

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 ^{gr} ,30
Sulfate d'atropine	0 ^{gr} ,01
Eau distillée.	100 grammes.

ou bien :

Extrait d'opium	1 ^{gr} ,50
Extrait de belladone.	0 ^{gr} ,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 : 4 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'urèthre une fois par jour, avec un pulvérisateur, le mélange suivant :

1 ^{er} jour.	Essence de cannelle mélangée à 1 goutte de benzoïnol.		
2 ^e jour.	—	2	—
3 ^e 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 eũ recours à l'emploi d'ichthyol et d'onguent napolitain. Aux malades atteints d'urétrite aiguë, il donnait des injections d'ichthyol 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'ichthyol. 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. Legeu 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^e ou le 5^e 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-organisme 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 boriquée 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