

priait le malade d'uriner; pendant l'injection on comprimait la racine de la verge pour limiter la cautérisation à la partie antérieure du canal. Quand la solution avait agi pendant 1 à 2 minutes sur la muqueuse, ce qui s'accompagnait de violentes douleurs, on la laissait s'échapper puis on injectait une solution de chlorure de sodium à 1 p. 100. Le malade était nourri légèrement, on lui appliquait des compresses froides autour de la verge et l'on veillait à la liberté du ventre. Les premières mictions après l'injection étaient très douloureuses. Le lendemain se montrait une sécrétion profuse, purulo-sanguinolente qui diminuait progressivement jusqu'au troisième jour, moment où elle n'existait pour ainsi dire plus, puis on injectait de nouveau. TARNOWSKY estime que 40 à 50 p. 100 des cas d'uréthrites traitées de cette façon guérissent en déans les quinze jours, mais nous savons aussi que les phénomènes inflammatoires augmentent après l'injection et que certains symptômes inquiétants tels que de violentes douleurs, la corde uréthrale, la dysurie rendent souvent impossible la continuation de la cure abortive. BRETON (1834), VENOT (1843) ont observé fréquemment à la suite du traitement abortif l'entrée en scène de complications encore plus désagréables : abcès péri-urétraux, inflammation des ganglions, épididymite et SIMON (1883), qui a appliqué la méthode en Allemagne, a vu se produire dans 4 p. 100 des cas traités de la sorte, des prostatites et des cystites. LANGLEBERT (1864) pour limiter l'action du nitrate d'argent à une partie de la muqueuse uréthrale se servait de sa seringue à jet récurrent. Outre la solution argentique, le chlorure de zinc (0,05/24,0 eau (LLOYD 1850), le chloroforme 1/30 eau (VENOT, 1850), l'eau de chaux 1/4 et l'alun 6 — 10/150 (KUCHENMEISTER 1880) furent aussi utilisés pour le traitement abortif.

Sans succès éclatant non plus, on essaya dans le même but le copahu et le cubèbe, à fortes doses.

Cette méthode qui est incertaine et, nous venons de le voir, non sans dangers est aujourd'hui presque abandonnée. Les nouvelles recherches, spécialement celles de BUMM sur la pénétration rapide des gonocoques dans la profondeur de l'épithélium (parties supérieures du corps papillaire) sont, comme TOMMASOLI l'a fait ressortir, peu faites pour entreprendre de nouveaux essais dans ce sens. Nous pourrions nous promettre un succès du remède qui détruirait les couches épithéliales complètement et pénétrerait jusqu'au corps papillaire. Mais ce remède, si nous le possédions, provoquerait un dommage que ne compenserait certainement pas la destruction des gonocoques.

Dans les derniers temps, plusieurs auteurs, NEISSER entre autres

(1889), ont proposé comme traitement abortif les injections de nitrate d'argent à un 1 p. 3000 ou 1 p. 1000, faites le plus tôt possible. NEISSER croit que ces injections atténuent réellement le cours de la maladie, diminuent les phénomènes aigus et conduisent certainement à la guérison. Nous dirons ailleurs pourquoi nous ne sommes pas partisan du traitement local dès le premier stade, dès le stade aigu; nous avons employé en suivant les conseils de NEISSER sa méthode le plus tôt possible; malheureusement, jusqu'ici nous n'avons trouvé aucun cas où nous ayons pu continuer ces injections. De violentes douleurs (lors des injections, lors des mictions), un œdème du gland, du prépuce, une sécrétion sanguinolente nous forcèrent toujours après quelques nouveaux essais à les interrompre.

Dernièrement JADASSOHN (1892) a du reste avoué, après avoir longuement expérimenté à la clinique de NEISSER le nitrate d'argent, que cet agent produisait des effets irritants tels qu'on se voyait souvent forcé d'interrompre le traitement.

Récemment ont été proposées deux autres méthodes de traitement abortif.

