

des instruments. Je crois donc, contrairement à l'avis de M. Janet, qu'il faut commencer par la dilatation, ainsi que je l'ai écrit plus haut, en prenant la précaution de laver le canal avec de l'eau boriquée et en employant le procédé suivant qui me réussit : quand je dilate un canal contenant des gonocoques (dans la blennorrhagie chronique, il y en a bien peu, mais on n'est jamais sûr qu'il n'y en a plus du tout), je lave l'urèthre antérieur et le méat ; je passe la bougie avant que le malade ait uriné, puis je le fais uriner et j'injecte dans tout le canal une pleine seringue à instillation d'une solution argentique à 1 p. 200. Je crois ainsi concilier les craintes de pousser des microbes dans la vessie avec la nécessité de dilater avant de traiter les gonocoques.

M. le professeur Guyon emploie en pareil cas la pratique suivante :

- 1° Faire pisser le malade ;
- 2° Laver le gland, le prépuce et le méat avec le sublimé à 1 p. 200 ;
- 3° Lavage de l'urèthre au siphon à l'eau boriquée ou au sublimé à 1 p. 20 000, suivant que la vessie n'est pas ou est infectée ;
- 4° Remplissage de la vessie par pression avec ces solutions ;
- 5° Introduction de trois béniqués stérilisés à l'étuve, graissés avec de la vaseline stérilisée ; laisser la dernière bougie le plus longtemps possible ;

6° Retirer la dernière bougie et faire pisser au malade la solution injectée ;

7° Instillations au nitrate d'argent.

J'ai indiqué plus haut la manière dont je faisais ces sondages :

Ayant abandonné depuis un an toute sorte de lavage qui n'est pas fait avec la sonde et la seringue vésicale, il ne paraîtra pas étonnant qu'il y ait une divergence dans ma manière de procéder avec celle de M. Janet. L'urèthre antérieur est très bien lavé par l'eau boriquée : le malade en pissant lave de nouveau le canal, et s'il est resté un virus quelconque dans l'urèthre ou la vessie, le nitrate d'argent le détruit.

Tout le monde connaît l'usage des béniqués, je ne m'occuperai donc que des dilatateurs. Ayant toujours obtenu d'assez bon résultats avec les béniqués poussés jusqu'au n° 60 et trouvant, d'après les expériences de Necker, plus dangereux qu'utile de dépasser ce diamètre, je n'ai jamais utilisé jusqu'à présent ce genre de traitement, aussi je ferai le résumé de la méthode d'Oberländer et Kollmann, d'après les travaux de M. Hodara.

Les dilatateurs d'Oberländer se présentent sous quatre formes. Les deux premières servent à dilater l'urèthre antérieur, la troisième le bulbe, et la quatrième l'urèthre postérieur. Le premier dilatateur est court, de 17 centimètres de longueur,





FIG. 30. — Chemise caoutchouc pour dilateur d'Oberländer.

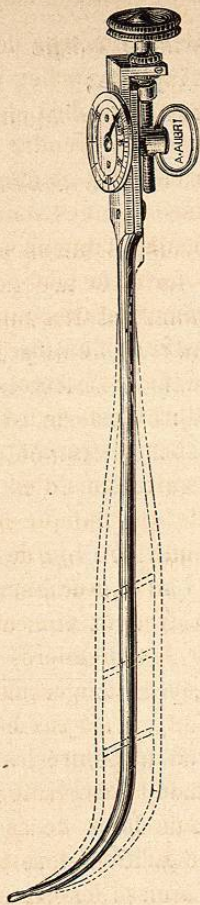


FIG. 31. — Dilateur d'Oberländer.



FIG. 32. — Uréthromètre de Weir's.

