

diminuent rapidement ; toutefois, on n'obtient pas par ce moyen un raccourcissement de la maladie ; seule la phase aiguë est abrégée. Le processus passe rapidement à la période subaiguë, mais celle-ci se prolonge d'autant plus longtemps.

La décroissance, la rémission des symptômes est, dans le cas où aucun traitement n'a encore été institué, le signal de l'administration des balsamiques. On passe aux injections quand le stadium decrementi est bien caractérisé. Le pus, encore abondant, tend à perdre sa teinte verdâtre, il devient plus fluide et comme laiteux. Les douleurs lors des mictions aussi bien que celles qui sont occasionnées par les érections sont faibles ou diminuent rapidement, l'excitabilité sexuelle se relâche. Il ne faut pas oublier que c'est précisément à cette époque que peut se développer l'urétrite postérieure. Le médecin chaque fois qu'il ordonne une injection se renseigne par conséquent sur l'état de l'urèthre postérieur. Nous avons déjà passé en revue les remèdes préconisés pour les injections ; tous n'ont pas la même valeur. Les solutions (médicament et titre) doivent toujours augmenter en force. Nous pouvons conseiller comme exemple de gradation convenable, les solutions suivantes : le *sulfo-ichtyolate d'ammonium* à la dose de 1 à 3 p. 100, le *sulfate de thalline* (1,5-2,0 p. 100), le *permanganate de potasse* (0,02-0,04 p. 100), l'*acétate de zinc* (0,2-0,6 p. 100), le *phéno-sulfate de zinc* (0,4-1 p. 100), le *sulfate de zinc*, l'*acide phénique et l'alun*, de chacun (0,2 p. 100), le *nitrate d'argent* (0,05-0,15 p. 100). Ces solutions sont indiquées aussi longtemps que l'on décèle dans la sécrétion ou dans les filaments des gonocoques et des corpuscules de pus. Si ces derniers éléments font défaut, si surtout l'on ne trouve plus de gonocoques pendant un temps assez long, on se trouve en présence de la période finale de la maladie, exempte de gonocoques, et l'on ordonne : le *sulfate de cuivre* (0,05-0,1 p. 100), le *sulfate de cuivre et alun* (0,05 à 0,5 : 100 eau), et surtout le *sous-nitrate de bismuth* (2, à 4,0 p. 100).

Il faut approprier la concentration et la force du médicament à chaque cas particulier. *Jamais une injection de l'activité voulue ne doit produire dans l'urèthre plus qu'une légère sensation de brûlure.* Une injection ressentie un jour assez vivement, le sera à peine quelques jours après ou ne le sera même plus. Dans ce dernier cas on peut considérer son action comme illusoire. *D'où il convient d'augmenter après quelques jours la concentration des injections dans les limites indiquées et de changer aussi de solutions.*

Une question très importante est celle de savoir quand une uré-

*thrite aiguë doit être considérée comme guérie, quand il est permis de cesser le traitement, quand enfin le malade peut reprendre sa manière de vivre habituelle.*

Malheureusement, en pratique, les malades et les médecins pèchent aussi bien dans le sens d'un traitement trop court, insuffisant, que dans le sens d'un traitement trop long.

Beaucoup de malades se font des injections jusqu'à ce que l'écoulement, c'est-à-dire la suppuration très apparente, cesse. Cette conduite leur est d'ailleurs conseillée par un grand nombre de praticiens.

Il est évident que la plus grande partie du pus formé dans l'urèthre, s'écoule par le méat. *Mais si cette quantité de pus est faible, elle reste adhérente à la muqueuse sous forme de couche mince et ne s'en détache qu'entraînée par le premier jet d'urine.* C'est le cas notamment pour la sécrétion assez visqueuse du stade terminal ; mélangée à un mucus épais, elle adhère fortement à la muqueuse. L'urétrite progresse d'avant en arrière ; le processus est au bulbe à la troisième semaine. La guérison se fait aussi d'avant en arrière ; dans la cinquième semaine, la partie mobile de l'urèthre est redevenue normale tandis que la maladie occupe encore le bulbe. C'est à cette époque que le traitement est souvent interrompu. *Aussi l'urétrite chronique antérieure se localise-t-elle de préférence dans le bulbe.*

On n'est autorisé à cesser le traitement que par l'examen des urines.

