèthre par expression dans une éprouvette graduée en centimètres cubes. Cette mensuration n'est pas absolument précise, mais elle suffit parfaitement pour le but que nous nous proposons.



Cette mensuration doit, dans certains cas, être répétée au bout de quelques jours de traitement, car la capacité de l'urèthre augmente rapidement à mesure que diminue le gonflement des parois uréthrales (Janet).

Les injections de l'urèthre antérieur doivent être faites une ou deux fois par jour, quelquefois même trois et quatre fois par jour; le malade urine d'abord, puis il se fait une première injection qu'il ne garde pas, et une seconde injection qu'il garde pendant une à deux minutes, quelquefois plus (Guyon).

Il ne faut pas cesser brusquement les injections, mais les diminuer progressivement comme doses et comme nombre. Répétons ici que les injections doivent toujours être faites en poussant le piston très lentement, de manière à ce que le liquide n'arrive que goutte à goutte.

*Grands lavages.* — Comme il est bien rare que les deux urèthres ne soient pas lavés dans la blennorrhagie chronique, je parlerai plus loin de ces grands lavages pour ne pas faire de répétition.

2° Dans les deux urèthres.

*Instillations.* — Plus je vieillis dans la pratique médicale, plus l'expérience me confirme l'opinion que le vrai traitement de la blennorrhagie chronique s'étendant à toute la muqueuse de l'urèthre consiste dans les instillations argentiques; après avoir essayé

tous les traitements préconisés depuis dix ans, j'en suis toujours revenu à ces instillations.

Ce mode de traitement force le malade à venir chez le médecin; mais on ne doit pas oublier qu'il est admis actuellement d'une façon générale que tout traitement qui doit atteindre l'urèthre postérieur doit être pratiqué non par le malade mais par le médecin. Ce n'est donc pas un inconvénient inhérent seulement aux instillations.

Pourquoi les instillations ne réussissent-elles pas toujours dans les mains des opérateurs?

M. Trekaki a traité cette question dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (1896). Dans la blennorrhagie chronique l'élément lésion est tout pour notre confrère: les glandes uréthrales sont atteintes de catarrhe, et pour agir sur ce catarrhe il faut produire une *réaction inflammatoire*: le nitrate d'argent ne peut donc être utile que quand il produit cette lésion inflammatoire. « Dans la majorité des cas, dit-il, voici comment les choses se passent, je décris le procédé que j'ai suivi. Qu'il s'agisse d'une uréthrite chronique antérieure ou d'une uréthrite postérieure, je me sers toujours comme première instillation d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 50. J'injecte dans l'urèthre X à XV gouttes de cette solution et j'attends quarante-huit heures. Dans le cas où, dans ce laps de temps, la réaction inflammatoire est obtenue, je règle pour la seconde instillation le titre de la solution selon le degré d'intensité



de la réaction. Ainsi, si le phénomène réactionnel est par trop intense, si, en d'autres termes, l'écoulement purulent augmente et si le malade ressent une vive brûlure pendant la miction, je diminue alors le titre de la solution du quart et du tiers de ce qu'il était auparavant et je pratique la seconde instillation. Quelques heures après cette deuxième instillation, une deuxième réaction réapparaît. Je règle alors de nouveau le titre de la solution selon les exigences de la réaction inflammatoire, et ainsi de suite jusqu'à la fin du traitement.

« Il ressort donc de là le fait suivant d'une importance capitale, savoir : le développement de la réaction inflammatoire à chaque nouvelle instillation. Or, pour ce faire, il est de toute nécessité d'augmenter, suivant le cas, le titre de la solution argentique.

« En résumé, l'injection doit produire une diapédèse abondante qui chasse les gonocoques des glandes et dégorge ces diverticulums ; c'est la réaction de Neisser en grand. »

J'avoue ne pas partager cette manière de voir, en ce sens que si la guérison était due seulement et forcément à cette réaction inflammatoire, comme presque toujours, pour ne pas dire toujours, cette réaction existe avec une instillation forte, tous les cas devraient guérir. Ce qui ne veut pas dire que cette réaction ne soit pas utile : sans cela, comment expliquer ce fait qu'une blennorrhagie qui a résisté à plusieurs instillations se trouve quelquefois guérie

en peu de temps, quand, cessant les instillations, on les remplace par l'ingestion de santal : il est évident que les instillations ont amené une réaction inflammatoire qui a vidé les culs-de-sac.

Je crois donc que le nitrate d'argent fournit toujours une réaction inflammatoire ; que cette inflammation est utile ; mais que dans les cas de non-réussite, il faut attribuer l'échec à l'état anatomo-pathologique de la muqueuse uréthrale contre laquelle les instillations ne peuvent pas grand'chose : c'est pour cela que les blennorrhagies assez récentes qui se caractérisent par un gonflement muqueux de l'épithélium et une infiltration embryonnaire du derme se guérissent beaucoup plus vite que celles invétérées où l'on rencontre la transformation fibreuse, et que les blennorrhagies postérieures sont bien plus facilement améliorées et guéries que les blennorrhagies antérieures ; dans la blennorrhagie postérieure, on est plutôt en présence d'une prostatite, c'est-à-dire d'une affection glandulaire.

Quoi qu'il en soit, le traitement par les instillations argentiques me paraît le plus indiqué.

Le médecin se servant de la seringue et de la sonde de Guyon amènera la boule jusque dans l'urèthre postérieur, injectera quelques gouttes de liquide, puis continuera l'injection en retirant la sonde qu'il sentira prise comme dans un étau et glissant à frottement ; à un moment donné, la boule se dégagera et se trouvera dans le cul-de-sac du bulbe : il y injec-



tera presque tout le reste de la seringue par gouttes, puis retirera la sonde en injectant de nouveau quelques gouttes au méat. En résumé, une injection rétrograde dans tout le canal, lente et par gouttes.

L'instillation sera renouvelée tous les deux jours en diminuant les doses au fur et à mesure que l'on constatera la disparition progressive des gonocoques et des filaments. On s'arrêtera après une série de dix à douze instillations pour laisser reposer le canal, et on ne reprendra que huit à dix jours après, tant qu'il y aura des filaments. Cet intervalle sera utilisé pour faire absorber des balsamiques.

*Injections.* — Les injections, quand toute la muqueuse uréthrale est atteinte, doivent être pratiquées par le médecin lui-même et avec une sonde : elles sont peu employées.

*Grands lavages.* — J'ai déjà étudié la technique des grands lavages avec ou sans sonde : je n'ai pas à y revenir.

On utilisera soit le permanganate de potasse, soit le nitrate d'argent; les lavages au permanganate seront faits tous les jours ou tous les deux jours avec 1 litre de solution tiède de 4 p. 2 000 à 4 p. 500, en réservant cette dernière dose pour l'urèthre antérieur. Les lavages au nitrate d'argent seront faits avec un demi-litre de solution tiède à 4 p. 2 000 ou 4 p. 750.

Quand faut-il arrêter ces lavages? Quand le gonococque a disparu. C'est là le point délicat. « La grande

difficulté de ces différents traitements, écrit avec juste raison M. Janet, consiste à savoir s'arrêter à temps, à faire un nombre suffisant de lavages pour assurer la disparition complète du gonococque. Nous sommes forcés d'avouer que nous n'avons aucun guide à cet égard; les gonocoques disparaissant totalement de l'écoulement dès le premier lavage, on n'a aucune raison valable pour continuer ou cesser le traitement. Or l'expérience prouve que, si l'on cesse trop tôt, les gonocoques ne tardent pas à repulluler et que, d'autre part, si l'on poursuit pendant trop longtemps les lavages, on peut déterminer des désordres anatomiques inutiles. Le procédé qui nous semble le plus pratique dans ce cas consiste à faire six lavages consécutifs, espacés de vingt-quatre heures, que l'on ait affaire à la phase aiguë, subaiguë ou chronique; après le sixième lavage, on met le malade en observation et on examine fréquemment les sécrétions de son urèthre : si les gonocoques ne reparissent pas, on cesse les lavages au permanganate; s'ils reparissent, au contraire, on reprend immédiatement une nouvelle série de lavages qui ne tarde pas à assurer la disparition complète des gonocoques. »

*Médication interne.* — Les balsamiques donnent à cette période de la maladie d'excellents résultats, et doivent être utilisés en même temps que le traitement externe : c'est le principal moment de leur emploi.



## β) BLENNORRHAGIE CHRONIQUE SANS GONOCOQUES

## δ) BLENNORRHAGIE AVEC INFECTION SECONDAIRE

On peut se trouver en présence d'une blennorrhagie aseptique qui succède à l'invasion gonococcique, ou d'une infection secondaire, qui a remplacé le gonococque. Dans le premier cas (β), on recherchera les causes locales et on les traitera comme je l'indiquerai plus loin. S'il n'y en a pas, on laissera le canal se reposer, puis on utilisera les instillations argentiques et les balsamiques. Dans le second cas (δ), on utilisera les grands lavages avec la solution de sublimé de 1 p. 20 000 à 1 p. 10 000, ou, mieux, ajouter aux lavages au permanganate 50 centimètres cubes de solution de sublimé à 1 p. 1 000 à chaque litre de solution de permanganate (Janet.) Cette blennorrhagie est quelquefois très tenace et résiste à tous les traitements : elle a aussi le grave inconvénient de s'étendre à la vessie et aux reins. Il vaut mieux dans les cas d'insuccès ne pas trop s'acharner : laisser reposer le malade et reprendre les lavages ou les instillations.

## γ) BLENNORRHAGIE AVEC COMPLICATIONS URÉTHRALES

Nous avons dit que le canal devait être ramené à l'état normal avant de commencer un traitement quelconque.

C'est dans cette classe de blennorrhagies que la dilatation est utile, soit que l'on emploie simplement les béniqués, comme cela se pratique en France, soit que l'on utilise les dilateurs, c'est aussi dans cette classe que l'endoscopie rend des services.

Mais un point qui doit dominer tout ce traitement, c'est la nécessité de prendre les précautions les plus rigoureuses pour éviter toute possibilité d'accidents infectieux.

Ici je crois devoir traiter un point très important. Mon excellent confrère M. Janet, qui a publié dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* des articles très remarquables sur la blennorrhagie, pose cette recommandation préliminaire : « Quand l'urèthre antérieur est infecté et l'urèthre postérieur sain, il faut éviter à tout prix de repousser dans l'urèthre postérieur les microbes contenus dans l'urèthre antérieur... Quand un malade présente des gonocoques dans son urèthre, il faut avant tout le débarrasser de ces gonocoques et ne songer qu'après aux autres interventions thérapeutiques, telles que l'endoscopie uréthrale, la dilatation. »

Il me paraît exister là un cercle vicieux qui me met en contradiction avec l'auteur. Un rétrécissement est une barrière derrière laquelle le gonococque se niche et que les instillations pas plus que les lavages ne détruisent : si on ne nivelle pas cette écluse, le gonococque reste ; mais pour la détruire, il faut faire la dilatation, d'où la nécessité de passer



des instruments. Je crois donc, contrairement à l'avis de M. Janet, qu'il faut commencer par la dilatation, ainsi que je l'ai écrit plus haut, en prenant la précaution de laver le canal avec de l'eau boriquée et en employant le procédé suivant qui me réussit : quand je dilate un canal contenant des gonocoques (dans la blennorrhagie chronique, il y en a bien peu, mais on n'est jamais sûr qu'il n'y en a plus du tout), je lave l'urèthre antérieur et le méat ; je passe la bougie avant que le malade ait uriné, puis je le fais uriner et j'injecte dans tout le canal une pleine seringue à instillation d'une solution argentique à 1 p. 200. Je crois ainsi concilier les craintes de pousser des microbes dans la vessie avec la nécessité de dilater avant de traiter les gonocoques.

M. le professeur Guyon emploie en pareil cas la pratique suivante :

- 1° Faire pisser le malade ;
- 2° Laver le gland, le prépuce et le méat avec le sublimé à 1 p. 200 ;
- 3° Lavage de l'urèthre au siphon à l'eau boriquée ou au sublimé à 1 p. 20 000, suivant que la vessie n'est pas ou est infectée ;
- 4° Remplissage de la vessie par pression avec ces solutions ;
- 5° Introduction de trois béniqué stérilisés à l'étauve, graissés avec de la vaseline stérilisée ; laisser la dernière bougie le plus longtemps possible ;

6° Retirer la dernière bougie et faire pisser au malade la solution injectée ;

7° Instillations au nitrate d'argent.

J'ai indiqué plus haut la manière dont je faisais ces sondages :

Ayant abandonné depuis un an toute sorte de lavage qui n'est pas fait avec la sonde et la seringue vésicale, il ne paraîtra pas étonnant qu'il y ait une divergence dans ma manière de procéder avec celle de M. Janet. L'urèthre antérieur est très bien lavé par l'eau boriquée : le malade en pissant lave de nouveau le canal, et s'il est resté un virus quelconque dans l'urèthre ou la vessie, le nitrate d'argent le détruit.