Tout d'abord la méthode de JANET¹ (1892) qui conseille, comme l'avait fait déjà REVERDIN (1892), d'irriguer l'urèthre entier avec une solution de permanganate à 1 p. 2000, à l'aide d'un irrigateur et d'une canule spéciale à bout conique (REVERDIN se servait d'une sonde) et cela dès que l'on constate l'apparition d'une blennorrhagie. La seconde irrigation de l'urèthre antérieur est faite à la dose de 1 p. 1500 cinq heures après la première, puis une troisième à 1 p. 1000 de nouveau cinq heures après. Les irrigations ultérieures sont faites toutes les douze heures à la dose de 1 p. 2000, pendant quatre à six jours. A la suite de ce traitement il paraît que les gonocoques disparaîtraient très vite et que l'écoulement lui-même tarirait bientôt.

Le procédé est peu pratique; il ne nous paraît pas d'une efficacité certaine d'après le petit nombre d'essais que nous avons entrepris jusqu'ici, essais auxquels nous n'avons pas renoncé absolument du reste. Des accidents désagréables ont pu en effet être enregistrés au cours du traitement: augmentation de l'inflammation, œdème du gland et du prépuce, irritation du côté de l'urèthre postérieur.

La deuxième méthode, celle de KÖSTER (1890) et plus particulièrement

¹ Consulter à ce sujet les intéressants articles de Janet dans: les *Annales des Maladies des organes génito-urinaires* (avril et juin 1892), la *Semaine médicale* du 14 janvier 1893, et les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* du mois d'octobre 1893.

celle de JADASSOHN (1892) qui l'a éprouvée sur un grand nombre de malades, consiste en injections de sulfo-ichtyolate d'ammonium (1 à 5 p. 100). Elle n'est, pas plus que l'autre, une méthode abortive. On obtient bien généralement (quoique de temps à autre on observe des insuccès) une diminution rapide et notable des gonocoques, un tarissement de la sécrétion, mais ce n'est pas là une cure vraiment abortive en ce sens qu'elle détruirait immédiatement tous les gonocoques.

Quelques-uns de ces derniers continuent à occuper leur retranchement; ils se multiplient rapidement dès que l'on cesse les injections. Le traitement semble d'abord porter les fruits qu'on en attend, puis l'on se voit forcé de recourir à d'autres topiques pour mener la maladie à bonne fin.

L'inefficacité de toutes ces méthodes abortives vient à l'appui de l'opinion que nous formulions plus haut (au chapitre de l'*Anatomie*) en disant que les gonocoques pénétraient rapidement dans la profondeur de la muqueuse.

Si au cinquième ou au septième jour après l'infection, les gonocoques n'étaient encore que dans les couches superficielles de l'épithélium (il ne faut pas oublier que l'urèthre ne possède que trois assises cellulaires, assises qui par le fait de l'inflammation sont encore relâchées, par conséquent plus pénétrables), si cela était, une ou plusieurs injections de nitrate d'argent devraient exterminer complètement le parasite. Mais la réapparition constante du gonocoque constatée dès que l'on cesse une série, parfois très longue, d'injections, prouve que les gonocoques sont déjà à cette époque dans leur retraite où ne parviennent pas à les atteindre les antiseptiques.

Le seul traitement que nous employons à l'heure présente est le *traitement local, méthodique, symptomatique et curatif*. C'est du reste celui que l'on applique le plus souvent aujourd'hui. Il est encore trop empirique malheureusement. On en obtiendra davantage dès que les bases sur lesquelles il repose deviendront plus scientifiques. Mais avant tout il faut combattre la façon dont ce traitement est généralement compris. *C'est seulement en tenant compte de tous les symptômes, en démêlant bien le tableau morbide que l'on a sous les yeux et en conformant le traitement à chaque cas particulier que l'on arrivera à de vrais succès*. Dans chaque cas par conséquent il faut considérer le stade de la maladie, son étendue, son intensité; quant aux moyens externes dirigés contre la chaudepisse, il convient que ce soit tel ou tel symptôme prédominant qui réclame une intervention spéciale; nous établirons donc un traitement causal et symp-

tomatique selon les indications. Comment doit être compris le traitement causal? il faut le poursuivre aussi longtemps que le mal persiste. Puisque les astringents et les balsamiques constituent les ressources de notre thérapeutique, ces remèdes sont-ils toujours indiqués, et le sont-ils à chaque période de la gonorrhée?