La petite quantité de pus que secrète encore l'urèthre à la fin de la blennorrhagie se retrouve dans l'urine sous forme de filaments : les éléments purulents sont en effet conglomerés par le mucus uréthral alcalin que coagule l'urine acide.

*Aussi longtemps qu'il existe des filaments dans l'urine, il ne faut pas considérer la maladie comme terminée et sans autre issue ultérieure possible.*

Les médecins et les malades commettent aussi la faute de traiter trop longtemps la chaudepisse. Il persiste toujours à la suite de celle-ci un certain état d'irritation qui se traduit par une sécrétion muqueuse exagérée, claire, filante, qui rappelle le liquide de l'urétrorrhée.

Le matin, surtout quand il y a eu des érections pendant la dernière partie de la nuit, ce mucus est assez abondant, agglutine les lèvres de l'orifice, ou perle par la pression au méat urinaire sous forme de goutte bien claire. Beaucoup de malades prennent cet état d'hypersécrétion, résultant de l'irritabilité encore exagérée, pour la

blennorrhagie. Abandonne-t-on cette sécrétion muqueuse à elle-même, pourvu que l'on évite les excitations on la voit diminuer bientôt. Mais, dans la pensée qu'il s'agit encore d'un reste d'urétrite, les injections sont souvent reprises et, à la suite de cette nouvelle irritation la sécrétion augmente. Il arrive souvent alors que le médecin et son client, impatients et las au même point, aient recours à une injection plus forte qui provoque de nouveau la desquamation et la prolifération épithéliales; les produits de ces dernières mélangés au mucus lui donnent une coloration grise et même blanchâtre qui engage à son tour à entreprendre des injections et de cette façon le malade tombe dans un cercle vicieux; la sécrétion s'éternise et si, l'immigration microbienne vient encore s'ajouter, à titre d'infection secondaire, à toutes ces causes d'irritation, il se développe une de ces formes d'urétrite chronique qui n'est pas la moins rebelle au traitement.

*Ce n'est donc pas la sécrétion, l'écoulement, mais, uniquement l'examen des filaments qui nous renseigne sur la durée qu'il faut assigner au traitement et sur le moment opportun où il convient de l'interrompre.* Nous devons nous guider spécialement sur deux points de repère : les corpuscules du pus et les gonocoques. Aussi longtemps qu'un filament, même isolé, contient des gonocoques, il faut continuer le traitement. Il en est de même quand, après plusieurs examens négatifs, les filaments renferment encore d'abondantes cellules de pus.

Il arrive en effet, que si l'on examine des filaments purulents à plusieurs reprises, on finisse par y découvrir des gonocoques.

*La présence d'une grande quantité de cellules de pus dans un filament indique toujours qu'il existe en un point un foyer inflammatoire dont on peut rapporter la cause avec beaucoup de vraisemblance aux gonocoques. Si non seulement les gonocoques mais aussi les cellules purulentes font défaut dans les filaments ou bien, si ces corpuscules du pus sont, relativement aux cellules épithéliales, en petit nombre, on peut alors cesser le traitement; dans ces conditions, l'inflammation a déjà évolué, il ne persiste qu'une abondante desquamation du jeune épithélium, desquamation qui par les injections ne ferait qu'augmenter. Il est bon de ne pas faire abandonner subitement les injections aux malades mais successivement et progressivement; le malade ne fait plus d'injection que tous les deux jours, puis tous les trois jours et ainsi de suite.*

La cure d'injections finie, le malade doit encore être tenu en

observation pendant dix ou quatorze jours, en suivant encore le régime. Si au bout de ce temps, l'urine est restée bien claire, on permet le retour progressif au modus vivendi habituel. Mais on insiste surtout sur la modération et la progression quand il s'agit de permettre le coït.

