

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.

scopiques 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



normal, il faut avant tout traiter régulariser cette situation ; il n'est pas rare de rencontrer, en écartant les deux lèvres du méat, de petits infundibulums soit au-dessus, soit à côté de l'embouchure du canal de l'urèthre ; le bistouri les fait disparaître. Si l'on a diagnostiqué un rétrécissement, on devra tout de suite entreprendre la dilatation jusqu'à ce que la boule exploratrice de l'uréthromètre indique le retour au calibre normal. Cette règle ne doit pas souffrir d'exception : commencer un traitement sans avoir fait disparaître tous les « recoins » où le gonocoque peut se cacher et repulluler, c'est courir sûrement à un échec.

α) BLENNORRHAGIE CHRONIQUE AVEC GONOCOQUES

1° *Dans l'urèthre antérieur seul.*

Le traitement rentre beaucoup dans celui que j'ai déjà exposé au chapitre relatif au traitement de la blennorrhagie aiguë.

*Instillations.* — Les instillations avec le nitrate d'argent donnent ici les meilleurs résultats : il n'est pas nécessaire d'irriguer tout l'urèthre, mais simplement de déposer quelques gouttes au cul-de-sac du bulbe avec la sonde à olive ; le titre des solutions sera 1 p. 50 à 1 p. 100. Les instillations sont pratiquées tous les jours ou tous les deux jours ; je préfère ce dernier laps de temps. Dans cet intervalle, le malade

se fera trois fois par jour des injections de lavage à l'eau boriquée et prendra quotidiennement huit à dix capsules de santal.

*Injections.* — Ces injections peuvent être faites par les malades eux-mêmes avec les différents liquides indiqués dans les formulaires (se reporter aux formules données pour la période aiguë).

La seringue servant à faire ces injections est contenue dans un manchon de verre sur la monture duquel elle se visse. Elle peut donc plonger indéfiniment dans l'eau boriquée ou dans la solution à injecter, que l'on peut ainsi emporter commodément avec soi. Son bec est conique et se fixe exactement sur le méat qu'il doit obturer complètement, ce qui est très difficile à réaliser avec le bec allongé des seringues françaises. Enfin, le corps de la seringue est gradué en centimètres cubes, ce qui permet de dire exactement au malade la quantité de liquide qu'il peut injecter dans son urèthre.

Pour mesurer la capacité de l'urèthre du patient, on remplit l'urèthre antérieur en fixant solidement au méat le bec de la seringue et très doucement pour ne pas forcer le sphincter membraneux. Une fois l'urèthre antérieur distendu, on retire la seringue en fermant le méat, et l'on vide ensuite l'urèthre par expression dans une éprouvette graduée en centimètres cubes. Cette mensuration n'est pas absolument précise, mais elle suffit parfaitement pour le but que nous nous proposons.



Cette mensuration doit, dans certains cas, être répétée au bout de quelques jours de traitement, car la capacité de l'urèthre augmente rapidement à mesure que diminue le gonflement des parois uréthrales (Janet).

Les injections de l'urèthre antérieur doivent être faites une ou deux fois par jour, quelquefois même trois et quatre fois par jour; le malade urine d'abord, puis il se fait une première injection qu'il ne garde pas, et une seconde injection qu'il garde pendant une à deux minutes, quelquefois plus (Guyon).

Il ne faut pas cesser brusquement les injections, mais les diminuer progressivement comme doses et comme nombre. Répétons ici que les injections doivent toujours être faites en poussant le piston très lentement, de manière à ce que le liquide n'arrive que goutte à goutte.

*Grands lavages.* — Comme il est bien rare que les deux urèthres ne soient pas lavés dans la blennorrhagie chronique, je parlerai plus loin de ces grands lavages pour ne pas faire de répétition.

### 2° Dans les deux urèthres.

*Instillations.* — Plus je vieilliss dans la pratique médicale, plus l'expérience me confirme l'opinion que le vrai traitement de la blennorrhagie chronique s'étendant à toute la muqueuse de l'urèthre consiste dans les instillations argentiques; après avoir essayé

tous les traitements préconisés depuis dix ans, j'en suis toujours revenu à ces instillations.

Ce mode de traitement force le malade à venir chez le médecin; mais on ne doit pas oublier qu'il est admis actuellement d'une façon générale que tout traitement qui doit atteindre l'urèthre postérieur doit être pratiqué non par le malade mais par le médecin. Ce n'est donc pas un inconvénient inhérent seulement aux instillations.

Pourquoi les instillations ne réussissent-elles pas toujours dans les mains des opérateurs?