Tout le monde connaît l'usage des béniqués, je ne m'occuperai donc que des dilataeurs. Ayant toujours obtenu d'assez bon résultats avec les béniqués poussés jusqu'au n° 60 et trouvant, d'après les expériences de Necker, plus dangereux qu'utile de dépasser ce diamètre, je n'ai jamais utilisé jusqu'à présent ce genre de traitement, aussi je ferai le résumé de la méthode d'Oberländer et Kollmann, d'après les travaux de M. Hodara. ®

Les dilataeurs d'Oberländer se présentent sous quatre formes. Les deux premières servent à dilater l'urèthre antérieur, la troisième le bulbe, et la quatrième l'urèthre postérieur. Le premier dilataeur est court, de 17 centimètres de longueur,



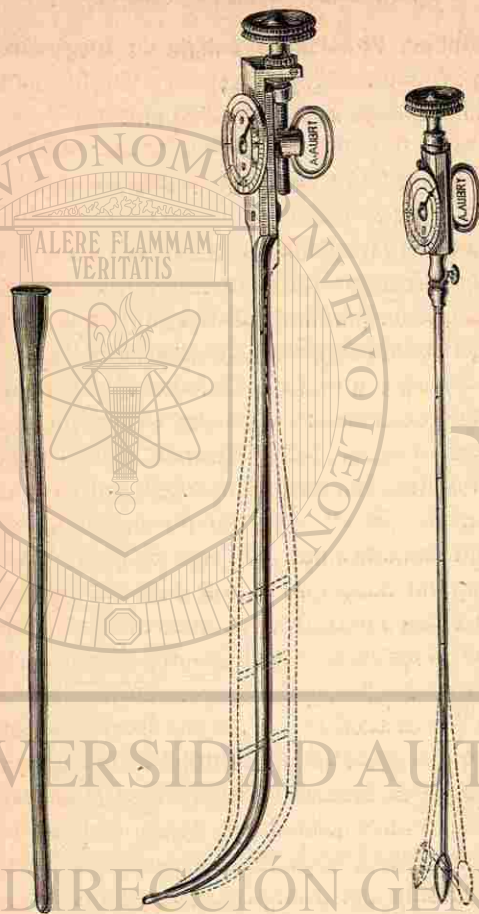


FIG. 30. — Chemise caoutchouc pour dilateur d'Oberländer.

FIG. 31. — Dilateur d'Oberländer.

FIG. 32. — Uréthromètre de Weir's.

le deuxième, de 21 centimètres de longueur; ces deux dilateurs ont des branches parallèles; mais quand les infiltrations sont déjà devenues un peu plus dures, il vaut mieux prendre des dilateurs ayant des branches obliques et non parallèles. Les dilateurs à branches obliques sont beaucoup plus résistants. Le troisième dilateur servant à la dilatation du bulbe a une forme un peu courbe; l'emploi à temps de cet instrument est très important. Le quatrième dilateur destiné à l'urètre postérieur a la forme d'un bœniqué (fig. 31); avec cet instrument on peut dilater l'urètre postérieur sans que l'antérieur le soit aussi. Ces instruments sont en acier et très solides. Ils sont munis d'un cadran numéroté et d'une aiguille qui indique les numéros de dilatation à mesure que l'on tourne la vis. On nettoie ces instruments avec une serviette sèche et en les badigeonnant avec un pinceau trempé dans de la benzine. Pour les premières dilatations on anesthésie l'urètre avec de la cocaïne; ensuite les malades s'habituent et on n'a pas besoin toujours d'anesthésier. Avant d'introduire les dilateurs il faut les graisser avec de la glycérine et les encapuchonner avec des capuchons de caoutchouc bien tirés, de manière à ce qu'ils ne forment pas de plis (fig. 30). Ensuite on graisse les capuchons avec de la glycérine ou avec de l'huile phéniquée. Les deux premiers dilateurs sont introduits jusqu'au bulbe; ils doivent rester dans une position verticale, en



supposant que le malade soit couché sur le dos pendant la dilatation, tandis que le troisième dilata-  
 teur du bulbe est baissé dans un angle de 45 degrés afin que le bulbe puisse être bien dilaté. Le repro-  
 che fait par certains auteurs aux dilata-teurs d'Ober-  
 länder, que le bulbe fuit devant eux est peut-être  
 mérité pour les deux premiers dilata-teurs, mais pas  
 pour le troisième dilata-teur courbe, qui dilate par-  
 faitement le bulbe et est le plus important. Quant  
 à l'autre reproche formulé contre les dilata-teurs  
 d'Oberländer qu'ils n'exercent pas un massage  
 régulier, il n'est pas toujours nécessaire que les  
 foyers d'infiltrations cellulaires soient écrasés di-  
 rectement au-dessous des branches des dilata-teurs  
 pour être résorbés; même les foyers qui se trouvent  
 entre les branches du dilata-teur peuvent aussi  
 être résorbés, parce que, ces foyers n'étant pas  
 élastiques comme l'urèthre normal, ne résistent  
 pas souvent à cette tension extrême produite par  
 la dilatation; ils cèdent en se désagrégeant ou en  
 se déchirant. Par conséquent le but est atteint sans  
 qu'il y ait nécessité de massage régulier. Le qua-  
 trième dilata-teur d'Oberländer à forme de béli-  
 qué est introduit comme une sonde béli-  
 qué et reste presque horizontal, toujours en supposant que le  
 malade soit couché sur le dos pendant qu'on fait  
 la dilatation. Dans certains cas il faut cocaïniser  
 avant de dilater l'urèthre postérieur, mais ce n'est  
 pas une règle générale.

M. Kollmann a construit de nouveaux dilata-teurs à  
 quatre branches très solides, l'un pour l'urèthre  
 antérieur et deux autres pour l'urèthre postérieur.  
 Le dilata-teur de Kollmann qui est destiné pour  
 l'urèthre antérieur a une forme toute droite. Les  
 dilata-teurs qui sont destinés pour l'urèthre posté-  
 rieur ont tous les deux la forme d'une sonde mé-  
 tallique ordinaire de courbure moyenne. Ces dila-  
 teurs à quatre branches de Kollmann sont très  
 avantageux, surtout pour certaines personnes sen-  
 sibles, parce que, avec ces instruments, la dila-  
 tion se fait avec plus de douceur, de sorte qu'ils  
 sont très indiqués là où la dilatation doit être faite  
 avec un ménagement particulier. En général, tous  
 les malades auxquels l'auteur a appliqué le dila-  
 teur antérieur à quatre branches de Kollmann  
 ont exprimé leur satisfaction. Ces instruments doi-  
 vent être aussi munis d'un capuchon avant d'être  
 introduits. La dilatation doit se faire lentement;  
 dans chaque dilatation on augmente de un jusqu'à  
 deux numéros. Il n'y a pas de règle qui indique jus-  
 qu'à quel degré on doit dilater la première fois;  
 cela dépend de l'état dans lequel se trouve l'urèthre;  
 s'il est rétréci de manière qu'on n'ait pas pu uréthros-  
 coper, on dilate avec précaution jusqu'au n° 18 et  
 même 20 Charrière. Les dilata-teurs d'Oberländer  
 munis du capuchon ont un calibre de 16 Charrière  
 environ, quand ils sont tout fermés. Pour les urè-  
 thres à moyen et à large calibre, on peut dilater



déjà la première fois jusqu'aux n° 28 et 30 Charrière sans aucune inconvenient. On commence par dilater peu à peu; aussitôt que le malade ressent une sensation de tension, on s'arrête pendant une à deux minutes jusqu'à ce que cette sensation ait cessé; puis on continue à dilater en s'arrêtant de nouveau si le malade a une sensation désagréable, et ainsi de suite: dans six ou huit à dix minutes on arrive au degré de dilatation voulu. On laisse trois à cinq minutes encore, puis on ferme l'instrument en tournant la vis du côté opposé, et on le retire. Les capuchons doivent être enlevés après la dilatation et lavés avec de l'eau et du savon, puis placés dans une solution boriquée à 3 p. 100, phéniquée, etc.; ils sont conservés dans une solution boriquée, ou même tout secs.

1° On doit commencer la dilatation avec les dilateurs le plus tôt possible, *mais pas avant que tous les symptômes aigus de la blennorrhagie (sécrétion abondante, riche en gonocoques, etc., etc.) ne soient tout à fait disparus*, et qu'il ne reste seulement qu'un peu de sécrétion matinale ou de filaments dans l'urine; par conséquent on peut commencer déjà le traitement dans une blennorrhagie subaiguë de deux à quatre mois de date.

2° Il est important de faire un diagnostic différentiel exact entre une uréthrite antérieure et une uréthrite postérieure; la meilleure méthode pour ce diagnostic est celle de cinq verres de Kollmann.

3° Si, en même temps qu'une uréthrite antérieure, il y a une uréthrite postérieure très irritée, on améliore d'abord l'uréthrite postérieure par des lavages au nitrate d'argent de 1 p. 2 000 à 3 p. 1 000, si c'est nécessaire, et ensuite on traite l'uréthrite antérieure avec le cycle de dilatations et de lavages, et, les jours des lavages de l'urèthre antérieur, on lave en même temps l'urèthre postérieur si l'uréthrite postérieure n'est pas encore tout à fait guérie.

Voici un schéma des dilatations et des lavages, mais ceci n'est qu'un schéma qu'on peut et qu'on doit modifier selon les cas:

*Uréthrite antérieure subaiguë à infiltrations molles.*

1<sup>er</sup> jour. Dilatation n° 28 ou 30 Charrière.

3<sup>e</sup> jour. Lavage au nitrate d'argent 1 p. 2 000. S'il y eu hémorrhagie abondante ou douleurs, faire le lavage avec solution boriquée.

6<sup>e</sup> jour. Lavage au nitrate d'argent: 1 p. 2 000 ou avec solution boriquée.

9<sup>e</sup> jour. Lavage au nitrate d'argent à 1 p. 2 000 ou avec solution boriquée.

12<sup>e</sup> jour. Deuxième dilatation.

La deuxième dilatation n'est répétée qu'après que toute trace de douleur et d'hémorrhagie a déjà disparu depuis une semaine. Si la sécrétion entre les dilatations est trop abondante, on fait, outre les lavages, de petites injections de sulfate de zinc ou



d'acétate de plomb, etc., que les malades injectent eux-mêmes plusieurs fois par jour.

*Urétrhrite antérieure chronique à infiltrations mixtes, c'est-à-dire dures et molles.*

Même cycle de dilatations et de lavages que dans l'urétrhrite subaiguë.

*Urétrhrite chronique antérieure à infiltrations dures.*

On peut faire ici de plus fréquentes dilatations, parce qu'il n'y a pas de sécrétion augmentée à la suite de ces dilatations comme dans les infiltrations mixtes, et dans les infiltrations dures on peut faire les lavages avec des doses plus élevées de nitrate d'argent de 1 p. 1 000 à 1 p. 750.

*Urétrhrite postérieure.*

a) Lavages au nitrate d'argent 1 p. 2 000 à 3 p. 1 000 et, si cela est nécessaire, une cautérisation locale au nitrate d'argent à 1 p. 100 avec l'instillateur de M. Guyon ou à travers le tube uréthroscopique.

b) S'il y a des infiltrations au verumontanum ou dans d'autres parties de l'urèthre postérieur, on dilate avec le dilatateur béniqué de Oberländer ou avec les dilateurs courbes postérieurs à quatre branches de Kollmann, et on fait le cycle commun des lavages et des dilatations.

4° Si l'urétrhrite postérieure n'est pas guérie avec les lavages caustiques de 1 p. 2 000 à 3 p. 1 000, on fait une instillation locale de 1 p. 100 de nitrate d'argent, et s'il y a des infiltrations au verumontanum, etc., on fait le même cycle de lavages et de dilatations avec le dilatateur forme béniqué d'Oberländer ou avec les dilateurs postérieurs courbes à quatre branches de Kollmann, comme dans l'urétrhrite chronique antérieure.

5° Dans les urétrhrites subaiguës, si le succès n'est pas rapidement atteint en deux ou trois dilatations, on peut dire sûrement que la maladie sera longue à guérir, parce qu'il y a des infiltrations mixtes ou dures.

Dans ce cas, on cesse les dilatations quatre semaines; pendant ce temps, on fait seulement des lavages caustiques, et ensuite on recommence le cycle de dilatations et de lavages que l'on continue jusqu'à ce que l'on parvienne à dilater l'urèthre à 40 jusqu'à 45 Charrière et que la guérison se fait complètement.

6° Dans les urétrhrites chroniques à infiltrations mixtes, la sécrétion est trop abondante après la dilatation, elle diminue graduellement à l'approche de la guérison. Il faut prévenir dans ces cas les malades que quand la sécrétion est trop abondante après la dilatation, la guérison sera aussi plus rapide.

7° Dans les urétrhrites chroniques à infiltrations dures, la sécrétion est au contraire diminuée après



la dilatation et la guérison est plus longue que dans la forme précédente, parce qu'ici les infiltrations sont composées de fibrilles conjonctives dures.