Il faut répondre négativement à cette question. Une série de lois régissent l'emploi de cette méthode.

I. *Le traitement causal, topique, avec les balsamiques et les astringents n'est indiqué que lorsque la blennorrhagie n'est pas compliquée*; nous connaissons une série de complications de la maladie, d'altérations telles que la cavernite, la copverite, la prostatite, l'épididymite, la cystite, qui résultent de la propagation de l'inflammation de la muqueuse malade aux organes voisins. *Dès que l'une de ces complications se développe, on doit interrompre le traitement local de l'urétrite*.

Au moment où apparaît la complication, l'urétrite tend du reste à présenter une rémission qui rend son traitement superflu; on réduira tout au moins celui-ci au minimum. *Mais, et cela est très important, au cas où l'urétrite ne s'amende pas, toute intervention de notre part qui tend à l'améliorer au moment où la complication existe, tend aussi à produire du côté de cette dernière une aggravation*.

II. *Le traitement local n'est pas indiqué au début de la maladie. Il n'est applicable que lorsque l'inflammation a dépassé son acmé*.

Nous avons parlé plus haut de l'action qu'exerçaient sur la muqueuse uréthrale les balsamiques et les astringents et nous avons dit que sous leur influence, le nombre des gonocoques aussi bien que la quantité de la sécrétion elle-même diminuaient. Il semblerait donc que, dès le début de l'affection, on doive administrer les balsamiques à l'intérieur et faire entreprendre des injections astringentes. On devrait s'attendre à ce que ces moyens modèrent tout au moins l'inflammation. Que ce soit le cas lorsqu'on commence à faire des injections au stade muqueux, initial, c'est possible. Mais comme ce premier stade dure peu de temps et que le plus souvent le patient ne s'en aperçoit pas, on a très rarement l'occasion de l'observer. *Si l'on est en présence de la période purulente et si l'inflammation n'est pas très intense, on peut prescrire avec prudence le traitement interne; on ne passe aux injections que lorsque le processus inflammatoire a dépassé son acmé*. Je me trouve, je le sais, en contradiction sur ce point avec maints éminents

confrères spécialistes, qui font, eux, injecter dès le début. Et cependant, d'après notre expérience personnelle, portant sur de nombreux cas, nous ne pouvons trop recommander l'observance de ce principe, au moins en ce qui concerne les malades qui vont et viennent. Après bien des essais dirigés dans ce sens, nous ne croyons pas que les injections précoces soient utiles aux malades, en écourtant la durée de la blennorrhagie ; nous pensons au contraire que ce système porte souvent à bon nombre d'entre eux un réel préjudice, en leur amenant des complications (œdème, augmentation de l'inflammation, propagation du processus à l'urèthre postérieur). ZÖGE-MANTEUFFEL (1892) rapporte à ce propos que sur trente et un malades, soumis au traitement local d'emblée, vingt-cinq d'entre eux furent atteints de complications, alors que sur vingt-quatre cas, non traités localement, vingt et un évoluèrent sans accidents.

Nous avons comparé les résultats que donne le traitement par les injections entreprises dès le début à ceux que donne le traitement par les injections entreprises seulement après le décours du stade aigu, et nous sommes arrivé à cette persuasion que les blennorrhagies traitées de la première manière évoluent d'une façon plus bénigne, mais durent plus longtemps (écoulement prolongé avec gonocoques rares) que celles où les injections sont faites tardivement.

C'est depuis que s'est inaugurée l'ère de la bactériologie que les injections précoces sont entrées en faveur, mais nous ne croyons pas, répétons-le, que ce soit là un bien. C'est dans le but d'atteindre, d'attaquer l'ennemi, le microbe reconnu, que l'on a exagéré l'action de tous les antiseptiques que l'on s'efforce de trouver ; mais on néglige trop souvent un point essentiel selon nous, la force médicatrice de la nature. L'inflammation et la suppuration sont des phénomènes de défense très puissants de la part de l'organisme ; nous serions cependant pleinement autorisés à les combattre si nous étions en état de leur substituer quelque chose de meilleur. L'action de toutes les injections est en partie astringente, en partie antiseptique (l'ichtyol dont l'effet astringent est très minime et qui est, par conséquent, presque exclusivement antiseptique, serait seul à excepter). De ces deux effets, l'effet antiseptique est très imparfait, et cela pour deux raisons : d'abord parce que les antiseptiques arrivent dans l'urèthre au contact de substances albuminoïdes qu'ils coagulent ; une partie du topique est donc perdue ; ensuite, parce que les antiseptiques n'atteignent pas tous les gonocoques. Bon nombre d'entre eux occupent en effet des lieux retranchés où les topiques n'ont pas accès (glandes,