M. Trekaki a traité cette question dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (1896). Dans la blennorrhagie chronique l'élément lésion est tout pour notre confrère: les glandes uréthrales sont atteintes de catarrhe, et pour agir sur ce catarrhe il faut produire une *réaction inflammatoire*: le nitrate d'argent ne peut donc être utile que quand il produit cette lésion inflammatoire. « Dans la majorité des cas, dit-il, voici comment les choses se passent, je décris le procédé que j'ai suivi. Qu'il s'agisse d'une uréthrite chronique antérieure ou d'une uréthrite postérieure, je me sers toujours comme première instillation d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 50. J'injecte dans l'urèthre X à XV gouttes de cette solution et j'attends quarante-huit heures. Dans le cas où, dans ce laps de temps, la réaction inflammatoire est obtenue, je règle pour la seconde instillation le titre de la solution selon le degré d'intensité



de la réaction. Ainsi, si le phénomène réactionnel est par trop intense, si, en d'autres termes, l'écoulement purulent augmente et si le malade ressent une vive brûlure pendant la miction, je diminue alors le titre de la solution du quart et du tiers de ce qu'il était auparavant et je pratique la seconde instillation. Quelques heures après cette deuxième instillation, une deuxième réaction réapparaît. Je règle alors de nouveau le titre de la solution selon les exigences de la réaction inflammatoire, et ainsi de suite jusqu'à la fin du traitement.

« Il ressort donc de là le fait suivant d'une importance capitale, savoir : le développement de la réaction inflammatoire à chaque nouvelle instillation. Or, pour ce faire, il est de toute nécessité d'augmenter, suivant le cas, le titre de la solution argentique.

« En résumé, l'injection doit produire une diapédèse abondante qui chasse les gonocoques des glandes et dégorgent ces diverticulums ; c'est la réaction de Neisser en grand. »

J'avoue ne pas partager cette manière de voir, en ce sens que si la guérison était due seulement et forcément à cette réaction inflammatoire, comme presque toujours, pour ne pas dire toujours, cette réaction existe avec une instillation forte, tous les cas devraient guérir. Ce qui ne veut pas dire que cette réaction ne soit pas utile : sans cela, comment expliquer ce fait qu'une blennorrhagie qui a résisté à plusieurs instillations se trouve quelquefois guérie

en peu de temps, quand, cessant les instillations, on les remplace par l'ingestion de santal : il est évident que les instillations ont amené une réaction inflammatoire qui a vidé les culs-de-sac.

Je crois donc que le nitrate d'argent fournit toujours une réaction inflammatoire ; que cette inflammation est utile ; mais que dans les cas de non-réussite, il faut attribuer l'échec à l'état anatomo-pathologique de la muqueuse uréthrale contre laquelle les instillations ne peuvent pas grand'chose : c'est pour cela que les blennorrhagies assez récentes qui se caractérisent par un gonflement muqueux de l'épithélium et une infiltration embryonnaire du derme se guérissent beaucoup plus vite que celles invétérées où l'on rencontre la transformation fibreuse, et que les blennorrhagies postérieures sont bien plus facilement améliorées et guéries que les blennorrhagies antérieures ; dans la blennorrhagie postérieure, on est plutôt en présence d'une prostatite, c'est-à-dire d'une affection glandulaire.

Quoi qu'il en soit, le traitement par les instillations argentiques me paraît le plus indiqué.

Le médecin se servant de la seringue et de la sonde de Guyon amènera la boule jusque dans l'urèthre postérieur, injectera quelques gouttes de liquide, puis continuera l'injection en retirant la sonde qu'il sentira prise comme dans un étau et glissant à frottement ; à un moment donné, la boule se dégagera et se trouvera dans le cul-de-sac du bulbe : il y injec-



tera presque tout le reste de la seringue par gouttes, puis retirera la sonde en injectant de nouveau quelques gouttes au méat. En résumé, une injection rétrograde dans tout le canal, lente et par gouttes.

L'instillation sera renouvelée tous les deux jours en diminuant les doses au fur et à mesure que l'on constatera la disparition progressive des gonocoques et des filaments. On s'arrêtera après une série de dix à douze instillations pour laisser reposer le canal, et on ne reprendra que huit à dix jours après, tant qu'il y aura des filaments. Cet intervalle sera utilisé pour faire absorber des balsamiques.

*Injections.* — Les injections, quand toute la muqueuse urétrale est atteinte, doivent être pratiquées par le médecin lui-même et avec une sonde : elles sont peu employées.

*Grands lavages.* — J'ai déjà étudié la technique des grands lavages avec ou sans sonde : je n'ai pas à y revenir.