En ce qui concerne le traitement endoscopique, dont j'ai déjà parlé (p. 172), voici ce qu'en dit Janet, qui en est très partisan. « Les ressources que nous offre le traitement endoscopique sont nombreuses ; il nous permet d'extirper sous le regard les saillies polypeuses et de cautériser énergiquement leur base d'implantation, soit au galvanocautère, soit avec le nitrate d'argent pur ; de curetter et de cautériser les fissures que présentent quelquefois les rétrécissements calleux dilatés, de cautériser de même les régions granuleuses de l'urèthre avec des solutions de nitrate d'argent variant de 10 à 20 p. 100, ou des solutions iodées de 1 à 15 p. 100. Pour les lacunes, il nous permet de les traiter localement en les remplissant de glycérine iodée (1 à 5 p. 100), en les cautérisant avec la pointe fine d'un crayon de sulfate de cuivre où même encore, si l'on veut suivre la méthode de M. Kollmann, en les incisant et les dilatant avec une série d'instruments spéciaux très ingénieux qu'a proposés cet auteur. Pour le verumontanum enfin, dont l'hypertrophie est si fréquente dans les vieilles uréthrites chroniques et amène à sa suite la spermatorrhée de miction et de défécation, et même les pollutions fréquentes diurnes et nocturnes, le traitement endoscopique fait merveille, car, grâce à lui, il est facile, par quelque cau-

térisations énergiques à la teinture d'iode pure, de réduire de moitié le volume de cet organe et de supprimer par là même les fâcheux symptômes dont nous venons de parler, car ils sont dus dans ce cas à la béance des orifices des conduits jaculateurs.

« Le traitement endoscopique peut être également employé avec avantage contre les uréthrites sans lésions très énergiquement localisées qui résistent aux traitements habituels. Il permet d'utiliser contre elles des solutions très fortes que l'on n'oserait pas employer en instillations, grâce à la facilité qu'il donne d'éponger immédiatement l'excès du liquide caustique introduit dans l'urèthre.

« Je me sers également dans ce cas de solutions habituellement utilisées par les instillations en les répartissant beaucoup mieux, grâce à l'endoscope, sur toute la surface uréthrale ; pour cela j'introduis l'endoscope le plus loin possible, je remplis l'extrémité du tube d'une grosse goutte de ces solutions (nitrate d'argent, 1 à 5 p. 100 ; sulfate de cuivre, 5 à 10 p. 100, glycérine iodée 1 p. 100), et je retire le tube progressivement en lui faisant décrire une véritable spirale autour de l'axe de l'urèthre, de manière à étendre successivement devant l'extrémité de l'endoscope toute la surface ainsi dépliée de la muqueuse uréthrale ; de temps en temps j'éponge la goutte du médicament utilisé et je la remplace par une autre. »



## § IV. — Terminaison de la maladie.

A quel moment doit-on considérer le malade comme guéri ? La réponse à cette question est de la plus haute importance, car, d'un côté, le pronostic devient grave pour les organes sexuels de la femme si ces derniers viennent à être contaminés ; de l'autre, il est impossible de laisser un malade s'éterniser dans l'abstention du coït. Malheureusement il est bien difficile de résoudre ce problème qui a été étudié avec beaucoup de soins par différents auteurs (Janet, Guiard), etc., mais sans grands résultats pratiques.

M. Assmuth a publié un travail sur la gonorrhée chronique et latente basé sur 1146 cas de blennorrhagie chronique ayant été traitée au moins pendant un mois et dont le début remontait à plus de six mois, travail qui démontre bien les difficultés de la solution.

Dans 104 cas seulement, le processus aigu a passé directement à l'état chronique. Chez les 1042 malades autres le stade aigu paraissait entièrement terminé, de sorte que le malade et le médecin considéraient l'affection comme complètement guérie : seulement la récurrence, sous forme de blennorrhagie chronique, est survenue dans ces cas, soit après des infractions au régime alimentaire, soit après des fatigues corporelles (marches prolongées, équita-

tion, etc.) : toujours est-il que dans la plupart des cas une nouvelle infection n'eut pas lieu, et l'auteur part de ce fait pour engager les médecins à ne pas se hâter de déclarer la blennorrhagie aiguë guérie avant un certain temps.

On a bien essayé quelques procédés de réinflammation de l'urèthre, entre autres, par exemple, la réaction indiquée sous le nom de « réaction de Neisser », qui consiste à injecter quelques gouttes d'une solution argentique et à étudier les produits au microscope. Pour moi, cette réaction, je l'ai déjà dit, n'a aucune valeur. Je ne puis qu'exprimer ici cette affirmation, sans la discuter, puisque je n'écris pas un traité didactique sur la blennorrhagie. D'ailleurs cette provocation de gonocoques n'est pas toujours sans danger. En voici un exemple à ce sujet :

En 1885, au Congrès des naturalistes de Strasbourg, Neisser affirme que dans les cas qui, malgré des examens multiples, n'ont pas donné de gonocoques, il faudrait, pour assurer le diagnostic, augmenter la sécrétion par des irritations artificielles. Ce n'est que lorsqu'on trouvera cette sécrétion artificielle exempte de gonocoques qu'on pourra conclure au caractère bénin de la maladie.

Supposant que les gonocoques échappent à l'attention parce qu'ils sont dissimulés et qu'ils ne se mélangent pas à la sécrétion de l'orifice uréthral, l'auteur s'est efforcé de découvrir les autres cachettes des gonocoques et à les en faire sortir.



Comme procédés de provocation, on pourrait employer : l'usage de la bière, les injections avec du nitrate d'argent, l'introduction de sondes à boules, etc. On crée ainsi une récurrence artificielle qui, ordinairement progresse assez vite. M. Touton cita un cas qu'il a traité tout récemment, montrant que, malheureusement, la chose prend parfois aussi une autre tournure et que des complications peuvent se produire.

Le malade avait eu sa dernière infection un an avant de se présenter à l'auteur; six mois avant le traitement, il eut une orchite et un catarrhe vésical. Neuf jours avant de se présenter, il a accompli son dernier coït sans que la goutte blanche, épaisse et glaireuse se soit modifiée. Le lendemain de la consultation, cette goutte ne contenait aucun gonocoque, mais des épithéliums abondants avec quelques leucocytes. La première urine était très trouble, contenait des flocons; la deuxième était moins trouble. L'auteur a introduit une sonde à boule, et, à une profondeur de 5 centimètres, il a découvert un rétrécissement contre lequel il employa la dilatation par le système Kollmann. Le lendemain de la première dilatation, il se produisit une forte sécrétion, semblable à celle d'une blennorrhagie fraîchement acquise. La sécrétion contenait des gonocoques en masse et était presque entièrement purulente. Avec les injections de nitrate d'argent, les gonocoques disparurent de la sécrétion. Mais la seconde urine était plus

trouble et il y avait strangurie. On supprima les injections et on donna du santal. Quatre jours plus tard, plus de sécrétion. L'auteur a fait ensuite une seconde dilatation Kollmann qui eut aussi pour conséquence une sécrétion contenant des gonocoques.

Trois jours après la dilatation, il fit un lavage par le système Diday, et bientôt il se produisit une épидidymite violente du testicule resté jusque-là intact, ainsi qu'une uréthro-cystite avec fièvre. Ces complications guérèrent au bout de quinze jours; huit jours plus tard, la sécrétion était devenue aqueuse et dépourvue de gonocoques.

Une nouvelle infection par le coït était absolument à exclure, le malade étant trop inquiet par son état. La question est de savoir si, en présence de la possibilité d'une pareille complication, la provocation artificielle est admissible. L'auteur est d'avis d'en laisser la décision au malade après avoir indiqué à celui-ci tous les risques qu'il court.

En thèse générale, voici comment je me comporte en pareille circonstance : aucun coït n'est permis tant qu'il reste des filaments dans l'urine en assez grande quantité, que ces filaments sont longs et descendent rapidement au fond du vase, lors même qu'après plusieurs examens je n'ai pas découvert de gonocoques dans ces filaments ni de microbes pyogènes et très peu de cellules de pus.

Quand les filaments sont courts, en petit nombre, légers, surnageant, j'engage le malade à venir un



matin, dès la première heure, sans avoir uriné depuis la veille et ayant beaucoup fatigué dans la journée précédente; le doigt introduit dans le rectum, je presse sur la prostate dans tous les sens, puis l'index est ramené le long du canal, extérieurement, en appuyant fortement: on peut même, si l'on veut, pour plus de sécurité, introduire d'avance une sonde, ce qui permet d'avoir un plan résistant pour la pression. Je recueille au méat le liquide ainsi obtenu, et l'examen microscopique en est de suite fait; enfin le canal est raclé à une profondeur de 5 à 6 centimètres, d'arrière en avant, puis le produit du raclage est examiné au microscope.

Si ces deux examens sont négatifs, j'engage le malade à boire pendant la semaine qui suit de la bière, du champagne, à faire du vélo, des marches forcées; puis nouveau examen matinal. S'il est négatif, j'autorise le malade à coïter quinze jours après.

Avec ce procédé, s'il n'y a pas de certitude complète, il y a au moins de grandes chances d'éviter toute contamination.

## CHAPITRE II

### DE L'URÉTHRITE CHEZ L'HOMME

#### § I. — Considérations générales.

Il est parfaitement admis actuellement qu'il existe des inflammations de l'urèthre ne contenant pas le gonocoque de Neisser. Je les ai désignées sous le nom d'uréthrites. Mais il ne faut pas confondre ces uréthrites avec les blennorrhagies produites par les infections secondaires. Nous avons vu que le gonocoque cause dans l'urèthre des modifications qui y créent une réceptivité toute spéciale pour des microbes qui sont ordinairement sans action sur lui. Ce sont ces uréthrites que l'on doit désigner toujours sous le nom de blennorrhagie chronique, quoique n'ayant plus de gonocoques, mais ce sont des blennorrhagies post-gonococciques.

L'urèthre à l'état normal, contient un très grand nombre de microbes:

Lutgarten en signale 10, Legrain 16; Petit et Wassermann, 5 microcoques, 6 bacilles, 2 sarcines et 2 levures.

M. Marcel Sée, dans son étude sur le gonocoque, a donné les conclusions suivantes:



matin, dès la première heure, sans avoir uriné depuis la veille et ayant beaucoup fatigué dans la journée précédente; le doigt introduit dans le rectum, je presse sur la prostate dans tous les sens, puis l'index est ramené le long du canal, extérieurement, en appuyant fortement: on peut même, si l'on veut, pour plus de sécurité, introduire d'avance une sonde, ce qui permet d'avoir un plan résistant pour la pression. Je recueille au méat le liquide ainsi obtenu, et l'examen microscopique en est de suite fait; enfin le canal est raclé à une profondeur de 5 à 6 centimètres, d'arrière en avant, puis le produit du raclage est examiné au microscope.

Si ces deux examens sont négatifs, j'engage le malade à boire pendant la semaine qui suit de la bière, du champagne, à faire du vélo, des marches forcées; puis nouveau examen matinal. S'il est négatif, j'autorise le malade à coter quinze jours après.

Avec ce procédé, s'il n'y a pas de certitude complète, il y a au moins de grandes chances d'éviter toute contamination.

## CHAPITRE II

### DE L'URÉTHRITE CHEZ L'HOMME

#### § I. — Considérations générales.

Il est parfaitement admis actuellement qu'il existe des inflammations de l'urèthre ne contenant pas le gonocoque de Neisser. Je les ai désignées sous le nom d'uréthrites. Mais il ne faut pas confondre ces uréthrites avec les blennorrhagies produites par les infections secondaires. Nous avons vu que le gonocoque cause dans l'urèthre des modifications qui y créent une réceptivité toute spéciale pour des microbes qui sont ordinairement sans action sur lui. Ce sont ces uréthrites que l'on doit désigner toujours sous le nom de blennorrhagie chronique, quoique n'ayant plus de gonocoques, mais ce sont des blennorrhagies post-gonocociques.

L'urèthre à l'état normal, contient un très grand nombre de microbes:

Lutgarten en signale 10, Legrain 16; Petit et Wassermann, 5 microcoques, 6 bacilles, 2 sarcines et 2 levures.

M. Marcel Sée, dans son étude sur le gonocoque, a donné les conclusions suivantes:



« 1° L'urèthre antérieur est un milieu normalement septique, mais les espèces microbiennes y sont moins nombreuses dans la profondeur qu'aux environs du méat.

« 2° Les microbes contenus dans l'urèthre ne sont pas pathogènes normalement, sauf quelques pyogènes. Mais la multiplication de quelques-uns d'entre eux dans les uréthrites, la prépondérance qu'ils peuvent prendre à un certain moment donnent à penser qu'ils sont parfois capables de jouer un rôle dans l'étiologie des affections uréthrales, que leur virulence peut être exaltée dans certaines conditions.

« 3° Mais il n'y a pas de pseudo-gonocoques : ce sont des diplocoques. »

Il donne la classification suivante des uréthrites qui est excellente :

Uréthrites de cause interne. . . . .	} Liées à des états généraux pathologiques.	Syphilis.
		Tuberculose.
		Arthritisme (goutte, rhumatisme).
		Paludisme.
} <i>Ab ingestis.</i>	} Traumatiques.	Diabète.
		Oreillons.
		Fièvre typhoïde.
		Aliments.
Uréthrites de cause externe. . . . .	} Vénéériennes ou blennorhoides.	Médicaments.
		Mécaniques.
		Chimiques.
		Physiologiques.
		Échauffement.
		Règles.
		Leucorrhée.