le deuxième, de 21 centimètres de longueur; ces deux dilateurs ont des branches parallèles; mais quand les infiltrations sont déjà devenues un peu plus dures, il vaut mieux prendre des dilateurs ayant des branches obliques et non parallèles. Les dilateurs à branches obliques sont beaucoup plus résistants. Le troisième dilateur servant à la dilatation du bulbe a une forme un peu courbe; l'emploi à temps de cet instrument est très important. Le quatrième dilateur destiné à l'urèthre postérieur a la forme d'un bécot (fig. 31); avec cet instrument on peut dilater l'urèthre postérieur sans que l'antérieur le soit aussi. Ces instruments sont en acier et très solides. Ils sont munis d'un cadran numéroté et d'une aiguille qui indique les numéros de dilatation à mesure que l'on tourne la vis. On nettoie ces instruments avec une serviette sèche et en les badigeonnant avec un pinceau trempé dans de la benzine. Pour les premières dilatations on anesthésie l'urèthre avec de la cocaïne; ensuite les malades s'habituent et on n'a pas besoin toujours d'anesthésier. Avant d'introduire les dilateurs il faut les graisser avec de la glycérine et les encapuchonner avec des capuchons de caoutchouc bien tirés, de manière à ce qu'ils ne forment pas de plis (fig. 30). Ensuite on graisse les capuchons avec de la glycérine ou avec de l'huile phéniquée. Les deux premiers dilateurs sont introduits jusqu'au bulbe; ils doivent rester dans une position verticale, en



supposant que le malade soit couché sur le dos pendant la dilatation, tandis que le troisième dilata-  
 teur du bulbe est baissé dans un angle de 45 degrés afin que le bulbe puisse être bien dilaté. Le repro-  
 che fait par certains auteurs aux dilata-teurs d'Ober-  
 länder, que le bulbe fuit devant eux est peut-être  
 mérité pour les deux premiers dilata-teurs, mais pas  
 pour le troisième dilata-teur courbe, qui dilate par-  
 faitement le bulbe et est le plus important. Quant  
 à l'autre reproche formulé contre les dilata-teurs  
 d'Oberländer qu'ils n'exercent pas un massage  
 régulier, il n'est pas toujours nécessaire que les  
 foyers d'infiltrations cellulaires soient écrasés di-  
 rectement au-dessous des branches des dilata-teurs  
 pour être résorbés ; même les foyers qui se trouvent  
 entre les branches du dilata-teur peuvent aussi  
 être résorbés, parce que, ces foyers n'étant pas  
 élastiques comme l'urèthre normal, ne résistent  
 pas souvent à cette tension extrême produite par  
 la dilatation ; ils cèdent en se désagrégeant ou en  
 se déchirant. Par conséquent le but est atteint sans  
 qu'il y ait nécessité de massage régulier. Le qua-  
 trième dilata-teur d'Oberländer à forme de béli-  
 qué est introduit comme une sonde béli-  
 qué presque horizontal, toujours en supposant que le  
 malade soit couché sur le dos pendant qu'on fait  
 la dilatation. Dans certains cas il faut cocaïniser  
 avant de dilater l'urèthre postérieur, mais ce n'est  
 pas une règle générale.

M. Kollmann a construit de nouveaux dilata-teurs à  
 quatre branches très solides, l'un pour l'urèthre  
 antérieur et deux autres pour l'urèthre postérieur.  
 Le dilata-teur de Kollmann qui est destiné pour  
 l'urèthre antérieur a une forme toute droite. Les  
 dilata-teurs qui sont destinés pour l'urèthre posté-  
 rieur ont tous les deux la forme d'une sonde mé-  
 tallique ordinaire de courbure moyenne. Ces dila-  
 teurs à quatre branches de Kollmann sont très  
 avantageux, surtout pour certaines personnes sen-  
 sibles, parce que, avec ces instruments, la dila-  
 tion se fait avec plus de douceur, de sorte qu'ils  
 sont très indiqués là où la dilatation doit être faite  
 avec un ménagement particulier. En général, tous  
 les malades auxquels l'auteur a appliqué le dila-  
 teur antérieur à quatre branches de Kollmann  
 ont exprimé leur satisfaction. Ces instruments doi-  
 vent être aussi munis d'un capuchon avant d'être  
 introduits. La dilatation doit se faire lentement ;  
 dans chaque dilatation on augmente de un jusqu'à  
 deux numéros. Il n'y a pas de règle qui indique jus-  
 qu'à quel degré on doit dilater la première fois ;  
 cela dépend de l'état dans lequel se trouve l'urèthre ;  
 s'il est rétréci de manière qu'on n'ait pas pu uréthros-  
 coper, on dilate avec précaution jusqu'au n° 18 et  
 même 20 Charrière. Les dilata-teurs d'Oberländer  
 munis du capuchon ont un calibre de 16 Charrière  
 environ, quand ils sont tout fermés. Pour les urè-  
 thres à moyen et à large calibre, on peut dilater