Nous avons pour principe de ne pas abandonner nos malades avant de nous être assuré qu'une forte irritation, le coït par exemple, n'est pas en état de ramener l'inflammation.

*Plus souvent que des chaudepissées récentes nous avons à traiter des urétrites subaiguës, antérieures, datant de plusieurs mois.* La cause de la prolongation de la maladie est alors un manque de traitement, ou bien un traitement mal compris, trop précoce, intempestif, et plus souvent encore un traitement interrompu. *Dans ce cas il faut toujours chercher la présence des gonocoques dans la sécrétion et remonter aux causes qui ont pu retarder la guérison.* On tâchera de démêler d'abord ces dernières. Quand la persistance de la maladie est due à un mauvais régime il faut insister sur l'hygiène, sur la diète; si le malade n'a été soumis à aucun traitement, celui-ci bien conduit a vite raison de la blennorrhagie.

*Le pronostic est le plus défavorable pour les blennorrhagies qui ont été contrariées par un mauvais traitement ou par un traitement précoce ou mal compris.* Nous nous trouvons très bien dans ces cas de l'expectation, et nous laissons en quelque sorte la maladie s'épuiser d'elle-même. En l'absence de toute intervention locale, l'écoulement reparait généralement (gonocoques plus nombreux). L'inflammation atteint un certain maximum, puis elle décroît bientôt; cela se passe en dix ou quinze jours pendant lesquels le malade est traité d'une façon purement symptomatique; on pourra bien parfois (inflammation modérée) administrer des balsamiques, mais on s'abstiendra en tous cas d'injection. Quand l'écoulement commence à diminuer, nous ordonnons alors des injections, et nous en obtenons de bons résultats.

*La blennorrhagie des sujets cachectiques, mal nourris ou atteints d'autres maladies, réclame une attention spéciale.* Quand elle évolue d'une façon très aiguë le traitement n'est pas institué conformément aux principes que nous venons d'exposer, les malades sont en plus soumis à une médication tonique, on les nourrit fortement, on leur administre avec avantage le fer et particulièrement le fer et l'arsenic sous la forme des eaux de Roncegno et de Levico.

Très souvent l'urétrite prend d'emblée, chez ces sujets, une

allure torpide, sans aucun phénomène d'excitation; la réaction inflammatoire est faible, la sécrétion toujours fluide et laiteuse. *Une telle marche de l'affection indique dès le début outre la médication tonique et l'application rigoureuse des règles hygiénico-diététiques que nous avons exposées, une grande prudence dans le traitement par injections.* Il faut toujours s'attendre alors (et l'on en prévient le patient) à une irrégularité du cours de la maladie; on porte notamment toute son attention du côté de l'urétrite postérieure qui dans ces cas se développe souvent insidieusement. C'est là le point de départ d'autres complications; on y veillera pour pouvoir interrompre les injections dès que l'urétrite postérieure se développera.

*Traitement de l'urétrite postérieure aiguë.* — L'urétrite postérieure aiguë est, ainsi que nous l'avons déjà dit, une complication de la blennorrhagie antérieure; elle se développe de préférence au moment où le processus inflammatoire atteint son summum, c'est-à-dire dans le troisième septenaire; ou bien plus tard, à l'occasion d'une rechute.

*Dès que l'urétrite postérieure se montre et jusqu'au moment où elle a dépassé sa période aiguë, il faut interrompre le traitement local de l'urétrite antérieure.* Si l'urétrite postérieure naît au moment du summum inflammatoire, il est vrai que le traitement local selon nous, n'aurait pas encore été institué; mais, si elle se développe plus tard, à l'occasion d'une exacerbation ultérieure du processus, il est possible que le malade se soit déjà fait des injections. *Il faut donc chaque fois que nous prescrivons une injection à un malade, nous enquérir de l'état de l'urèthre postérieur et suspendre tout traitement local, dès qu'un symptôme d'urétrite postérieure se manifeste. Il convient alors de soigner d'abord l'urétrite postérieure. Celle-ci peut à son tour donner lieu, par voie de propagation à d'autres complications. C'est aux dernières qu'il faut encore porter remède en premier lieu (à une cystite ou à une prostatite), et ne songer à l'urétrite postérieure puis à l'urétrite antérieure que plus tard.*

*Les prescriptions hygiénico-diététiques* et les remèdes sont les mêmes pour l'urétrite postérieure que pour l'antérieure.