Des auteurs ont cité des exemples de chacune de ces causes. M. Guiard s'est beaucoup occupé de l'uréthrite goutteuse.

M. Jullien a publié l'observation suivante : « Un de mes amis, étudiant en médecine, présenta il y a quatre ans un catarrhe uréthral abondant, né sous l'influence d'une attaque rhumatismale et j'y cherchai vainement le gonocoque à de nombreuses reprises. Lui-même, très habile dans cet examen, ne laissait presque pas passer de jours sans le renouveler, mais en vain. A quatre ans de là, mon ami revient avec un nouveau catarrhe qu'il m'annonce être survenu spontanément ; une goutte est placée sur l'objectif et j'y reconnais le microbe en abondance, sur quoi j'affirme une origine vénérienne. Or, j'étais dans le vrai, car le malade ne fit point de difficulté de m'avouer qu'il avait eu un rapport avec une inconnue quelques jours auparavant, et, s'il ne m'en avait pas parlé, c'est qu'il avait à se croire plus sûr de la santé de cette belle racoleuse que de la sienne propre. »

M. Legrain, si compétent en ce qui concerne le diagnostic bactériologique des inflammations de l'urèthre, a signalé plusieurs cas d'uréthrites sans gonocoques, simples, et en même temps d'uréthrites sans gonocoques avec complication d'orchite. Dans l'un de ces derniers cas le malade était un rhumatisant se livrant fréquemment à la masturbation et chez lequel on trouva les micrococcus pyogènes anciens.



M. le D<sup>r</sup> Moscato, dans un travail sur les localisations diverses du paludisme, cite le cas intéressant d'un homme de 60 ans qui, pris de fièvre palustre avec urticaire et œdème palpébral, vit survenir, sans cause aucune, une uréthrite avec douleur dans la miction. Avec la cessation de la fièvre, l'urticaire et l'uréthrite disparaissent.

Il est donc parfaitement entendu qu'il existe des uréthrites sans gonocoques et qui ne sont pas dues à la modification du canal de l'urèthre par ce microbe, qui ne sont pas en un mot des infections secondaires. Mais M. Guiard dit avec raison : « Au tant sont fréquentes, à mon avis, les uréthrites microbiennes consécutives à l'évolution gonococcienne, autant sont rares celles qui s'installent d'emblée qui seules méritent la dénomination de blennorrhoides. » Je préfère le terme d'uréthrite à celui de blennorrhoidé.

Enfin il peut y avoir des uréthrites non microbiennes; mais comme elles disparaissent avec la cause, elles offrent peu d'intérêt.

D'autre part les uréthrites peuvent être compliquées de cystite et d'orchite: elles peuvent aussi, par leur longue durée, modifier la muqueuse de l'urèthre, mais ce sont des cas très rares. Comme l'écrit M. Sée, « même lorsque ces uréthrites tendent à s'éterniser, elles diffèrent profondément de la blennorrhagie. Elles n'ont pas sa ténacité et cèdent rapidement aux antiseptiques, elles n'ont pas, surtout sa

virulence. Elles ne portent en rien atteinte à la spécificité de la blennorrhagie qu'affirment la clinique aussi bien que la bactériologie. »

## § II. — Traitement de l'uréthrite.

Le traitement de ces uréthrites est très simple : de même que le nitrate d'argent paraît être le meilleur agent contre la blennorrhagie, de même, contre l'uréthrite, le sublimé donne les meilleurs résultats: mais ici pas de traitement abortif ou à haute dose: de la simple antiseptie : des injections avec des solutions faibles. Autant la guérison est facile tant que l'uréthrite n'occupe que l'urèthre antérieur, autant elle devient de plus en plus aléatoire au fur et à mesure que les microbes gagnent les voies supérieures, d'où il est malheureusement très difficile de les déloger.



### CHAPITRE III

#### CONCLUSIONS GÉNÉRALES SUR LA BLENNORRHAGIE CHEZ L'HOMME

1° Le canal de l'urèthre peut être atteint d'une inflammation produite par un microbe spécial, le gonocoque; dans ce cas l'inflammation prend le nom de blennorrhagie, ou d'une inflammation provenant de différents microbes: on désigne alors cette affection sous le nom d'urétrite.

2° La blennorrhagie peut être aiguë ou chronique.

3° Dans la blennorrhagie aiguë, c'est le gonocoque qui est l'élément principal.

4° Dans la blennorrhagie chronique, la présence prolongée des gonocoques dans la couche épithéliale détermine une irritation générale des éléments anatomiques, une déviation de nutrition qui continue à se faire sentir alors même que le parasite a disparu et établit ainsi définitivement dans une partie du canal un type épithélial bien différent du type normal.

5° Le traitement de la blennorrhagie aiguë comprend des instillations, des injections, des grands lavages avec différents antiseptiques dont les principaux employés sont le nitrate d'argent, le perman-

ganate de potasse et le sublimé, puis la médication par les bougies médicamenteuses et les balsamiques.

6° Les instillations argentiques me paraissent supérieures à tous les autres traitements: les grands lavages ont donné d'excellents résultats dans les mains de praticiens expérimentés, mais, au dire de ces mêmes praticiens c'est un traitement de « spécialiste ». Il demande une très grande habitude pour ne pas être souvent dangereux.

7° Le traitement abortif doit toujours être tenté dans les deux ou trois premiers jours de la maladie.

8° Le traitement de la blennorrhagie chronique doit s'attaquer au gonocoque et à l'épithélium transformé de l'urèthre. Il doit s'étendre généralement aux deux urèthres.

9° Les instillations argentiques donnent de meilleurs résultats dans la blennorrhagie chronique que dans la blennorrhagie aiguë.

10° Aucun traitement ne peut être commencé dans la blennorrhagie chronique avant la disparition de tout ce qui constitue ce qu'on appelé des nids à microbes.

11° Il y a des cas où la dilatation est nécessaire: les bougies béniqués sont généralement suffisantes pour amener un bon résultat.

12° Le médecin doit aussi jouer un rôle moral auprès du malade pour éviter les suites déplorables d'un coït contagieux.





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS

## DEUXIÈME PARTIE

### DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME

#### I. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

En traitant de la blennorrhagie chez l'homme, bien des points ont été étudiés qui sont communs à la blennorrhagie chez la femme; recherches du gonocoque, différence entre la blennorrhagie et l'urétrite, division en blennorrhagie aiguë et blennorrhagie chronique et enfin méthodes de traitement utilisées contre cette affection. Je n'aurai donc à m'occuper dans cette deuxième partie de l'ouvrage que de ce qui est réellement spécial à la femme.

A l'inverse de ce qui se passe chez l'homme, où la blennorrhagie est toujours aiguë au début, la blennorrhagie chez la femme est souvent chronique d'emblée, à tel point que M. Verchère dit n'avoir jamais rencontré d'urétrite blennorrhagique aiguë. On a donné pour raison qu'il est rare que ce soit dans la



période aiguë que le coït ait lieu; des raisons morales et physiques s'y opposent; c'est surtout à la période de la blennorrhagie chronique ou latente que la contamination se produit. Alors la maladie prend chez la femme une forme insidieuse que l'on remarque surtout chez les jeunes mariées. Ces raisons sont très justes; il arrive très souvent que l'homme contracte la blennorrhagie aiguë avec une femme atteinte seulement de blennorrhagie latente. Quoiqu'il en soit de l'interprétation, le fait est exact et c'est le principal.

M. Lebedew s'exprime ainsi sur ce sujet :

« On sait que la gonorrhée des parties sexuelles de la femme peut se présenter sous deux formes : la forme aiguë et la forme chronique. La première échappe plus souvent à l'observation du médecin que la seconde. Souvent une fausse honte empêche la malade de s'adresser au médecin. Les gynécologistes ont plus souvent l'occasion d'examiner la gonorrhée chronique. Parfois la maladie reste localisée pendant des mois au niveau du canal cervical. Dans d'autres cas une pelvi-péritonite se déclare. Un cas de ce genre a été observé par l'auteur chez une femme qui n'avait eu qu'un seul coït et qui, huit jours après son mariage, est venue le consulter pour des fleurs blanches. Huit jours après, elle était alitée en raison d'une inflammation aiguë du pelvis. Du côté droit il s'est formé une tumeur plus volumineuse que le poing.

« Souvent les femmes nouvellement mariées contractent cette maladie, et comme les symptômes ne sont pas trop aigus et que le malaise est attribué plutôt aux douleurs du premier coït, on néglige de s'adresser au médecin. Au bout de la première année du mariage, la gonorrhée s'est non seulement enracinée dans le canal cervical, mais a gagné aussi la région du corps de la matrice. Pour ramener à l'état aigu cette affection chronique, une nouvelle infection n'est pas nécessaire, comme le croient certains auteurs; il suffit de telle ou telle autre influence pernicieuse mais non spécifique, comme un refroidissement, un surmenage physique, un second coït, une forte émotion morale, etc.

« La gonorrhée chronique des organes sexuels internes peut persister pendant des années et son influence néfaste se répercute sur la vie sexuelle et sur la menstruation qui devient plus profuse, se prolonge et s'accompagne de douleurs aiguës. L'acte sexuel donne à la femme une sensation désagréable, aussi cherche-t-elle à l'éviter. Bientôt il se produit une nervosité plus accentuée, surtout à l'époque des menstrues, qui souvent sont accompagnées d'accès d'hystérie. La malade devient anémique, maigrit; parfois elle prend de la mauvaise graisse; elle manque d'appétit et a de la constipation. Tous ces phénomènes exercent aussi une influence sur son état intellectuel et provoquent un état psychopathique. »



La marche de ces blennorrhagies chroniques a été décrite d'une façon magistrale par M. Finger. « La jeune femme qui, avant son mariage, jouissait d'une santé excellente, et qui n'avait jamais eu de troubles menstruels ni ressenti de douleurs utérines, paye, bientôt après son entrée dans la vie conjugale, son tribut à la maladie. Elle commence par s'apercevoir que la sécrétion des parties génitales est exagérée, surtout à l'approche des règles. Les organes sexuels externes s'excorient facilement et deviennent le siège de sensations de chaleur et de prurit. Après un certain temps, généralement à la suite d'une menstruation, elle éprouve des douleurs vagues dans le petit bassin, des tiraillements du côté du sacrum. Ces sensations s'exagèrent avec les mouvements un peu violents et prennent, à l'approche des règles, la forme de coliques. La grossesse se termine souvent avant terme ou, si elle se poursuit, elle aboutit à la périmérite, à la périovarite, à la péritonite circonscrite : les couches sont donc anormales et dangereuses. Et après la parturition, les phénomènes s'aggravent encore. Les symptômes ressentis dans le petit bassin augmentent en intensité. Tous les exercices physiques, la course, la danse sont douloureux; il en est de même du coït. Avant chaque période menstruelle, il se produit des coliques utérines qui forcent la femme à s'aliter.

« Le type de la menstruation est altéré : les règles

sont irrégulières, arrivent trop tôt et trop tard, sont ou profuses ou rares; elles reprennent après avoir complètement cessé. La nutrition est en souffrance, l'aspect de ces femmes se modifie : elles maigrissent, dépérissent, perdent le goût de l'existence et l'amour du travail. Peu à peu se déroule le cortège des phénomènes nerveux les plus variés, il se développe une hystérie typique.

« A l'examen gynécologique, on constate chez ces femmes une exagération de sécrétions vulvo-vaginales; parfois la vulve est pâle et extrêmement sèche; au voisinage de l'embouchure du conduit excréteur des glandes de Bartholin, il existe souvent une rougeur inflammatoire en forme de queue de comète.

« La pression exercée sur ces glandes fait sourdre du canal excréteur un liquide vitreux et laiteux. La même rougeur se montre parfois aussi au niveau de l'un et l'autre des follicules péri-urétraux ou bien entre les plis que forment les caroncules ou les petites lèvres. Au bord de celles-ci, à la commissure postérieure ou centrale de l'anus, on trouve aussi de temps en temps des condylomes.

« Le vagin ne montre guère d'altération, quelquefois un peu de rougeur et quelques érosions dans le cul-de-sac postérieur.

« La portion vaginale du col est un peu tuméfiée, ramollie; la muqueuse qui la recouvre est rouge, les lèvres sont ectropionnées et érodées. De l'ori-



fice externe s'échappe un liquide qui peut n'avoir aucune apparence pathologique, mais qui, parfois, devient purulent. Au toucher, on constate que l'utérus a augmenté de volume, sensible à la pression. Quand il y a eu antérieurement de la péri- ou de la para-métrite, il arrive que la matrice est divisée et fixée dans une mauvaise position. Les ovaires sont tuméfiés, souvent déplacés; les ligaments longs sont plus courts et plus durs que normalement. En somme tous les organes sexuels de la femme participent à l'inflammation chronique. »

L'examen microscopique complétera ce tableau; mais il ne faut pas oublier que l'examen négatif ne doit pas faire exclure la blennorrhagie, et on devra alors se baser sur les symptômes suivants : Le mari est-il ou a-t-il été atteint de blennorrhagie? S'il a eu des enfants, ont-ils présenté de l'ophthalmie blennorrhagique?

