

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

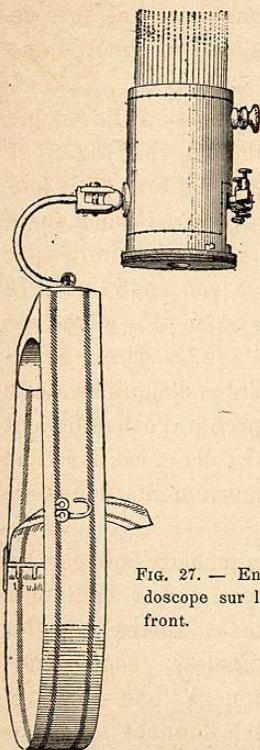


FIG. 27. — Endoscope sur le front.

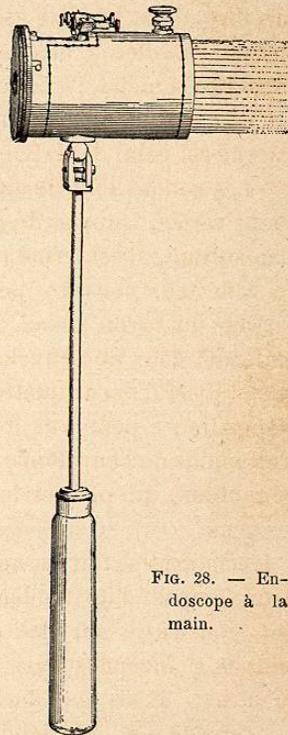


FIG. 28. — Endoscope à la main.

réflexion sur les parois de la sonde, et la muqueuse uréthrale, 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-

vellement, 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 uréthroscopant 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 uréthroscopant 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'uréthroscoper, 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 uréthroscoper 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 uréthroscoper 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

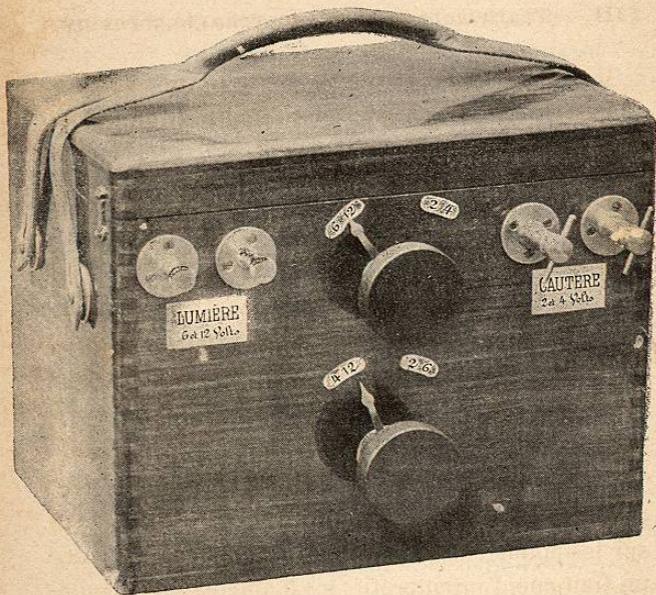


Fig. 29.

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 anatomo-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