Mais nous tenons spécialement à mettre en garde contre l'usage si répandu de donner, quand il existe une urétrite postérieure, des eaux minérales alcalines: Giesshubler, Preblauer, Vichy, etc. Ces boissons diminuent l'acidité de l'urine, ce qui paraît d'autant moins indiqué

que cette acidité est déjà atténuée par la diète (privation de mets épicés, salés, usage modéré de viande) et par le repos. En outre, le pus et le sang (au cas où il y a hématurie) qui sont alcalins régurgitent de l'urèthre postérieur dans la vessie. Quand ces liquides s'écoulent en abondance dans la vessie et que nous ordonnons au surplus des remèdes alcalinisants, l'acidité de l'urine est très affaiblie. Il peut en résulter l'alcalinité et la fermentation ammoniacale des urines, fermentation qui donne à son tour facilement lieu à la pullulation dans la vessie, des germes qui viennent de l'urèthre postérieur, conséquemment à une cystite. *Quand il existe déjà une urétrite postérieure, le meilleur moyen de prévenir la propagation du processus à la vessie, c'est-à-dire l'éclosion d'une cystite, consiste à maintenir un certain degré d'acidité des urines.*

*Les indications thérapeutiques générales* sont aussi les mêmes que pour l'urétrite antérieure: on traitera la phase aiguë d'une façon purement symptomatique; quand l'inflammation se sera amendée on passera à des moyens topiques légers puis à de plus forts; c'est dire qu'on recourra d'abord aux balsamiques puis aux injections.

*Le traitement symptomatique* du stade aigu ressemble à celui de l'urétrite antérieure aiguë. Deux phénomènes réclament surtout notre intervention; ce sont: l'hématurie et les troubles de la miction.

*L'hématurie* est toujours un signe d'inflammation violente; elle s'accompagne toujours d'une strangurie intense dont elle dépend du reste le plus souvent. Dans beaucoup de cas, en effet, il suffit de remédier à cette strangurie pour voir disparaître l'hématurie.

Le traitement de la strangurie nécessite la mise en œuvre de tout l'arsenal antiphlogistique; à côté du repos, de la diète, des soins qui assurent la liberté du ventre, les bains tièdes prolongés rendent souvent de bons services. Mais c'est aux narcotiques que nous sommes redevables des meilleurs résultats.

Les injections de morphine, les suppositoires à la belladone amènent toujours une diminution dans la fréquence des besoins d'uriner et par là même l'inflammation s'apaise; les décoctés mucilagineux avec ou sans narcotique, l'infusé de semence de lin, d'herniaire, de feuilles d'uva ursi, sont aussi d'une efficacité réelle à cette période de l'urétrite postérieure aiguë.

Quand l'hémorrhagie qui accompagne les dernières gouttes de la miction ne cesse pas avec la strangurie, il faut employer les moyens

hémostatiques, spécialement le fer et l'ergotine. Nous prescrivons :

℞ Ferrisquichl. sol. 2 gr.  
Aq. destil. . . . . 200 —  
Syrupi cinnam. . . . . 20 —  
S. Toutes les deux heures  
1 cuillerée à soupe.

℞ Ext. sec. cornuti. 1 gr.  
Sacch. albi. . . . . 2 —  
Mf pulv. div. in dos. X  
S. Une p. toutes les trois heures.

℞ Ergotini . . . . . 1 gr.  
Laudani . . . . . 0<sup>gr</sup>,4  
Sacch. albi. . . . . 2 gr.  
Mf pulv. d. in dos. X

℞ Ext. hemostat. . . . }  
Elæo sacch. cinnam. } à à 0<sup>gr</sup>,3  
Mf pulv. d. in dos. X

S. Toutes les trois heures 1 poudre.

S. Toutes les deux heures 1 poudre.

Les granules d'ergotine de BONJEAN ou les injections sous-cutanées d'ergotine seront aussi donnés avec avantage.