Un point qui a occupé pendant longtemps les auteurs, surtout en ce sens qu'il se rattachait particulièrement à la médecine légale, est la vulvite des petites filles. Il est parfaitement admis actuellement que la vulve, comme l'urèthre chez l'homme, peut être atteinte de blennorrhagie et d'urétrite; de ce que cette vulvite n'ait pas été précédée de coït, il n'en résulte pas qu'elle ne soit pas spécifique; il a été démontré que d'autres sources de contagion doivent être invoquées : mais, d'autre part, à côté de ces vulvites blennorrhagiques, il existe d'autres vul-

vites, catarrhales, bénignes, irritatives et dues à des influences plus ou moins banales, cependant d'origine microbienne. Ces vulvites sont assez fréquentes chez les femmes.

La blennorrhagie aiguë est presque toujours généralisée; elle occupe toute l'étendue de la muqueuse génito-urinaire. M. Verchère dit que cette blennorrhagie aiguë généralisée est plus fréquente chez les jeunes femmes. Parmi les malades qu'il a examinées à Saint-Lazare, il n'a guère trouvé la blennorrhagie aiguë généralisée que chez des filles âgées de moins de 19 à 20 ans. Les malades plus âgées présentaient seulement des localisations de l'affection.

Les symptômes de la blennorrhagie aiguë sont subjectifs; ceux de la blennorrhagie chronique sont uniquement objectifs; on ne les découvre qu'à l'exploration de la malade quand elle n'a pas uriné et pressant l'urèthre d'arrière en avant. Il ne faut pas oublier que l'urèthre féminin est riche en follicules qui peuvent prendre part au processus blennorrhagique.

Quel est le siège le plus fréquent de la blennorrhagie?

Les auteurs sont encore divisés à cet égard.

Avant la découverte du gonocoque, les médecins étaient ou contagionnistes ou phlogogénistes. Un homme prenait une chaude-pisse; on examinait la femme (vulve, vagin, urèthre), et si l'on ne trouvait



rien l'inflammation avait pour étiologie excès vénériens, règles, etc. La découverte du gonocoque dans le col de l'utérus a réuni les deux camps adverses, et l'on peut dire qu'actuellement la spirituelle formule de Ricord est vraie pour l'urétrite de l'homme et fautive pour la blennorrhagie.

Examinons quelques opinions en ce qui concerne la localisation de la blennorrhagie.

M. Genouville, qui a écrit un travail très remarquable sur les rétrécissements blennorrhagiques de l'urèthre chez la femme, constate qu'ils sont très rares. M. Blum explique cette rareté par ce fait que, le plus habituellement, la blennorrhagie reste limitée à la partie antérieure de l'urèthre et se termine par résolution. M. Genouville pense que cette rareté doit être due à ce que chez la femme, la blennorrhagie est plutôt vaginale qu'urétrale. La blennorrhagie, d'après le même auteur, ne donne lieu au rétrécissement qu'environ huit ans après son début.

M. Pescione prouve que la localisation la plus fréquente de la blennorrhagie chez la femme est l'urèthre. En général, il a trouvé les gonocoques en grande quantité dans la blennorrhagie urétrale et la bartholinite, tandis qu'ils n'existent qu'en petit nombre à la surface de la vulve et du vagin, probablement à cause de la grande résistance opposée par l'épithélium à ce niveau. Passant aux observations faites sur 30 femmes non suspectes de blennorrhagie, l'auteur dit avoir trouvé chez 19 d'entre

elles des gonocoques avec tous leurs caractères, libres dans le liquide du catarrhe chronique de l'utérus dont les prostituées sont généralement atteintes. Il affirme que ces microbes se trouvent en permanence sur la muqueuse génitale des prostituées en apparence saines, et qu'ils se développent au moment des règles. L'auteur confirme ainsi la théorie du microbisme latent.

M. Aubert pense aussi que la vulve et le vagin sont réfractaires à l'inflammation gonococcique chez la femme adulte; mais il croit que la sécrétion de la glande de Bartholin renferme rarement des gonocoques, et n'en trouve jamais dans les follicules qui entourent le méat.

Diday admet que la localisation la plus fréquente des gonocoques chez la femme est l'urèthre; que ce microbe ne s'acclimate pas sur la vulve; qu'il ne vit guère, excepté chez les petites filles, sur la muqueuse du vagin à cause de la réaction acide ou de l'épaisseur de son épithélium pavimenteux, qu'il prospère et subsiste longtemps dans la cavité du col ainsi que dans le corps de l'utérus.

M. Horand, sur 168 cas de blennorrhagie chez la femme, n'en compte que 6 d'urétrite, soit 1 sur 30. M. Aubert, au contraire, donne le rapport 1 sur 8 et M. Eraud 1 sur 2.

M. Steinschneider pose les conclusions suivantes :  
« Dans tous les cas d'infection blennorrhagique, l'urèthre est tout d'abord affecté... Longtemps après



que les gonocoques ont disparu de l'écoulement urétral, il peut y en avoir dans le col et le corps de l'utérus sans que ces parties soient nécessairement enflammées. Le col utérin est donc le siège de la blennorrhagie chronique. »

M. Eraud résume ainsi son opinion sur la blennorrhagie féminine. « Le siège d'élection du gonocoque est avant tout et surtout l'urèthre, puis l'utérus. Le gonocoque vit presque exclusivement dans le col de l'utérus et rarement dans le corps; la vaginite blennorrhagique n'existe pas en tant qu'entité morbide, distincte, isolée, mais quand elle existe, et cela d'une façon exceptionnelle, du reste, elle est toujours secondaire à la métrite. »

M. Pichevin, dans une communication à la Société de gynécologie de Paris, dit ceci : « Il est établi, contrairement à ce qui était enseigné autrefois, que la vaginite est loin d'être la manifestation la plus fréquente de la blennorrhagie. Les symptômes de l'infection vaginale sont souvent nuls. Le siège de prédilection du gonocoque n'est pas le vagin, mais bien l'urèthre et le col. Bumm, entre autres, a mis en lumière la fréquence de la localisation de la blennorrhagie au col et a nié, pour ainsi dire, l'existence de la vaginite blennorrhagique. »

« Klein, dans son intéressante monographie, a bien montré que c'est l'urèthre qui, chez la femme s'infecte le premier; en second lieu vient la muqueuse du col utérin. Mais plus tard les gonoco-

ques disparaissent de l'urèthre et ne se rencontrent plus que dans la cavité cervicale.

« Voici le tableau fourni par Klein sur la fréquence des différentes localisations de la blennorrhagie chez la femme :

Urèthre (blennorrhagie aiguë) . . . . .	100 p. 100
Urèthre (blennorrhagie aiguë et chronique) . . . . .	62-95 —
Col . . . . .	47-72 —
Utérus . . . . .	14-50 —
Vagin . . . . .	23-40 —
Glandes de Bartholin . . . . .	36 —
Vulve . . . . .	12-23 —
Trompes . . . . .	36-38 —

« Sée, dans sa thèse, rapporte les chiffres suivants : Sur 38 cas de blennorrhagie, Fabry a constaté l'existence du gonocoque seize fois dans l'urèthre et le col, dix fois dans l'urèthre seulement, deux fois dans le col exclusivement. D'après Welander, le gonocoque se rencontre 89 fois pour 100 dans l'urèthre et 53,7 p. 100 dans le col.

« Diday, Doyen, Eraud pensent que la blennorrhagie utérine est la localisation la plus fréquente de la maladie. De l'avis de Wertheim, dont l'opinion fait autorité, l'utérus est infecté directement dans la majorité des cas. »

« Il faut donc être bien convaincu de ce fait que la vaginite n'est pas une étape obligatoire de l'infection blennorrhagique des voies génitales. Une femme peut avoir une blennorrhagie bien avérée sans



que son vagin présente des traces de l'inflammation spécifique.

« L'urèthre est le plus souvent atteint, le fait est bien certain. Mais l'infection de l'urèthre est parfois si légère chez la femme que c'est à peine si elle éprouve quelques douleurs en urinant. En somme, les symptômes sont parfois si atténués qu'ils passent inaperçus. Et cependant cette femme, qui n'a pas de vaginite, qui n'accuse pas de douleurs pendant la miction, peut avoir une blennorrhagie cervicale très contagieuse.

« Ces faits sont admis par un très grand nombre de gynécologistes, et, pour ma part, je les considère comme définitivement acquis. »

M. Kolischer (de Vienne) a constaté, à la clinique de M. Schauta, que, contrairement à l'opinion générale, les phénomènes vésicaux qu'on observe chez les femmes atteintes d'uréthrite gonorrhéique peuvent, quand ils ne sont pas convenablement soignés, aboutir à une véritable cystite. Cette cystite, qu'il désigne sous le nom de cystite infiltrante ulcéreuse, se présente avec les caractères suivants :

« A l'examen cystoscopique, on voit sur la muqueuse vésicale de grosses taches brunâtres, à centre élevé formant plateau, et couvert d'un exsudat se présentant sous formes de fausses membranes, ayant les dimensions d'une lentille. Si, avec une pince, on essaie d'enlever ces fausses membranes, on constate qu'elles sont très adhérentes et qu'elles

laissent après elles une surface ulcérée, irrégulière, couvertes de granulations.

« Les symptômes cliniques de cette cystite sont une fréquence très grande des mictions et une sensation de pesanteur, de douleurs dans la vessie; les mictions elles-mêmes ne sont pas douloureuses; l'urine est uniformément trouble et dépose fortement; la capacité de la vessie est diminuée.

« Toujours on trouve soit une gonorrhée générale plus ou moins récentes avec des gonocoques à l'appui, soit une gonorrhée ancienne. Le seul traitement qui réussit dans ces cas est le curetage des ulcérations, suivi d'une instillation de nitrate d'argent ou, dans les cas rebelles, d'un attouchement au crayon de nitrate ou au galvano-cautère.

« Le traitement est douloureux; aussi doit-on pratiquer cette petite opération sous le chloroforme ou bien après avoir laissé agir un suppositoire à la morphine. En tout cas, il faut se garder d'employer la cocaïne qui, vu l'état de la muqueuse vésicale, peut être facilement résorbée et causer la mort. »

On voit par ces citations combien les auteurs diffèrent d'avis. Heureusement que cela n'a pas une très grande importance pour le traitement, du moment que le médecin est prévenu qu'il doit chercher le microbe dans toutes les parties de l'appareil urogénital.



## II. — TRAITEMENT GÉNÉRAL DE LA BLENNORRHAGIE

Comme la blennorrhagie, d'après la généralité des médecins, se cantonne principalement dans l'urèthre et la matrice : que, d'un autre côté, il est absolument nécessaire de s'occuper en même temps du vagin et de la vulve qui, s'ils ne sont pas contaminés, n'en sont pas moins en contact avec la sécrétions des organes infectés, il me paraît utile d'établir d'abord un traitement général, puis d'indiquer le traitement spécial à l'urèthre et à l'utérus.

Le traitement général de la blennorrhagie sera hygiénique et diététique, et surtout devra transformer autant que possible le milieu septique. On se contentera, vu l'intensité de l'inflammation, de grands bains prolongés, d'irrigations continues à l'eau boriquée ou avec une solution de sublimé à 1 p. 2 000 dans le vagin et surtout répétées, et enfin des tampons vaginaux et vulvaires.

Les injections seront prises couchée et faites par une personne entendue. Le doigt introduit dans le vagin déplissera bien la muqueuse et on aura soin, si l'on se sert d'injection au sublimé, d'appuyer, à la fin, sur la fourchette, pour ne laisser aucun liquide dans la cavité vaginale. Lorsque la malade ne peut supporter les injections, il est bon de cocaïniser d'abord légèrement le vagin et la vulve.

Les tampons seront enduits de pommades : M. Ver-

chère conseille l'iodoforme, 10 grammes, pour 50 grammes de vaseline.

Dans la vaginite purulente d'origine blennorrhagique, M. Richard d'Aulnay emploie le bleu de méthylène. La solution employée dans le traitement a été formulée ainsi :

Bleu de méthylène. . . . .	10 grammes.
Alcool . . . . .	15 —
Potasse. . . . .	0 <sup>gr</sup> .20
Eau . . . . .	200 grammes.

On l'applique de la façon suivante : le vagin ayant été nettoyé et stérilisé par le sublimé, on fait un pansement, principalement dans le cul-de-sac postérieur, avec un ou plusieurs tampons d'ouate hydrophile, trempés dans la solution de bleu. Des tampons secs obstruent l'orifice du vagin. On laisse le pansement en place pendant deux jours : la malade ne fait ni injections ni ablutions, puis on retire les tampons et on fait un lavage au sublimé et on met en place, pendant vingt-quatre heures, deux tampons d'ouate trempés dans de la glycérine. Le quatrième jour le vagin est décoloré et paraît d'un rouge cerise ; il n'y a plus de sécrétions et les altérations se sont légèrement modifiées. La congestion, qui persiste encore, finit par disparaître au bout d'une huitaine de jours de moyen de pansements vaginaux à l'ouate simple combinés à des injections bi-quotidiennes de sublimé à 1 p. 100. En même temps on donne à ces malades, par jour, deux cachets de bleu de mé-



thylène de 0<sup>gr</sup>,25 chacun; on peut aller à 0<sup>gr</sup>,50 et 1 gramme.

