

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'urètre 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'Esmarch. 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<sup>r</sup> 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-

<sup>1</sup> 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 surprerait 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.