tissu conjonctif). Quiconque peut se convaincre qu'après trois à quatre semaines d'injections antiseptiques (nitrate d'argent, sublimé, ichtyol), il subsiste encore dans l'écoulement quelques gonocoques tenaces et qu'il suffit d'interrompre le traitement pour voir réapparaître ces micro-organismes en grand nombre.

Les astringents ont une action plus effective que les antiseptiques. Mais il faut se demander si l'on a raison de s'opposer aussi directement à la « vis medicatrix naturæ » en lui enlevant ses armes : les corpuscules et le sérum du pus !

Ce n'est pas tout.

Nous savons par les recherches de Bumm sur la blennorrhée oculaire (rien ne nous autorise à penser qu'il en soit autrement dans l'urèthre) que les gonocoques pénètrent très rapidement dans la muqueuse malade jusque dans le corps papillaire, qu'ils s'y multiplient et que ce n'est que progressivement que la suppuration les ramène à la surface où ils continuent à se développer durant la dernière période du stade purulent et pendant tout le stade muco-purulent.

Le moment le plus opportun pour faire agir les parasitocides et les astringents serait donc celui où la sécrétion commence à tarir et celui où elle devient muco-purulente.

Si l'on considère la marche d'une blennorrhagie non traitée — et nous croyons qu'il est nécessaire, pour apprécier exactement un processus morbide, d'en connaître l'évolution naturelle et spontanée — on est surpris du changement qui apparaît bientôt et du passage rapide de la phase aiguë de la maladie à la phase subaiguë. Tous les malades font cette remarque et en font part au médecin. Cette modification serait due, d'après BUMM, à l'élimination rapide des gonocoques et à la cessation de l'irritation qu'ils exerçaient sur le tissu conjonctif sous-épithélial.

Un fait qui plaide en faveur de cette manière de voir est l'apparition dans l'écoulement à cette époque d'un grand nombre de plaques épithéliales recouvertes de gonocoques, constatation que l'on ne peut pas faire aux stades précédents de la blennorrhagie.

Des raisons surtout d'ordre empirique mais aussi d'ordre scientifique nous font donc rester fidèle au principe de n'employer le traitement local, particulièrement les injections, que lorsque la blennorrhagie a dépassé son acmé.

OLTRAMARE (1887), RAUD (1887), OSBORNE (1887), BLANC (1887), BRYSON et BRYANT (1888), DUCASTEL (1888), LESSER (1889), SEIDEL (1889), FÜRBRINGER (1890) et un grand nombre d'autres auteurs se sont ralliés

à cette manière de voir dont NEISSER (1889) et ses élèves sont surtout les détracteurs.

III. *L'activité du moyen local doit être inversement proportionnelle à l'acuité inflammatoire.*

Plus l'inflammation est forte, plus le remède local doit être léger, et plus elle est faible, plus souvent et plus énergiquement pouvons-nous intervenir. D'après cela, nous ferons précéder les injections d'un traitement balsamique, puis nous commencerons à injecter de faibles solutions de médicaments peu astringents; nous ne ferons ces injections au début que rarement et nous passerons successivement à des moyens plus énergiques, en concentrant davantage les solutions et en augmentant le nombre des injections. Il ne faut pas oublier qu'un remède astringent approprié à l'intensité inflammatoire atténuée celle-ci, qu'un moyen violent l'exalte au contraire.

Quand l'action astringente est trop forte, la sécrétion augmente; il se produit alors facilement des brèches épithéliales à travers lesquelles une nouvelle invasion de gonocoques se fait facilement.