Au bout de trois à quatre jours, guérison. Les douleurs se calment dès l'application.

M. Pescione conseille comme traitement les injections chaudes de sublimé à 4 p. 1 000 pendant deux jours, puis au sublimé résorciné à 3 p. 100 avec 20 grammes de glycérine pour chaque 100 grammes de liquide. Les phénomènes aigus terminés, il emploie la solution d'acétate de plomb, à 1 p. 100 ou le glycérolé de tanin avec l'eau de goudron.

M. Grandin procède de la manière suivante : lorsqu'il a reconnu une vaginite aiguë, il introduit le spéculum cylindrique le plus volumineux qui puisse pénétrer, après insensibilisation préalable au besoin par la cocaïne. Le vagin et le col utérin nettoyés, il badigeonne d'abord la cavité du col à l'aide d'une solution de nitrate d'argent à 2 p. 30 à peu près, puis il verse dans le spéculum une cuillerée à thé de la même solution et retire doucement l'instrument, de façon à mettre le liquide en contact avec toutes les parois vaginales. Arrivé à la vulve, il renverse le spéculum et fait écouler dans un bassin l'excès de la solution. Le spéculum est réintroduit ensuite dans le but de placer un ou deux tampons enduits de vaseline dans le vagin; ces tampons restent vingt-quatre heures en place. Quand elle les enlève, la malade doit bien se laver le vagin avec une solution de chlorhydrate d'ammoniaque à

1 1/2 p. 100. La vulve et l'urèthre sont également badigeonnés, mais avec une solution plus faible, à 1 p. 50 approximativement.

Ce traitement énergique aurait des suites excellentes, l'opération aurait même rarement besoin d'être répétée, quand on y a recours dès le début du mal. Après cinq ou six jours, il ne persisterait plus que des symptômes d'inflammation simple. Au reste, l'emploi de ces solutions fortes de nitrate d'argent serait exempt de tout inconvénient.

M. Schmitt établi d'après ses observations personnelles que, à la période aiguë de l'affection, l'urétrite et la vaginite dominant la scène, tandis que l'endométrite persiste souvent à l'état chronique, quand les autres manifestations ont cédé depuis longtemps : il donne le traitement suivant pour la vulvite : repos au lit, applications de compresses glacées, avec cautérisation des érosions douloureuses à l'aide d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 20, les replis cutanés étant d'ailleurs isolés par l'interposition d'ouate imbibée de solution de sublimé à 1 p. 1 000 ou de biiodure à 4 p. 1 000. Quant à la bartholinite abcédée, elle n'est justiciable que du traitement chirurgical (large incision avec lavage et pansements antiseptiques). Les attouchements de nitrate d'argent suffisent contre la folliculite.

Le vagin, d'après M. Schmitt, n'est pas si exceptionnellement atteint que veut bien le dire M. Eyraud



(de Lyon). Après avoir énuméré les différents traitements préconisés dans ces derniers temps contre la vaginite blennorrhagique, le chirurgien de Nancy déclare employer de préférence maintenant dans sa pratique le biiodure de mercure, « dont les propriétés microbicides, dit-il, sont encore très actives, même à une forte dilution ». Voici d'ailleurs comment il procède :

Dès que l'introduction de la canule vaginale et du spéculum n'est plus douloureuse, il fait pratiquer une ou deux fois par jour, selon l'abondance de l'écoulement et l'acuité de l'inflammation, des irrigations au biiodure de mercure à 1 p. 10 000 ; ces lavages vaginaux sont faits à l'aide de l'irrigateur ordinaire, coiffé d'une canule percée de deux trous latéraux ; 2 litres de liquide sont largement employés chaque fois. Puis, la femme étant couchée le bassin élevé, suivant l'ancien conseil de Ricord, on pratique avec ou sans spéculum une nouvelle injection, de façon que le liquide (à 1 p. 1 000 cette fois) séjourne quelques minutes dans le vagin : celui-ci, lorsque l'injection s'est écoulée, est tamponné avec du coton imbibé de glycérine iodoformée au début, saupoudrée de tanin un peu plus tard. Après quelques jours (dix à quinze en moyenne), et en traitant concurremment les autres localisations de l'inflammation, tout écoulement vaginal a disparu. Quand l'urèthre est envahi par le processus infectieux, le nitrate d'argent fait merveille ; dans

les cas aigus, souvent une seule cautérisation avec un crayon, soit pur, soit mitigé, est insuffisante. Plus tard, il faut pratiquer tous les jours une instillation argentique à 1 p. 50.

La vaginite est aussi traitée par les ovules Chaumel à l'ichthyol, au bleu de méthylène, etc., ou bien à la belladone-morphine, si les douleurs sont très vives. On peut aussi employer les suppositoires Chaumel sédatifs à l'extrait d'opium, à la cocaïne, etc.

Souvent aussi on utilise le tamponnement du vagin, après avoir introduit une ovule Chaumel à l'iodoforme, au tanin, à l'ichthyol, etc.

### III. — TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE URÉTHRALE

#### § I. — Blennorrhagie uréthrale aiguë.

Quand l'inflammation uréthrale n'est pas trop vive, on injectera dans l'urèthre des solutions au permanganate de potasse, au sulfate de zinc, à l'ichthyol. Je préfère ici les instillations argentiques ; VII à VIII gouttes à 1 p. 50. J'en ai obtenu d'excellents résultats et elles sont très faciles à faire. La boule reste en place deux ou trois minutes après l'instillation, pour éviter la sortie du liquide.

Quand on est arrivé à la période de déclin, quelques auteurs recommandent l'introduction de crayons d'iodoforme, le badigeonnage de teinture d'iode.



Faut-il, à cette période de la maladie employer les balsamiques; la brièveté du canal rend compte des échecs que l'on peut avoir avec ces médicaments; cependant il est toujours bon d'aseptiser l'urine avec le salol pris à l'intérieur à la dose de 3 grammes et même plus par jour, et d'utiliser les capsules au santal.

M. Richard d'Aulnay a essayé le bleu de méthylène *intra* et *extra*, à l'intérieur et sous forme de cachets et à la dose de 0<sup>gr</sup>,50 à 1 gramme par jour; peu de résultats; en injections uréthrales à la dose de 6 centigrammes d'une solution à 1 p. 10 laissées cinq à six minutes dans le canal, meilleurs résultats.

La blennorrhagie uréthrale aiguë guérit assez vite; le pronostic est plus favorable chez la femme que chez l'homme.

#### § 2. — Blennorrhagie uréthrale chronique.

La blennorrhagie uréthrale chronique est bien plus difficile à guérir quand elle est chronique d'emblée que lorsqu'elle est la suite d'un état aigu, la première s'étant dérobée souvent depuis longtemps à l'observation et par conséquent au traitement; cette blennorrhagie peut ou n'occuper que l'urètre ou siéger en même temps dans les glandes qui bordent le méat (urétrite totale, urétrite externe des auteurs).

M. Eraud dit avoir essayé tous les traitements classiques dans l'urètre avec peu de résultats. On doit peu compter sur les balsamiques en général pour guérir d'une façon absolue l'écoulement de l'urètre; de même pour les injections. Il emploie un procédé plus radical.

La malade est anesthésiée, puis on racle la muqueuse uréthrale avec la curette de Wolkman dans tous les points et on fait une instillation de nitrate d'argent ou des injections répétées de liqueur de Van Swieten: il se produit une hémorrhagie qui dure trois ou quatre jours. Mais il y a une différence avec les résultats de curettage dans les urétrites: on ne peut détruire complètement le parasite. Tandis que dans l'utérus on peut gratter et arriver jusque sur le tissu sain, ce que l'on reconnaît parfaitement aux produits épithéliaux, granuleux, que l'on retire du raclage, dans l'urètre, au contraire, on n'agit qu'indirectement sur le foyer infectieux, on ne fait que déterminer une hémorrhagie simple, sans exfoliation de la muqueuse, qui, fort résistante, ne se laisse pas entamer par le coupant de la curette.

M. Jullien emploie avec succès l'ichthyol dans le traitement de l'urétrite chez la femme. Il l'applique au moyen d'une tige métallique dont l'extrémité rugueuse est entourée d'ouate imbibée du médicament; il passe et repasse l'instrument porte-remède plusieurs fois dans l'urètre avec une certaine vigueur.



C'est aussi à l'ichthyol qu'il a recours pour tuer le gonocoque dans le vagin ou la matrice.

On emploie aussi les bougies Chaumel (sublimé, nitrate d'argent, ichthyol, etc.).

A la période de déclin on emploie avec avantage les capsules Raquin au salol, 0<sup>gr</sup>, 25 par capsules, à la dose de huit à seize par jour.

Quand les malades sont atteints depuis de longs mois d'un écoulement urétral traité sans succès, M. Verchère pense que dans ce cas on a affaire à des kystes glandulaires. Pour s'en assurer on fait une incision verticale séparant nettement et complètement la cloison uréthro-vaginal dans l'étendue de 1 centimètre à peu près. Écartant les lèvres de l'incision, on voit la tranche de la paroi urétrale. Dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-muqueux hypertrophié, on aperçoit un semis abondant de petits kystes glandulaires remplis de pus, les uns complètement oblitérés, les autres avec une communication par un canal extrêmement étroit avec l'urètre. Le pus ne contient pas de gonocoques. Comme traitement, il faut faire l'ablation de toute la région qui contient les kystes, enlever ensuite la muqueuse vaginale et urétrale. Pour faire l'incision, on introduit une lame de ciseaux dans l'urètre, l'autre dans le vagin, et on incise dans l'étendue de 1 centimètre à 1 centimètre et demi. Après écartement des lèvres de la plaie, dissection attentive de chaque poche : dans les cas difficiles, on enlève seulement, en tota-

lité, le tissu cellulaire plus ou moins scléreux dans lequel se trouvent les kystes.

Ce traitement doit être précoce.

Martineau avait grande confiance dans le sublimé. « Le traitement de la blennorrhagie urétrale par les injections de sublimé, en solution, à la dose de 1 p. 1 000 ou 1 p. 5 000 grammes d'eau (une par jour), ou par l'application de suppositoires à la dose de 2, 4 et 6 milligrammes (un par jour), m'a donné les résultats les plus heureux. Je puis dire que c'est le seul médicament que mes expérimentations aient mis hors de pair (160 malades traitées jusqu'à ce jour), par son efficacité réelle, par son action prompte et énergique. Aussi ne puis-je admettre, chez la femme du moins, l'opinion de Keyes qui nous dit que « la solution de sublimé au millième ou au demi-millième irrite la membrane muqueuse de l'urètre « beaucoup plus qu'elle n'irrite une plaie ouverte, « ancienne ou récente, et qu'elle ne modifie que passagèrement la blennorrhagie sans arrêter son cours « normal ». Chez l'homme, il est possible que cette opinion soit exacte, quoique dans les nombreux cas où j'ai prescrit les injections de sublimé, je n'aie constaté rien de pareil; mais, chez la femme, je le répète, je puis certifier que l'opinion de Keyes est inexacte. Aussi, contrairement à cet auteur, je conclus : le traitement abortif ou rapidement curatif de la gonorrhée est aujourd'hui constitué sur des bases solides, alors surtout que la folliculite est trai-



tée énergiquement à l'aide du procédé qu'il me reste à vous faire connaître.

« Les injections sont faites à l'aide d'une seringue en ivoire à canule courte, de 5 centimètres environ de longueur, dont l'extrémité vésicale sera olivaire, de façon que, après l'avoir fait pénétrer dans la vessie, le médecin la ramène doucement au col vésical pour en oblitérer l'orifice autant que possible. Cette canule sera percée de trous, au nombre de 2 à 4, et disposés de telle façon que le jet ait une direction récurrente. Il est important de pousser lentement le piston, d'interrompre la manœuvre de temps en temps, afin que, d'une part, le liquide ne pénètre pas dans la vessie, et, d'autre part, qu'il baigne complètement toutes les parties du canal urétral pendant quelques minutes. En agissant ainsi vous éviterez la cystite. »

#### IV. — TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE UTÉRINE

Comme je l'ai écrit plus haut, M. Verchère pense que la métrite blennorrhagique n'existe pas à l'état aigu ou du moins qu'il ne l'a jamais rencontrée, malgré un grand nombre de sujets, et, de fait, c'est souvent de la métrite chronique que les auteurs se sont occupés.

Cette inflammation peut être cantonnée au col ou atteindre l'intérieur de l'utérus.

« La blennorrhagie cantonnée au col, écrit Diday, paraît jusqu'ici assez résistante aux indications ordinaires. La goutte utérine ne s'annonce guère moins rebelle que la goutte militaire. »

La métrite peut être congestive ou ulcéreuse : la première se guérit facilement : la seconde, souvent conséquence de la première, se localise habituellement au col.

