

LALLEMAND (1825) pour cautériser un point déterminé de l'urèthre fit construire son porte-caustique et MERCIER en fournit un également. Tous deux sont de courtes sondes courbes, munies à leur extrémité d'une fenêtre latérale dans laquelle apparaît par un mouvement de rotation le crayon de nitrate d'argent. MARCHAL DE CALVI (1854) et BEHREND (1860) croyaient aussi qu'il fallait agir directement sur les foyers locaux et ils ont conseillé l'emploi de bougies enduites d'onguents.

SCHUSTER (1870) a préconisé ses bougies au glycérolé de tannin, bougies qui se liquéfiaient dans l'urèthre. REGNAL (1872) et LOREY (1873) des bougies de gélatine médicamenteuse. CHIENE (1876) faisait injecter une pâte faite de kaolin, d'huile et d'eau. WALIKI (1876) a fait construire un appareil semblable à l'instrument employé pour dilater les gants; il servait à insuffler des substances pulvérulentes. ZEISSL (1878) introduisait dans le canal des crayons de kaolin et de glycérine. MASUREL (1880) faisait injecter dans l'urèthre de l'eau saturée de teinture d'iode. HARRISON (1885) est allé plus loin; il détournait le cours de l'urine dans les cas d'urèthrite chronique rebelle, en ouvrant la région membraneuse et en introduisant jusque dans la vessie une canule en argent.

Les différentes injections dirigées contre l'urèthrite aiguë ont été naturellement conseillées pour l'urèthrite chronique, ainsi que les nombreux remèdes internes que nous avons passés en revue. Nous n'y reviendrons pas.

Tous ces remèdes, toutes ces applications externes, toutes ces méthodes ont été employés empiriquement, sans indication nette et souvent même sans qu'on se soit demandé comment ils pouvaient bien agir. Il n'est même pas certain que ces topiques introduits aveuglément ou après une exploration instrumentale atteignent toujours les surfaces malades; en tout cas ils atteignent toujours les parties saines qu'ils irritent. Pour les poudres inertes, telle que le kaolin, l'action est purement mécanique, et quant aux astringents ils n'agissent pas dans la profondeur, leur influence est purement superficielle.

DÉSORMAUX avait déjà pu enregistrer quelques succès en traitant directement les foyers locaux à l'aide du tube endoscopique. Celui-ci étant bien fixé, il enlevait l'appareil d'éclairage et appliquait le médicament; ou bien, ayant ménagé dans l'endoscope une fente latérale destinée à l'introduction de pinceaux, tampons, porte-caustiques, il faisait *de visu* l'application du topique. TARNOWSKY (1872) était aussi un chaud partisan de l'endoscopie.

Quand l'endoscope fut simplifié et que le tube et le réflecteur furent

séparés, il devint plus maniable, le traitement fut simplifié; GRÜNFELD (1874), GSCHIRHAKL (1877), AUSPITZ en obtinrent d'excellents résultats; GRÜNFELD, lui, voyait dans cette méthode le seul traitement rationnel de l'urèthrite chronique. C'était aller un peu loin. Outre que l'introduction d'un tube droit dans l'urèthre irrite toujours la muqueuse (BURCKHART) et qu'elle provoque facilement des phénomènes catarrhaux, tous les remèdes que l'on peut appliquer par son intermédiaire, n'agissent que sur la surface de la muqueuse, sans influencer les infiltrats qui siègent dans la profondeur de la muqueuse ou dans la sous-muqueuse. Ainsi que dans le traitement de l'ophtalmie granuleuse, du trachome où les badigeonnages avec la solution de nitrate d'argent, les cautérisations avec le sulfate de cuivre amènent bien l'atrophie des granulations, mais n'empêchent pas la formation d'une cicatrice, de la même manière les badigeonnages et les cautérisations de l'urèthre, pratiquées à l'aide de l'endoscope, peuvent bien faire disparaître les érosions et les granulations, mais les infiltrats profonds continuent leur marche progressive et aboutissent au rétrécissement.

AUSPITZ (1879) et surtout OBERLANDER (1887) et BURKHART déclarèrent que, dans beaucoup de cas, les astringents seuls n'amenaient pas la guérison de l'urèthrite chronique et qu'il fallait ajouter à ces moyens le traitement mécanique. AUSPITZ faisait la dilatation de l'urèthre avec son endoscope bivalve, OBERLANDER la faisait avec son dilateur (dont nous reparlerons). BURKHART préparait le terrain à l'endoscopie par une cure de dilatation. A côté des astringents, nous ne devons donc pas négliger les moyens mécaniques et les méthodes qui influencent les parties malades plus profondément. B. BELL avait déjà fait remarquer que les bougies agissaient surtout par la pression qu'elles exerçaient sur la muqueuse. Cependant c'est OTIS (1876, 1878, 1880) qui, en étudiant la distensibilité des différents segments de l'urèthre, a fait connaître le premier comment il fallait procéder à la dilatation.

