

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 pénétreront d'autres assaillants, ou ils élargissent ceux existant et les gonocoques pénétreront 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 infaillible, 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 urétral 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,

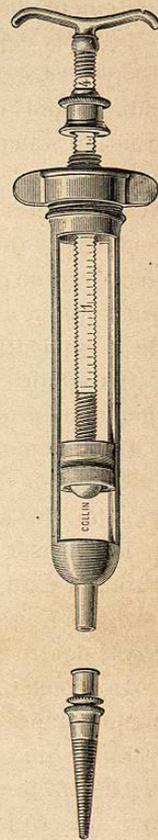


FIG. 6. — Seringue de M. Guyon.

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 parachûte 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'écrou brisé 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-

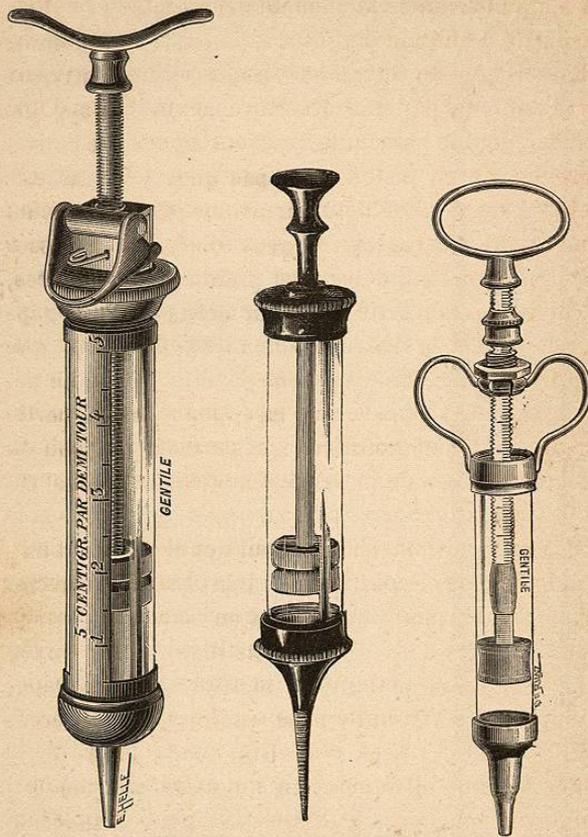


FIG. 7. — Seringue de M. Olivier.

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.

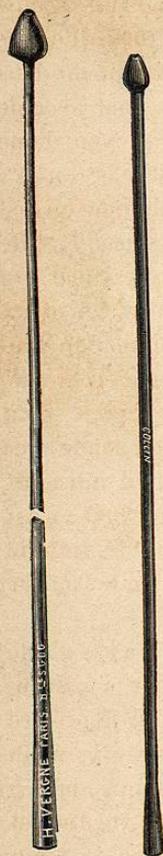


FIG. 10 et 11. — Sondes à instillations de M. Guyon.

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 boriquée 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 médius 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 insuccès 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 insuccès 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).

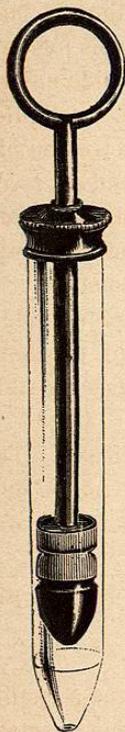


FIG. 12.—Seringue uréthrale de M. Janet.

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 uréthrale 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 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-