M. Tixéron a traité quatre cas de blennorrhagie utérine par le permanganate de potasse : dans les deux cas de métrite blennorrhagique simple sans lésions annexielles, la guérison a été obtenue très rapidement et d'une façon définitive ; dans les deux autres cas, les malades ayant eu des infections salpingiennes et péritonéales, le gonocoque est reparu immédiatement après les époques menstruelles.

Voici le traitement employé généralement :

1<sup>er</sup> jour : à huit heures d'intervalle, deux lavages intra-utérins avec une solution de permanganate à 1 p. 1000.

2<sup>e</sup> jour, un lavage à 1 p. 500.

3<sup>e</sup> jour,

Disparition totale des gonocoques.

4<sup>e</sup> jour, un lavage à 1 p. 1000.

5<sup>e</sup> jour — à 1 p. 500.

6<sup>e</sup> jour — à 1 p. 5000.

M. Bandl, de Vienne, opère de la façon suivante : après avoir appliqué un spéculum, il introduit sa canule fenêtrée dans le canal cervical jusqu'à l'orifice



interne, puis il verse dans le spéculum une solution de sulfate de cuivre à 10 p. 100 et fait exécuter à la canule des mouvements de va-et-vient, ce qui permet la cautérisation de toute la muqueuse cervicale. Après quelques minutes de ce traitement, il retire la canule, fait couler la solution hors du spéculum et glisse un tampon sur le col. Si l'on ne parvient pas à introduire facilement la canule fenêtrée dans le canal cervical, après avoir appliqué le spéculum ordinaire, on va accrocher le col au moyen d'un petit crochet de Sims, on l'attire en avant, puis, retirant le spéculum, on en applique un second plus court (spéculum de Bandl), le crochet restant en place. On a ainsi l'orifice externe du col beaucoup plus près de la vulve, ce qui facilite la petite manœuvre décrite plus haut. On procède à ces cautérisations tous les trois ou quatre jours. Dans l'intervalle, la malade fait chez elle des irrigations au sulfate de zinc (une cuillerée dans un litre d'eau).

M. Doléris conseille d'employer le traitement suivant :

- 1° Détruire radicalement les gonocoques dans le col;
- 2° Les atteindre dans leurs retraites les plus profondes ;
- 3° Pour cela, il faut multiplier l'action des agents microbicides par la répétition des lavages antiseptiques spéciaux ;
- 4° Étaler, mettre à découvert le plus possible les diverticules folliculaires les plus profonds ;

5° Maintenir le col béant et son trajet largement ouvert par un bon drainage pendant un temps suffisant ;

6° Se mettre à l'abri des réinfections venant d'en bas par la vulve et le vagin, ou d'en haut par la filtration des exsudats tubaires si les trompes sont infectées. Dans ce dernier cas d'ailleurs, le traitement utérin, loin d'être contre-indiqué, est d'un effet favorable.

Les lavages doivent être le remède de la première heure : mais la dilatation lente, progressive, excessive et répétée est l'élément le plus sûr du traitement intra-utérin, sur lequel on a le droit de compter le plus.

M. Eraud pense que la guérison vraie, réelle, bien nettement établie à longue échéance, est rare chez l'homme comme chez la femme, et même avec plus de vérité chez la femme, chez laquelle les organes lésés sont plus cachés et moins accessibles aux moyens thérapeutiques, chez laquelle les périodes menstruelles et des grossesses viennent aggraver la maladie. L'utérus étant un des lieux électifs de la blennorrhagie, c'est là qu'il faut chercher, ainsi que dans l'urèthre. La folliculite et la vulvo-vaginite doivent être négligées à ce point de vue, étant indemnes de blennorrhagie. Bien que la vaginite gonococcienne soit récusée comme existante, il n'en faut pas moins débarrasser le vagin par des moyens détersifs de toutes ses mucosités au fur et à mesure qu'elles sont expulsées de l'utérus.



L'auteur emploie le procédé suivant. « La malade étant anesthésiée ou non, je procède d'abord avec une curette de Wolkman au raclage de la cavité cervicale et de la surface du col, de façon de mettre à nu le tissu sain et à dépeuiller autant que possible les parties malades et du gonocoque et des produits purulents auxquels sa prolifération donne naissance; en second lieu, je procède à l'application ou à l'introduction de la substance parasiticide. Les deux agents auxquels je donne la préférence sont le nitrate d'argent et le sublimé : le premier sous formes d'instillations, la solution étant à 4 p. 40 ou encore à 4 p. 30, dont je laisse tomber dans et sur le col la presque totalité de la seringue de Guyon. Quant au sublimé, je l'emploie sous forme de liqueur de Van Swieten pure. Pour ce, je remplis une grande seringue à hydrocèle, à laquelle j'adapte une sonde molle de Nélaton; j'introduis l'extrémité terminale de la sonde dans le col et je procède ensuite au lavage de l'intérieur et de la surface du col. Cela fait, j'insuffle soit à l'intérieur, soit à la surface du col, de la poudre d'iodoforme, ou préférablement j'applique de la gaze iodoformée qui, un peu serrée dans le col, a pour but en quelque sorte de résorber les produits muqueux ou purulents résultant à la fois de la maladie et du raclage lui-même. Enfin, par-dessus tout, j'introduis un tampon d'ouate salicylée, qui, en même temps qu'il maintient en place le pansement, contribue à tarir les sécrétions vaginales.

« Ce pansement est laissé en place en moyenne trois à quatre jours consécutifs; puis, à cette époque, ce dernier étant enlevé, la malade prend un bain, des douches vaginales, et le lendemain on réapplique un nouveau pansement, en le modifiant suivant l'état du col utérin.

« La rapidité avec laquelle disparaissent les ulcérations est très grande; quand la réaction inflammatoire est trop vive, il faut user de pansements ouatés.

« Le nitrate d'argent ne donne de bons résultats qu'après le raclage; sans cela il se trouve en présence d'albuminoïde qui le décompose.

« Quand il y a en même temps une endométrite du corps, surtout si cette endométrite se complique d'hémorragie et de douleurs vives, il convient de dilater l'orifice interne et de pénétrer dans l'intérieur du corps avec une curette pour gratter et enlever toutes les mucosités, toutes les granulations disséminées sur la muqueuse. »

M. Verchère pense que, dans les cas invétérés, il ne faut pas se contenter du curetage, mais aller jusqu'à l'opération de Schröder.

M. Dohrn se rallie à l'opinion de ceux qui considèrent la blennorrhagie chronique de la femme comme une affection grave qui peut conduire au marasme, qui est extrêmement difficile à traiter et fort sujette aux récidives.

Dans les cas d'affection gonorrhéique des trompes,



l'extirpation de ces organes, avec ou sans les ovaires, peut s'imposer. Dans les cas d'endométrite blennorrhagique chronique, M. Dohrn conseille de faire des cautérisations au nitrate d'argent, avec une solution à 1 p. 100, suivies d'injections intra-utérines avec une solution de sublimé à 1 p. 1000.

Je crois qu'on ne peut mieux conclure, en ce qui concerne le traitement de la blennorrhagie chronique chez la femme, que par cette opinion de M. Eraud : « En raison du siège intra-épithélial du gonocoque, il serait convenable de diriger contre les efforts de ce dernier un traitement chirurgical, c'est-à-dire avoir recours à la fois au raclage de l'urèthre et de l'utérus, suivi d'injections ou de lavages parasitocides : les résultats sont plus avantageux sur l'utérus, mais moins marqués pour l'urèthre. »

#### V. — TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE DES ANNEXES DE L'UTÉRUS

Les complications blennorrhagiques qui atteignent les annexes de l'utérus sont du domaine de la gynécologie proprement dite.

Je tiens cependant à citer l'expérience de M. Wertheim sur les causes de cette infection, opinion que je partage entièrement.

Des diverses constatations qu'il a faites, l'auteur conclut qu'on a tort d'invoquer, comme on le fait souvent, les infections secondaires par des microbes

inflammatoires différents du gonocoque, pour expliquer certaines complications de la blennorrhagie. Le microbe de Neisser est susceptible de manifester son activité de façons très diverses et dans les tissus les plus variés. Certes, il y a des infections secondaires qui se produisent à la suite de la blennorrhagie, mais, d'après M. Wertheim, le gonocoque joue un rôle beaucoup plus grand qu'on ne l'a pensé dans ces processus secondaires. Il rapporte, entre autre cas, l'observation d'une fille de 16 ans chez laquelle se développa, à la suite d'une uréthrite à gonocoques, une affection des ovaires : ceux-ci, enlevés par la laparotomie, montrèrent en effet des foyers purulents contenant des gonocoques caractéristiques.

Le Dr Chanier, en traitant de la péritonite blennorrhagique chez la femme, a émis des principes que tout médecin doit avoir présents à l'esprit quand il diagnostique et traite la blennorrhagie chez la femme.

« Pour rendre ce traitement efficace, il faut savoir reconnaître la blennorrhagie de la femme où elle se cache et ne pas croire, comme cela a été enseigné pendant de longues années, qu'uréthrite est synonyme de blennorrhagie, et que, l'uréthrite étant rare chez la femme, la blennorrhagie l'était aussi. »

« Enfin, non seulement il faut connaître les localisations variées de la blennorrhagie féminine, mais on doit aussi savoir que pour diagnostiquer cette dernière il ne faut pas exiger la présence du gono-



coque sous le microscope dans le pus du vagin ou de l'utérus, car il disparaît vite, et de ce qu'on ne le trouve pas on ne doit pas conclure qu'il n'a pas existé ou même que le pus n'est plus infectant.

« Le diagnostic des lésions péri-urétrho-salpingiennes au cours de la blennorrhagie est très important : il faut toujours redouter l'extension de la maladie chez la femme et traiter énergiquement les manifestations de la blennorrhagie féminine. Il faut surtout poursuivre avec la dernière énergie ces formes torpides, latentes d'endométrite cervicale à gonocoque. »

La blennorrhagie chez la femme doit attirer l'attention constante du médecin. Il faut que ce dernier soit dorénavant bien convaincu que si la blennorrhagie chez l'homme et chez la femme n'est pas une affection aussi grave que la syphilis, elle peut avoir des conséquences qui la placent, dans le cadre nosologique, au rang des maladies les plus rebelles et les plus importantes.

## FORMULAIRE

DES

### MÉDICAMENTS NOUVELLEMENT EMPLOYÉS DANS LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE

#### I. — BLENNORRHAGIE CHEZ L'HOMME

α **Instillations.** (Seringue de Guyon. — Sonde à olive.)

Solutions argentiques de 1/40 à 1/250. — De XX gouttes à une seringue entière.

β **Injections.**

Acide citrique . . . . .	1 gramme.
Eau . . . . .	100 —

Six injections par jour.

Émulsion avec de la gomme arabique et créosote de 2 à 10 p. 100. ®

Ichthyol 2 à 3 grammes (on peut aller jusqu'à 6 grammes)
Eau . . . . . 100 —

Deux injections par jour.



Une fois par jour, une injection de 10 cent. cubes avec l'émulsion suivante :

Airol . . . . .	2 grammes.
Glycérine . . . . .	15 —
Eau distillée . . . . .	5 —

Trois injections par jour avec :

Dermatol . . . . .	2 à 4 grammes.
Eau distillée . . . . .	100 grammes.

Six fois par jour, une injection de 6 cent. cubes avec :

Alumnol . . . . .	1 à 2 grammes.
Eau . . . . .	100 grammes.

Permanganate de potasse . . . . .	1 gramme.
Eau . . . . .	1 litre.

Trois fois par jour.

Quatre à cinq injections par jour d'une solution de :

Permanganate de zinc . . . . .	1 gramme à 2 <sup>sr</sup> ,50.
Eau . . . . .	100 grammes.

Argentamine . . . . .	1 gramme.
Eau distillée . . . . .	5 litres.

Argonine . . . . .	3 à 15 grammes.
Eau . . . . .	200 grammes.

Itrol . . . . .	0 <sup>sr</sup> ,025 à 0 <sup>sr</sup> ,05.
Eau . . . . .	200 grammes.

Quatre injections par jour.

Formaldéhyde (formulaire) . . . . .	1 à 5 grammes.
Eau distillée . . . . .	400 grmmes.

γ Grands lavages :

Acide citrique . . . . .	8 grammes.
Eau . . . . .	1 litre.

Un litre en une seule séance, une fois par jour.

Permanganate de potasse . . . . .	2 grammes.	} Liquide à
Eau distillée ou filtrée . . . . .	100 —	

Pour préparer extemporanément des solutions dans un demi-litre d'eau filtrée chaude :

5 grammes, solution à . . . . .	1/5 000.
10 — — — — —	1/4 000.
15 — — — — —	1/3 000.
20 — — — — —	1/2 000.
25 — — — — —	1/1 000.

Appareils laveurs placés pour le lavage de l'urèthre antérieur à 0<sup>m</sup>,50 ou 0<sup>m</sup>,75 de hauteur et à 1<sup>m</sup>,50 à 1<sup>m</sup>,80 pour l'urèthre postérieur. 500 à 600 grammes par séance.