L'uréthromètre d'OTIS permet d'apprécier l'expansibilité de l'urèthre normal et renseigne aussi l'existence d'un rétrécissement naissant au niveau duquel l'urèthre, tout en n'ayant plus ses dimensions premières, est cependant plus large que le méat. Avant OTIS on ne se servait pour apprécier la perméabilité du canal que de bougies ou de sondes qui pouvaient franchir l'orifice urétral; mais, une bougie 24 Charrière, par exemple, ne peut déceler un rétrécissement du bulbe où la dilatabilité qui répondait à 45, ne répond plus qu'à 35 (Char-

rière). Avec ce numéro 24 nous ne pouvons donc diagnostiquer que des rétrécissements possédant une lumière inférieure à celle du méat.

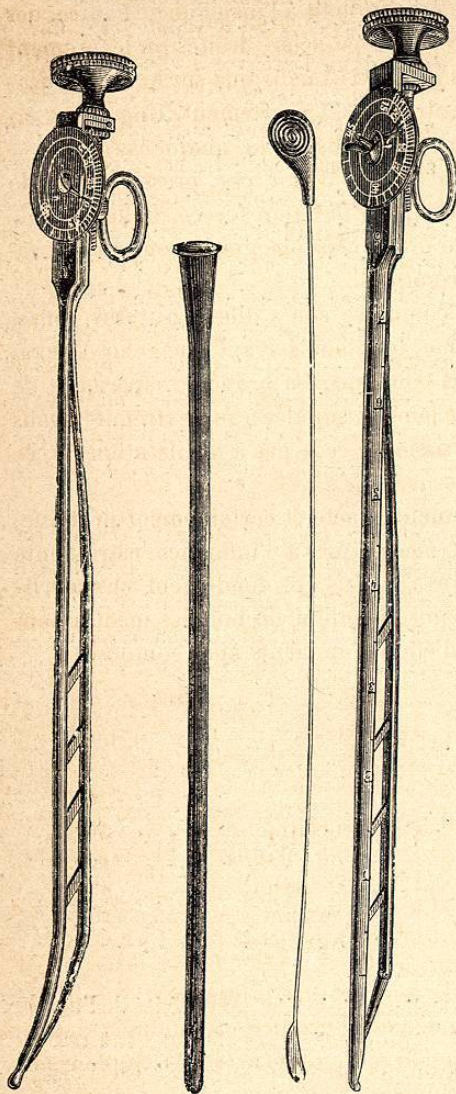


Fig. 27.

Fig. 28.

Pour la même raison le traitement des rétrécissements (à l'aide de bougies de calibre inférieur à 25) est incomplet. Si, en effet, un segment de l'urèthre, qui avait auparavant une dilatabilité représentée par 40 ou plus, a perdu, à la suite du processus chronique, de son pouvoir expansif, on ne pourra le considérer comme revenu à ses dimensions premières que s'il supporte de nouveau une dilatation de 40 ou plus. L'étroitesse du méat mettait jusqu'ici obstacle à cette dilatation, et c'est parce que l'on cessait de traiter les rétrécissements dès qu'ils avaient la largeur du méat que la plupart d'entre eux améliorés, mais non guéris, récidivaient si rapidement.

OTIS érigea en principe de dilater les rétrécissements récents et anciens jusqu'à ce que la muqueuse recouvre sa dilatabilité primitive.

A cet effet, il se sert de bougies de fort calibre, de 30 et au delà. Comme le méat n'admet pas ces instruments il l'incise du côté

du frein. La dilatation est progressive; OTIS l'applique aux rétrécissements naissants jusqu'à ce que l'expansibilité normale de la muqueuse soit rétablie ou même exagérée.

Enfin OBERLANDER (1887) et V. PLANNER (1887) ne se bornaient pas à la dilatation progressive et à l'action exclusive de la pression. Ils ont fait construire, à la même époque mais à l'insu l'un de l'autre, des dilateurs (fig. 27) dont les branches en acier, droites ou légèrement incurvées, s'écartent par le jeu d'une vis, tandis que sur le disque gradué une aiguille donne la mesure de cet écartement. Une gaine en caoutchouc empêche le pincement des plis de la muqueuse.

Le but de ces dilateurs est moins d'agir par pression que de déchirer les infiltrats chroniques par dilatation forcée. Celle-ci amènerait, d'après OBERLANDER, une inflammation aiguë qui agirait favorablement sur les infiltrats chroniques.