déjà la première fois jusqu'aux n° 28 et 30 Charrière sans aucune inconvénient. On commence par dilater peu à peu; aussitôt que le malade ressent une sensation de tension, on s'arrête pendant une à deux minutes jusqu'à ce que cette sensation ait cessé; puis on continue à dilater en s'arrêtant de nouveau si le malade a une sensation désagréable, et ainsi de suite: dans six ou huit à dix minutes on arrive au degré de dilatation voulu. On laisse trois à cinq minutes encore, puis on ferme l'instrument en tournant la vis du côté opposé, et on le retire. Les capuchons doivent être enlevés après la dilatation et lavés avec de l'eau et du savon, puis placés dans une solution boriquée à 3 p. 100, phéniquée, etc.; ils sont conservés dans une solution boriquée, ou même tout secs.

1° On doit commencer la dilatation avec les dilateurs le plus tôt possible, *mais pas avant que tous les symptômes aigus de la blennorrhagie (sécrétion abondante, riche en gonocoques, etc., etc.) ne soient tout à fait disparus*, et qu'il ne reste seulement qu'un peu de sécrétion matinale ou de filaments dans l'urine; par conséquent on peut commencer déjà le traitement dans une blennorrhagie subaiguë de deux à quatre mois de date.

2° Il est important de faire un diagnostic différentiel exact entre une uréthrite antérieure et une uréthrite postérieure; la meilleure méthode pour ce diagnostic est celle de cinq verres de Kollmann.

3° Si, en même temps qu'une uréthrite antérieure, il y a une uréthrite postérieure très irritée, on améliore d'abord l'uréthrite postérieure par des lavages au nitrate d'argent de 1 p. 2 000 à 3 p. 1 000, si c'est nécessaire, et ensuite on traite l'uréthrite antérieure avec le cycle de dilatations et de lavages, et, les jours des lavages de l'urèthre antérieur, on lave en même temps l'urèthre postérieur si l'uréthrite postérieure n'est pas encore tout à fait guérie.

Voici un schéma des dilatations et des lavages, mais ceci n'est qu'un schéma qu'on peut et qu'on doit modifier selon les cas:

*Uréthrite antérieure subaiguë à infiltrations molles.*

1<sup>er</sup> jour. Dilatation n° 28 ou 30 Charrière.

3<sup>e</sup> jour. Lavage au nitrate d'argent 1 p. 2 000. S'il y eu hémorrhagie abondante ou douleurs, faire le lavage avec solution boriquée.

6<sup>e</sup> jour. Lavage au nitrate d'argent: 1 p. 2 000 ou avec solution boriquée.

9<sup>e</sup> jour. Lavage au nitrate d'argent à 1 p. 2 000 ou avec solution boriquée.

12<sup>e</sup> jour. Deuxième dilatation.

La deuxième dilatation n'est répétée qu'après que toute trace de douleur et d'hémorrhagie a déjà disparu depuis une semaine. Si la sécrétion entre les dilatations est trop abondante, on fait, outre les lavages, de petites injections de sulfate de zinc ou



d'acétate de plomb, etc., que les malades injectent eux-mêmes plusieurs fois par jour.

*Urétrhrite antérieure chronique à infiltrations mixtes, c'est-à-dire dures et molles.*

Même cycle de dilatations et de lavages que dans l'urétrhrite subaiguë.

*Urétrhrite chronique antérieure à infiltrations dures.*

On peut faire ici de plus fréquentes dilatations, parce qu'il n'y a pas de sécrétion augmentée à la suite de ces dilatations comme dans les infiltrations mixtes, et dans les infiltrations dures on peut faire les lavages avec des doses plus élevées de nitrate d'argent de 1 p. 1 000 à 1 p. 750.

*Urétrhrite postérieure.*

a) Lavages au nitrate d'argent 1 p. 2 000 à 3 p. 1 000 et, si cela est nécessaire, une cautérisation locale au nitrate d'argent à 1 p. 100 avec l'instillateur de M. Guyon ou à travers le tube uréthroscopique.

b) S'il y a des infiltrations au verumontanum ou dans d'autres parties de l'urèthre postérieur, on dilate avec le dilatateur béniqué de Oberländer ou avec les dilateurs courbes postérieurs à quatre branches de Kollmann, et on fait le cycle commun des lavages et des dilatations.