La *dysurie* n'est pas rare non plus dans l'urétrite aiguë postérieure ; comme elle reconnaît comme cause un spasme, on y remédie surtout par la morphine et la belladone. On évite l'application du cathéter qu'on ne réserve que pour les cas extrêmes ; on fait alors usage d'une fine sonde élastique introduite dans la narcoïse ou bien après l'administration de morphine (injection sous-cutanée ou suppositoire).

Quand les phénomènes d'irritation diminuent et qu'il n'y a pas d'albuminurie (ce dont il faut toujours s'assurer), tout en continuant un traitement calmant (deux suppositoires à la belladone par jour ou une décoction de semences de lin avec sirop Diacode), on peut passer prudemment au traitement local et donner quelques (4 à 6) capsules de santal ou de baume de copahu. Toutefois ces remèdes internes sont suspendus dès que l'irritation reparaît (quand notamment les mictions deviennent plus fréquentes).

L'efficacité des balsamiques est probablement due à ce qu'ils agissent comme antiseptique en augmentant l'acidité des urines. Nous avons fait ressortir précédemment l'avantage de cette influence.

Le salicylate de soude est plus actif encore que les balsamiques et, selon nous moins irritant. Nous le prescrivons volontiers à la dose de 3 à 5 grammes par jour et nous en obtenons de bons résultats. L'acide salicylique aux mêmes doses, l'acide camphorique (1<sup>gr</sup>,5 à 3 grammes par jour) semblent avoir aussi une bonne action. Quand le salicylate n'est pas supporté on peut le remplacer par le salol (3 à 5 grammes par jour).

Quand les phénomènes d'irritation se sont amendés depuis plusieurs

jours et qu'il n'y a plus de strangurie notable ni d'albuminurie, quand le trouble des deux portions de l'urine est moins considérable, alors on passe à la médication externe et l'on applique les astringents.

*Nous avons dit que les solutions injectées avec la seringue ordinaire n'atteignaient pas la partie postérieure de l'urètre ; d'où cette méthode ne convient pas au traitement de l'urétrite postérieure.*

Quelques auteurs conseillent, pour faire pénétrer le liquide médicamenteux jusque dans l'urètre postérieur, d'employer la seringue uréthrale ordinaire, de fermer le méat l'injection faite et de comprimer ensuite le canal d'avant en arrière.

Cette manœuvre peut bien réussir dans quelques cas, le patient remarque alors que la partie mobile de la verge tendue par l'injection revient en quelque sorte sur elle-même ; en outre, quand le méat, cesse d'être comprimé, il n'en sort que peu de liquide.

D'autres fois cependant, l'injection est expulsée immédiatement par la contraction réflexe, spasmodique des muscles bulbo et ischio-caverneux.

La méthode est donc incertaine, et dans le cas où elle réussit, toujours irritante. *Nous y renonçons pour cette raison et nous croyons avec ULTZMAN, AUBERT, ERAUD que l'urétrite postérieure doit toujours être traitée par le médecin lui-même.*

Il ne faut pas oublier que lorsque l'urétrite postérieure aiguë est apte à être traitée par les injections, il existe encore une urétrite antérieure qui, plus ancienne et par conséquent moins aiguë que l'urétrite postérieure, est justiciable aussi de la cure par injections.

*Il s'ensuit que dans tous ces cas, l'urètre entier, depuis le méat externe jusqu'au col vésical, doit être soumis à l'action des astringents.*

*Nous ne pouvons admettre qu'en dépit d'une urétrite postérieure manifeste, le patient entreprenne lui-même les injections avec la seringue ordinaire.* Par ce moyen l'urétrite antérieure peut guérir, l'urétrite postérieure abandonnée à son évolution spontanée, si elle ne s'aggrave pas, aboutit tout au moins à la chronicité. Aussi le traitement généralisé de la blennorrhagie par la seringue uréthrale ordinaire n'est-il que trop souvent la cause d'urétrite chronique. Pour les injections postérieures nous conseillons surtout la méthode de DIMAY ; la sonde pour irrigation de ULTZMAN donne aussi de bons résultats.