Nous avons déjà parlé de l'emploi des balsamiques. Quant aux injections dont nous parlerons encore dans l'exposé du traitement systématique, nous ferons valoir ici quelques remarques générales. Les injections dans l'urétrite antérieure aiguë sont faites par le patient lui-même avec la seringue ordinaire ou avec notre appareil.

Dès à présent, nous insisterons sur la nécessité de prendre, quand on fait des injections, les plus grands soins de propreté.

De cette façon les germes qui pourraient éventuellement pénétrer dans les seringues ne seront pas importés dans l'urètre avec le liquide. *Les solutions employées doivent être aseptiques.* Il faut donc éviter avant tout les injections à principes végétaux. PALLIARD (1886) rapporte le cas d'un passementier de dix-neuf ans qui, atteint de chaudière récente, s'était injecté une infusion de différentes herbes. Trois jours après la première injection, il fut atteint d'épididymite et de cystite. L'urine était trouble et contenait de nombreuses bactéries vraisemblablement importées dans le tractus avec l'injection.

Il faut dire et montrer d'une façon précise comment les injections doivent être faites.

Toute la muqueuse malade doit être mise en contact avec le médicament; celui-ci doit donc pénétrer jusqu'au bulbe. Cela n'est possible que lorsque le patient adapte exactement l'extrémité conique de la seringue ou la poire de notre appareil dans le méat urinaire de telle sorte que le liquide ne puisse refluer vers le dehors.

La force avec laquelle on lance l'injection doit être faible et uniforme; des injections violentes, forcées, rapides produisent facilement des contractions réflexes du bulbo et de l'ischio-caverneux, qui projettent souvent le liquide injecté sous forme d'éjaculation.

La quantité de liquide doit être telle qu'elle amène une légère tension de la muqueuse, un effacement des plis et la pénétration du médicament dans les follicules.

Cette quantité varie avec le degré de l'inflammation; on peut dire qu'elle doit être poussée au point que la tension de la muqueuse commence à devenir incommodante ou douloureuse. Au début, quand, par suite de l'inflammation aiguë, la muqueuse fortement gonflée ne possède qu'une élasticité très modérée, une petite quantité de liquide produit déjà cet effet; le processus gagne-t-il en âge, on peut injecter davantage.

Notre appareil répond, nous le croyons, à ces desiderata; au stade aigu, le malade s'en sert comme d'un irrigateur (sans le piston par conséquent); la poire est exactement adaptée au méat urinaire et la solution s'écoule sous une faible pression jusqu'à ce que la tension commence à devenir douloureuse; à ce moment il faut fermer le robinet. Si la maladie est plus ancienne, on laisse pénétrer une plus grande quantité de liquide sous la pression progressivement croissante du poids que l'on dépose sur le plateau du piston, et cela jusqu'à ce que la même impression soit ressentie.

La solution injectée doit être laissée quelque temps dans l'urètre pour l'influencer suffisamment; il faut que cette solution arrive au contact de la muqueuse uréthrale débarrassée de sa sécrétion. On invite toujours le patient à uriner et à se faire une ou plusieurs injections d'eau tiède avant d'injecter la solution médicamenteuse.

Le nombre des injections est au début d'une par jour, le soir de préférence, puis le patient en fait 2, 3 et finalement 4. Les injections plus fréquentes irritent trop.

Prenons à présent le cas d'une urétrite antérieure aiguë typique et voyons, comment, dans ce cas particulier, le traitement doit être compris.

Si nous avons à traiter un malade atteint d'urétrite antérieure aiguë, dans la seconde semaine environ après le coït infectant — des cas plus récents, encore au stade muqueux, sont, comme nous l'avons dit, très rares — notre premier soin est de recommander l'observance aussi stricte que possible des règles hygiénico-diététiques. Une question qui nous est souvent faite par les malades et à laquelle

nous avons à répondre de suite est celle de savoir la quantité de boisson qu'il faut ingérer ?

On voit défendre à cet égard deux opinions extrêmes avec une apparence de raison. Tantôt l'on recommande de boire peu, parce qu'ainsi l'urèthre est irrité moins souvent; tantôt, au contraire, on recommande de boire beaucoup parce que la dilution des urines rend la miction moins pénible.