4° Si l'urétrhrite postérieure n'est pas guérie avec les lavages caustiques de 1 p. 2 000 à 3 p. 1 000, on fait une instillation locale de 1 p. 100 de nitrate d'argent, et s'il y a des infiltrations au verumontanum, etc., on fait le même cycle de lavages et de dilatations avec le dilatateur forme béniqué d'Oberländer ou avec les dilateurs postérieurs courbes à quatre branches de Kollmann, comme dans l'urétrhrite chronique antérieure.

5° Dans les urétrhrites subaiguës, si le succès n'est pas rapidement atteint en deux ou trois dilatations, on peut dire sûrement que la maladie sera longue à guérir, parce qu'il y a des infiltrations mixtes ou dures.

Dans ce cas, on cesse les dilatations quatre semaines; pendant ce temps, on fait seulement des lavages caustiques, et ensuite on recommence le cycle de dilatations et de lavages que l'on continue jusqu'à ce que l'on parvienne à dilater l'urèthre à 40 jusqu'à 45 Charrière et que la guérison se fait complètement.

6° Dans les urétrhrites chroniques à infiltrations mixtes, la sécrétion est trop abondante après la dilatation, elle diminue graduellement à l'approche de la guérison. Il faut prévenir dans ces cas les malades que quand la sécrétion est trop abondante après la dilatation, la guérison sera aussi plus rapide.

7° Dans les urétrhrites chroniques à infiltrations dures, la sécrétion est au contraire diminuée après



la dilatation et la guérison est plus longue que dans la forme précédente, parce qu'ici les infiltrations sont composées de fibrilles conjonctives dures.

En ce qui concerne le traitement endoscopique, dont j'ai déjà parlé (p. 172), voici ce qu'en dit Janet, qui en est très partisan. « Les ressources que nous offre le traitement endoscopique sont nombreuses ; il nous permet d'extirper sous le regard les saillies polypeuses et de cautériser énergiquement leur base d'implantation, soit au galvanocautère, soit avec le nitrate d'argent pur ; de curetter et de cautériser les fissures que présentent quelquefois les rétrécissements calleux dilatés, de cautériser de même les régions granuleuses de l'urèthre avec des solutions de nitrate d'argent variant de 10 à 20 p. 100, ou des solutions iodées de 1 à 15 p. 100. Pour les lacunes, il nous permet de les traiter localement en les remplissant de glycérine iodée (1 à 5 p. 100), en les cautérisant avec la pointe fine d'un crayon de sulfate de cuivre où même encore, si l'on veut suivre la méthode de M. Kollmann, en les incisant et les dilatant avec une série d'instruments spéciaux très ingénieux qu'a proposés cet auteur. Pour le verumontanum enfin, dont l'hypertrophie est si fréquente dans les vieilles uréthrites chroniques et amène à sa suite la spermatorrhée de miction et de défécation, et même les pollutions fréquentes diurnes et nocturnes, le traitement endoscopique fait merveille, car, grâce à lui, il est facile, par quelque cau-

térisations énergiques à la teinture d'iode pure, de réduire de moitié le volume de cet organe et de supprimer par là même les fâcheux symptômes dont nous venons de parler, car ils sont dus dans ce cas à la béance des orifices des conduits jaculateurs.

« Le traitement endoscopique peut être également employé avec avantage contre les uréthrites sans lésions très énergiquement localisées qui résistent aux traitements habituels. Il permet d'utiliser contre elles des solutions très fortes que l'on n'oserait pas employer en instillations, grâce à la facilité qu'il donne d'éponger immédiatement l'excès du liquide caustique introduit dans l'urèthre.

« Je me sers également dans ce cas de solutions habituellement utilisées par les instillations en les répartissant beaucoup mieux, grâce à l'endoscope, sur toute la surface uréthrale ; pour cela j'introduis l'endoscope le plus loin possible, je remplis l'extrémité du tube d'une grosse goutte de ces solutions (nitrate d'argent, 1 à 5 p. 100 ; sulfate de cuivre, 5 à 10 p. 100, glycérine iodée 1 p. 100), et je retire le tube progressivement en lui faisant décrire une véritable spirale autour de l'axe de l'urèthre, de manière à étendre successivement devant l'extrémité de l'endoscope toute la surface ainsi dépliée de la muqueuse uréthrale ; de temps en temps j'éponge la goutte du médicament utilisé et je la remplace par une autre. »