

« 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	guérirent	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'enrayer 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-