Pour rendre la pénétration de la solution dans la vessie complète-

ment inoffensive, il est bon de n'entreprendre les injections que si la vessie est modérément remplie; il n'est pas nécessaire de débarrasser celle-ci du liquide que l'on y a injecté; les solutions que l'on injecte sont tièdes, on emploie au plus 80 à 100 centimètres cubes dont un peu moins de la moitié pour la partie postérieure et le restant pour la partie antérieure. L'urètre doit avant l'introduction des instruments être bien nettoyé; le patient doit donc uriner avant l'opération, mais il ne vide pas sa vessie. Chez les individus sensibles, on applique avant la première injection un suppositoire à la morphine pour éviter toute contraction réflexe et intempestive du compresseur.

Les injections sont faites au début tous les trois jours et plus tard tous les deux jours.

Les solutions employées sont les suivantes :

℞ Amm. sulfoichthyolic. 40 gr.		℞ Alum. crudi. . . . .	} à 1 gr.
Aq. destillat. . . . . 500 —		Acidi carbolici. . . . .	
	Zinci sulphurici . . . . .		
	Aq. destillat. . . . . 500 —		
℞ Kalii hypermanganici. . . . .		20 à 50 ctgr.	
Aq. destillat. . . . .		500 —	
℞ Argenti nitrici. . . . .		0,20 à 1 gr.	
Aq. destillat. . . . .		500 —	

De différents côtés on a préconisé, pour combattre l'urétrite postérieure, de faire des injections astringentes dans la vessie vide, à l'aide d'une sonde, puis de faire évacuer le liquide injecté par le malade lui-même à travers l'urètre, le cathéter étant retiré. Je ne considère pas cette méthode comme très avantageuse. Il est bon, en effet, d'éviter de faire agir les astringents sur les parois vésicales et c'est pour cela que nous conseillons l'irrigation de l'urètre, la vessie étant modérément remplie. Du reste, il existe toujours dans les vessies soi-disant vides une quantité d'urine suffisante pour décomposer en tout ou en partie les liquides médicamenteux que l'on y injecte. L'action de ces liquides décomposés sur la muqueuse urétrale malade est par conséquent très faible. Nous croyons que la méthode d'irrigation de l'urètre postérieur, sous forte pression et sans sonde, comme cela a été conseillé plusieurs fois et dernièrement encore par TELEKI (1891) et RONA (1892), ne répond pas davantage au but que l'on se propose d'atteindre. A côté de résultats heureux, ceux qui ont essayé la méthode ont enregistré aussi des insuccès. (L'injection ne réussis-

sait pas ou bien il se produisait des phénomènes d'irritation.) *Les irrigations à l'aide de la sonde, constituent la méthode d'injection la moins dangereuse.*

Quand les symptômes subjectifs se sont apaisés et que les symptômes objectifs sont réduits à un trouble léger muqueux des deux portions de l'urine, on peut se servir avec avantage des solutions prescrites dans le traitement de l'urétrite antérieure, notamment des solutions de nitrate d'argent à 0,10 ou 0,20 p. 100, solutions que l'on injecte avec l'injecteur urétral de ULZMANN introduit jusque dans l'urètre prostatique. On retire l'instrument en même temps que l'on injecte pour répartir le liquide sur tout l'urètre.

On peut encore faire usage dans ces cas de l'anthrophore et l'on en obtient de bons effets.

L'urétrite postérieure guérit d'ordinaire plus rapidement que l'antérieure. On observe, après un traitement assez court, que la deuxième portion de l'urine du matin, surtout si l'on fait une irrigation préalable de la partie antérieure, est complètement claire. L'urétrite postérieure est donc guérie alors que l'urétrite antérieure persiste. Les irrigations postérieures deviennent dès lors superflues, mais le traitement de l'urétrite antérieure doit être continué pendant assez longtemps encore.