Les taches s'enlèvent avec une solution à 1 pour 3 de bisulfite de soude.

Nitrate d'argent de 1/4 000 à 1/100.

Sublimé de 1/30 000 à 1/20 000.

Sulfo-ichthylol d'ammoniaque à 1/100.

Argentamine . . . . .	1 gramme.
Eau distillée . . . . .	10 à 6 litres.

Argonine . . . . .	1 gramme.
Eau . . . . .	4 litres.



**Bougies médicamenteuses.**

Bougie enduite de la pommade suivante :

Onguent napolitain . . .	15 grammes.
Lanoline de Leibreich . . .	} à à 8 —
Pommade à la paraffine . . .	

Dix à quinze introductions par jour.

Alumnol . . . . .	0 <sup>gr</sup> ,25.
Poudre de riz . . . . .	2 grammes.
Sucre . . . . .	3 —
Onguent glycérolé . . . . .	0 <sup>gr</sup> ,5.
Gomme arabique . . . . .	III gouttes.
Eau distillée . . . . .	VII —

M. D. S. pour faire bougie n° 10.

Bougies Chaumel à l'acide borique, alun, chlorure de zinc, coraïne, ichtyol, sublimé, iodol, santal, tanin, etc.

**ε Médication interne.**

Balsamiques... capsules Raquin au copahivete de soude, santal, salol, copahu, rétinol, térébenthine, etc.

**ζ Divers.**

Introduire dans l'urèthre avec un pulvérisateur, une fois par jour, le mélange suivant :

1 <sup>er</sup> jour. Essence de cannelle mélangée à I goutte de benzoïnol.		
2 <sup>e</sup> jour.	—	II —
3 <sup>e</sup> jour.	—	III —

**II. — BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME**

Tous les médicaments utilisés chez l'homme, et, en plus :  
Tampons enduits de :

1 <sup>o</sup> Iodoforme . . . . .	40 grammes.
Vaseline . . . . .	50 —

2 <sup>o</sup> Bleu de méthylène . . . . .	40 grammes.
Alcool . . . . .	15 —
Potasse . . . . .	0 <sup>gr</sup> ,20.
Eau . . . . .	200 grammes.

Irrigations avec :

Eau boriquée.

Solution de sublimé à 1/2 000.

Solution de biiodure de 1/4 000 à 1/10 000.

Injectons urétrales avec :

6 centigrammes d'une solution de bleu de méthylène à 1/10.

Sublimé de 1/1 000 à 1/5 000.

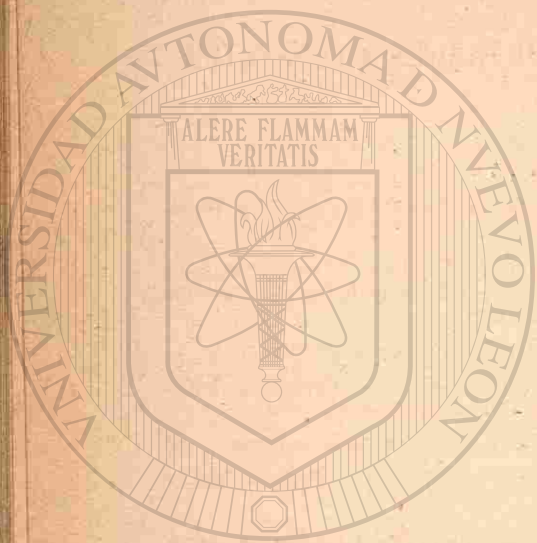
Badigeonnages avec :

Solution argentique 1/20 à 1/50.

Ouate trempée dans l'ichtyol.

Bougies médicamenteuses de Chaumel.





## PRINCIPAUX OUVRAGES A CONSULTER

- Audry.** — *Précis des maladies blennorrhagiques.* Paris, Steinhil, 1894.
- P. Bosc.** — *Le Gonocoque.* Bactériologie, clinique, médecine légale. Montpellier, 1873. — Bibliographie très complète à la fin du volume de 1872 à 1893.
- L. Casper.** — *Berlin. klinische Wochenschrift,* 1897, n° 15.
- Christian.** — *Traitement de la blenn. par l'irrigation de l'urèthre* (*Therapeutische Gaz.*, 15 nov. 1894).
- Dandois.** — *Revue méd. de Louvain* ; juillet et août 1893.
- Debru.** — *De l'antiseptie et des lavages de l'urèthre* (th. de Montpellier, 1893).
- Delaroche.** — *Trait. de la blenn. par les lavages au siphon* (thèse de Paris, juillet 1893).
- Diday.** — *La pratique des maladies vénériennes.* Paris, 1890.
- Ekelund.** — *Trait. de la blenn. par la méthode de Janet* (*Archiv für Dermatologie*, vol. XXXI, p. 3).
- Finger.** — *La Blennorrhagie et ses complications*, traduit d'après la troisième édition allemande par le Dr Hogge. Félix Alcan, 1894.
- Fournier.** — *Article Blennorrhagie* du *Dictionnaire de Jaccoud.*
- Fürbringer.** — *Traité des maladies des organes génito-urinaires.* Paris, 1892.
- Furst.** — *Trait. abortif de la blenn. par la méth. de Janet* (*Deutsche med. Wochenschrift*, 6 septembre 1894).



**F.-P. Guiard.** — *Comment faut-il traiter la blenn. chez l'homme?* (Gaz. des Hôpit., 42 et 49 janvier 1895).

— *La Blennorrhagie chez l'homme.* Historique, bactériologie, clinique, traitements anciens et nouveaux, préface du professeur Guyon. Rueff et C<sup>o</sup>, 1894, Paris.

**Goldberg.** — *Centralblatt für die Krank. der Harn- und Sexualorg.*, 1896, p. 825.

— *Weitere Mittheilungen zur Abortion der Gonorrhœa incipiens* (Centralblatt für innere Med., 1896, n<sup>o</sup> 41).

**Ch. Greene Gumston** (Boston). — *Journ. of cut. and gen. urin. organ.*, octobre 1895, p. 412. Anal. in *Ann. gén.-urin.*, 1896, p. 825.

**Hogge.** — *Annales de la Soc. médico-chirurgicale de Liège*, mars 1894, 97.

— *Ann. des voies urin.*, p. 519, 1893.

**Hogge.** — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, avril 1893.

**Jamin.** — *Étude sur l'uréthrite blennorrhagique* (thèse 1883).

**Janet.** — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1892, 1893; *Nouvelles archives d'obstétrique*, 1893; *Annales de dermatologie*, 1893-94; *Semaine méd.*, 14 janvier 1893.

**Janet, Guiard, Vignerou, Nogues, Eraud, Desnos.** — *Première session de l'Assoc. franç. d'urologie*, 1896, p. 73.

**De Keersmaecker.** — *Ann. de la Soc. de méd. Anvers*, mars 1897.

**Legrain.** — *Les Microbes de l'écoulement de l'urèthre* (thèse de Nancy, 1888).

**Marcel Sée.** — *Le Gonocoque.* Félix Alcan, 1896. — Excellente bibliographie de 1893 à 1896.

**Morel-Lavallée et Guinard.** — *Journ. de méd. de Paris*, n<sup>o</sup> 43, 1893.

**Moller.** — *100 Fälle von Urethritis gonorrhœica behandelte nach Janet's Method* (Arch. für Dermat. und Syphil., Bd. XXXV, Heft 1).

**Prior.** — *Blenn. urét. chez la femme trait. par grands lavages* (Journ. of cutan. disea., octobre 1895).

**Routier.** — *Presse médicale; Trait. de la blennorrhagie*, 1895; *Thérapeutique moderne*, mars 1895.

**Sorel.** — *Note sur deux cas de blenn. aig. traités et guéris par le trait. abortif au moyen du permanganate* (Normandie médic., 1<sup>er</sup> septembre 1893).

**Straufs.** — *Ueber Technik und Erfolge der Behandlung der Gonorrhœa mit Spülungen mit Kalium permanganicum* (Allg. med. Centralzeitung, n<sup>o</sup> 82).

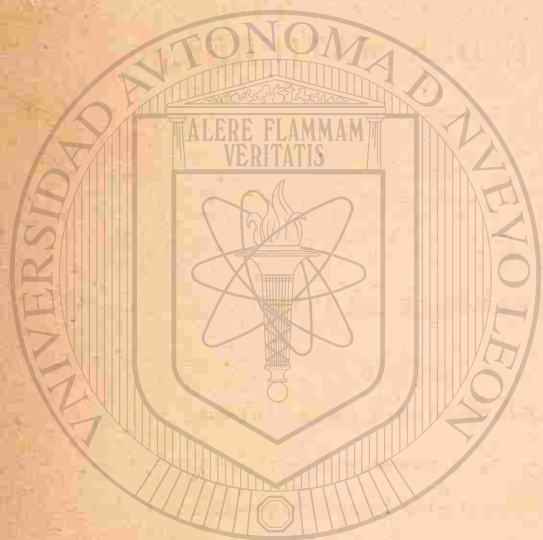
**Tielsen.** — *Trait. des inf. blenn. chez la femme par le perm. de pot.* (thèse de Paris, 27 décembre 1894).

**Umberto-Mantegazzo.** — *Lo Sperimentale*, n<sup>o</sup> 3, 1894; *Ann. gén.-urin.*, 1894, p. 537.

**Verchère.** — *La Blennorrhagie chez la femme*, 2 vol. Rueff, 1894.

*Les Bibliographies concernant la blennorrhagie, publiées dans les Annales des maladies des organes génito-urinaires de 1883 à 1897.*





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
INTRODUCTION . . . . .	1
PRÉLIMINAIRES . . . . .	1

### PREMIÈRE PARTIE

#### CHAPITRE I

#### DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ L'HOMME

##### I. — DE LA BLENNORRHAGIE AIGUE

§ I. — De la distinction entre la blennorrhagie et l'uréthrite . . . . .	5
§ II. — De la manière de prendre du pus uréthral et de l'examen microscopique de ce pus . . . . .	6
§ III. — Traitement de la blennorrhagie aiguë.	
A. — Période de début . . . . .	22
Traitement abortif.	
1° Instillations, instruments . . . . .	29
α) Nitrate d'argent . . . . .	36
β) Permanganate de potasse . . . . .	43
γ) Sublimé . . . . .	43
2° Injections . . . . .	43
3° Grands lavages, instruments . . . . .	44
Permanganate de potasse . . . . .	54
Conclusions . . . . .	82



	Pages.
B. — Période d'état. . . . .	84
Traitement anti-inflammatoire. . . . .	85
C. — Période de déclin. . . . .	88
Divers traitements préconisés . . . . .	90
Traitement local . . . . .	98
1° Instillations . . . . .	99
2° Injections . . . . .	99
3° Grands lavages . . . . .	103
4° Dragées médicamenteuses . . . . .	117
Traitement interne . . . . .	121
§ IV. — Des complications. . . . .	126
Cystite . . . . .	126
Orchite . . . . .	134
Prostatite . . . . .	138
Rétention d'urine . . . . .	139
Albuminurie . . . . .	140
Fièvre . . . . .	142
Blennorrhagie articulaire . . . . .	142
II — DE LA BLENNORRHAGIE CHRONIQUE	
§ I. — Considérations générales . . . . .	155
§ II. — Diagnostic de la cause ou des causes de la blennorrhagie chronique . . . . .	161
α) Commémoratifs . . . . .	161
β) Examen local . . . . .	162
§ III. — Traitement de la blennorrhagie chronique . . . . .	181
α) Blennorrhagie chronique avec gonocoques . . . . .	182
1° Dans l'urèthre antérieur seul. . . . .	182
2° Dans les deux urèthres. . . . .	184
β) Blennorrhagie chronique sans gonocoques . . . . .	190
γ) Blennorrhagie avec infection secondaire . . . . .	190
δ) Blennorrhagie avec complications urétrales . . . . .	191
§ IV. — Terminaison de la maladie. . . . .	204

## CHAPITRE II

## DE L'URÉTHRITE CHEZ L'HOMME

	Pages.
§ I. — Considérations générales. . . . .	210
§ II. — Traitement de l'urétrite. . . . .	214

## CHAPITRE III

CONCLUSIONS GÉNÉRALES  
SUR LA BLENNORRHAGIE CHEZ L'HOMME. . . . .

## DEUXIÈME PARTIE

## DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME

I. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. . . . .	217
II. — TRAITEMENT GÉNÉRAL DE LA BLENNORRHAGIE. . . . .	230
III. — TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE URÉTHRALE . . . . .	235
§ I. — Blennorrhagie uréthrale aiguë. . . . .	235
§ II. — Blennorrhagie uréthrale chronique. . . . .	236
IV. — TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE UTÉRINE. . . . .	240
V. — TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE DES ANNEXES DE L'UTÉRUS. . . . .	246
FORMULAIRE DES MÉDICAMENTS NOUVELLEMENT EMPLOYÉS DANS LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE . . . . .	247
PRINCIPAUX OUVRAGES À CONSULTER. . . . .	253





1030000744