Dans l'un et l'autre cas on oublie qu'une seule miction d'urine très concentrée irrite autant l'urèthre que de fréquentes mictions d'urine très diluée. On s'en tiendra donc à une juste moyenne. Pour le reste, on se guidera d'après les symptômes; on combattra l'excitabilité sexuelle par les moyens connus, les phénomènes inflammatoires aigus par les compresses froides appliquées matin et soir, pendant une heure ou deux.

Si les phénomènes aigus sont très marqués, le traitement topique est contre-indiqué. Mais nous possédons quelques remèdes capables d'atténuer les douleurs des mictions. Dans ce but, on prescrit :

℞ Decoct. semin. lini. 500 gr.	}	à 30 gr.
Syrupi diacodii. 40 —		
S. Toutes les deux heures cuillerée à soupe.	℞ Hb. herniar.	}
	Folior. uv. ursi.	
	S. Ssf. de thé.	

On fait prendre du dernier 2 ou 3 tasses par jour. FOURNIER recommande la poudre suivante :

℞ Natrii bicarb.	5 gr.
Sacchar. alb.	30 —
Succi citri.	gutt. II
S. Pour un jour.	

qu'il fait dissoudre dans environ un litre d'eau à prendre à froid en un jour.

Parfois à ce stade, si les phénomènes inflammatoires sont peu marqués, on peut essayer d'intervenir localement; ainsi, on peut faire prendre quelques capsules de santal ou de baume de copahu tous les jours, mais il faut en faire suspendre l'usage dès que les phénomènes d'irritation augmentent.

Jusqu'à la fin du second septenaire ou le commencement du troisième, l'inflammation progresse. On veille à ce que le régime observé jusque-là (repos, hygiène, diète) soit suivi plus rigoureusement encore.

Le traitement antiphlogistique n'est utile que lorsqu'il est employé

avec persévérance; quand on l'applique passagèrement comme c'est le cas pour les bains froids, il nuit, parce qu'à l'amélioration momentanée succède une réaction plus forte.

L'excitabilité sexuelle, les érections, les insomnies, réclament un traitement spécial. On ne craint pas de procurer du repos aux malades, au prix de fortes doses d'antiphrodisiaques: bromure de potassium, camphre, lupulin, chloral, injections de morphine. On veille à une nourriture non excitante, végétale, et aussi à la liberté du ventre. Si les phénomènes inflammatoires sont très violents, comme cela arrive parfois à cette période de la maladie, on met en œuvre tout l'arsenal antiphlogistique. L'œdème, la lymphangite, la corde uréthrale, indiquent non seulement le séjour au lit et la diète, mais encore l'application continuée de compresses froides ou d'une vessie de glace, les frictions d'onguent gris pour la lymphangite, les narcotiques. Outre les injections de morphine, on prescrit avec avantage les suppositoires :

℞ Extr. belladonn.	15 cent.
Ou morphii muriatici	15 —
Butyr. cacao	} Q. s. ut f. suppositoires.
Ungt ciner.	

S. 2-3 suppositoires par jour.

Ainsi que la corde uréthrale, la dysurie est particulièrement justiciable de l'emploi des narcotiques. Jamais, à moins que cela ne soit absolument nécessaire, on ne recourt à l'usage du cathéter.

Les bains chauds prolongés, précédés de l'administration des narcotiques, amènent des mictions faciles et relativement indolores; dans d'autres cas on arrive au même résultat en plongeant le pénis dans l'eau froide.

Si à cette époque (2^e ou 3^e septenaire), les phénomènes inflammatoires ne sont pas très violents, et si le santal est bien supporté, on le continue. Nous avons dit plus haut que nous ne conseillons pas les injections aussi longtemps que la maladie n'avait pas dépassé sa période d'augment; cependant dans ces derniers temps nous avons dérogé à ce principe en faveur du sulfo-ichtyolate d'ammonium, conseillé par JADASSOHN (1892); quand le cas n'est pas trop aigu, nous injectons dès le début des solutions de cette substance très faiblement astringente qui produit rarement des phénomènes d'irritation intense; sous son influence, le nombre des gonocoques et l'écoulement lui-même