On utilisera soit le permanganate de potasse, soit le nitrate d'argent; les lavages au permanganate seront faits tous les jours ou tous les deux jours avec 1 litre de solution tiède de 4 p. 2 000 à 4 p. 500, en réservant cette dernière dose pour l'urèthre antérieur. Les lavages au nitrate d'argent seront faits avec un demi-litre de solution tiède à 4 p. 2 000 ou 4 p. 750.

Quand faut-il arrêter ces lavages? Quand le gonocoque a disparu. C'est là le point délicat. « La grande

difficulté de ces différents traitements, écrit avec juste raison M. Janet, consiste à savoir s'arrêter à temps, à faire un nombre suffisant de lavages pour assurer la disparition complète du gonocoque. Nous sommes forcés d'avouer que nous n'avons aucun guide à cet égard; les gonocoques disparaissant totalement de l'écoulement dès le premier lavage, on n'a aucune raison valable pour continuer ou cesser le traitement. Or l'expérience prouve que, si l'on cesse trop tôt, les gonocoques ne tardent pas à repulluler et que, d'autre part, si l'on poursuit pendant trop longtemps les lavages, on peut déterminer des désordres anatomiques inutiles. Le procédé qui nous semble le plus pratique dans ce cas consiste à faire six lavages consécutifs, espacés de vingt-quatre heures, que l'on ait affaire à la phase aiguë, subaiguë ou chronique; après le sixième lavage, on met le malade en observation et on examine fréquemment les sécrétions de son urèthre : si les gonocoques ne reparissent pas, on cesse les lavages au permanganate; s'ils reparissent, au contraire, on reprend immédiatement une nouvelle série de lavages qui ne tarde pas à assurer la disparition complète des gonocoques. »

*Médication interne.* — Les balsamiques donnent à cette période de la maladie d'excellents résultats, et doivent être utilisés en même temps que le traitement externe : c'est le principal moment de leur emploi.



## β) BLENNORRHAGIE CHRONIQUE SANS GONOCOQUES

## δ) BLENNORRHAGIE AVEC INFECTION SECONDAIRE

On peut se trouver en présence d'une blennorrhagie aseptique qui succède à l'invasion gonococcique, ou d'une infection secondaire, qui a remplacé le gonocoque. Dans le premier cas (β), on recherchera les causes locales et on les traitera comme je l'indiquerai plus loin. S'il n'y en a pas, on laissera le canal se reposer, puis on utilisera les instillations argentiques et les balsamiques. Dans le second cas (δ), on utilisera les grands lavages avec la solution de sublimé de 1 p. 20 000 à 1 p. 10 000, ou, mieux, ajouter aux lavages au permanganate 50 centimètres cubes de solution de sublimé à 1 p. 1 000 à chaque litre de solution de permanganate (Janet.) Cette blennorrhagie est quelquefois très tenace et résiste à tous les traitements : elle a aussi le grave inconvénient de s'étendre à la vessie et aux reins. Il vaut mieux dans les cas d'insuccès ne pas trop s'acharner : laisser reposer le malade et reprendre les lavages ou les instillations.

## γ) BLENNORRHAGIE AVEC COMPLICATIONS URÉTHRALES

Nous avons dit que le canal devait être ramené à l'état normal avant de commencer un traitement quelconque.

C'est dans cette classe de blennorrhagies que la dilatation est utile, soit que l'on emploie simplement les béniqués, comme cela se pratique en France, soit que l'on utilise les dilatateurs, c'est aussi dans cette classe que l'endoscopie rend des services.

Mais un point qui doit dominer tout ce traitement, c'est la nécessité de prendre les précautions les plus rigoureuses pour éviter toute possibilité d'accidents infectieux.

Ici je crois devoir traiter un point très important. Mon excellent confrère M. Janet, qui a publié dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* des articles très remarquables sur la blennorrhagie, pose cette recommandation préliminaire : « Quand l'urèthre antérieur est infecté et l'urèthre postérieur sain, il faut éviter à tout prix de repousser dans l'urèthre postérieur les microbes contenus dans l'urèthre antérieur... Quand un malade présente des gonocoques dans son urèthre, il faut avant tout le débarrasser de ces gonocoques et ne songer qu'après aux autres interventions thérapeutiques, telles que l'endoscopie uréthrale, la dilatation. »

Il me paraît exister là un cercle vicieux qui me met en contradiction avec l'auteur. Un rétrécissement est une barrière derrière laquelle le gonocoque se niche et que les instillations pas plus que les lavages ne détruisent : si on ne nivelle pas cette écluse, le gonocoque reste ; mais pour la détruire, il faut faire la dilatation, d'où la nécessité de passer