Enfin OTIS (1880) avait fait connaître son « dilating-urethrotom » (fig. 28), un dilateur en somme, longtemps avant que celui d'OBERLANDER auquel il ressemble soit construit. La branche supérieure de cet instrument porte une petite lame dissimulée à son extrémité. Dans les points où la résistance des tissus ne cède pas à la dilatation forcée on pratique l'uréthrotomie interne.

Partant de l'idée théoriquement exacte et certainement pratique, qu'il fallait combiner l'action mécanique à l'influence astringente de certains médicaments et agir à la fois, profondément et superficiellement, UNNA (1884) a préconisé l'emploi de bougies médicamenteuses. Il enduisait des sondes d'étain d'onguents ainsi composés :

℥ Ol. cacao	100 gr.		
Ceræ flav.	2 —		
Argenti nitrici	1 —		
Bals. Péruv.	2 —		
℥ Vaseline	87 gr.	℥ Gelatini alb.	30 gr.
Paraffini	10 —	Aq. destillat.	100 —
Bals. Copaïv.	2 —	Glycerini	15 —
Arg. nitric	1 —	Vasellini	20 —
		Nitr. arg.	1 —

Ces pommades sont solides à la température ordinaire.

La masse médicamenteuse fond dans l'urèthre et l'influence surtout par son contenu en nitrate d'argent. CASPER (1885) emploie au lieu de simples bougies cylindriques, des bougies munies de 6 rainures, de 6 cannelures qui se terminent à 5 centimètres au-devant du bec de l'instrument; les rainures sont destinées à recevoir l'onguent. De cette façon le médicament ne pénètre pas dans la vessie.

APPEL (1886) et V. PLANNER (1887) quoiqu'ils se soient prononcés en faveur de ce traitement, y voyaient quelques inconvénients; ils lui

reprochaient notamment de provoquer des phénomènes d'irritation du côté de l'urètre et de la vessie. Moi-même, je dois dire que cette méthode, en dépit des bons résultats qu'elle fournit dans beaucoup de cas, a l'inconvénient de mettre en contact toute la muqueuse uréthrale avec un onguent au nitrate d'argent, d'irriter par conséquent la muqueuse saine et de provoquer une hypersécrétion qui vient altérer le tableau morbide de l'urétrite.

Récemment FLEINER (1889) a modifié ces sondes en limitant l'application de la pommade à certaines parties de l'urètre, ce qui prévenait précisément le reproche formulé contre la sonde d'UNNA. CZERNY conseillait déjà en 1882 l'usage de bougies caustiques.

Maintenant que nous avons appris à connaître le grand nombre des remèdes que l'on a dirigé contre l'urétrite chronique, j'exposerai et j'analyserai toutes les méthodes de traitement que je considère comme les plus efficaces et comme répondant le mieux à certaines indications.

En exposant les symptômes de l'urétrite chronique, nous avons dit qu'il fallait distinguer en dehors de toute localisation deux formes de cette catégorie d'urétrites.

1. D'abord *des formes récentes* où, à côté de foyers circonscrits, récents, de grandes surfaces de la muqueuse souffrent de congestion et d'hypérémie passive. Dans ces formes, il y a hypersécrétion muqueuse, d'où résulte un trouble muqueux de l'urine indépendamment des filaments qui s'y trouvent.

2. Ensuite *des formes circonscrites* dans lesquelles les altérations localisées siègent : *a*) ou bien superficiellement, uniquement dans la muqueuse ; *b*) ou bien dans les tissus sous-muqueux (tissus périuréthraux, corps caverneux, prostate). Dans ces deux cas (*a* ou *b*), le processus localisé est récent, ou déjà en voie de transformation conjonctive.

Les indications thérapeutiques varient selon qu'il s'agit de l'une ou l'autre de ces formes.

I. *Dans les premières, nous avons à combattre le catarrhe muqueux. Nous avons recours à des solutions diluées, faiblement astringentes qui agiront bien sur le catarrhe mais n'influenceront pas les foyers profonds.*

II. *Dans les secondes, quand il n'existe que : a) des foyers muqueux bien circonscrits, il faut faire des applications locales astringentes et caustiques plus énergiques.*

Et, s'il faut intervenir en outre contre b) des infiltrats sous-muqueux, profonds, on agit par la pression, la dilatation, les moyens résorbants.

L'application du remède doit n'intéresser que les parties malades. — Et, avant tout, il faut savoir quand il convient de commencer le traitement. Nous pouvons l'instituer immédiatement quand il s'agit d'une urétrite chronique négligée, non traitée depuis longtemps.

Bien différente sera notre conduite en présence d'un malade qui depuis longtemps déjà et jusqu'au moment où il nous arrive a été soumis aux astringents, aux caustiques et aux interventions instrumentales. Toujours alors il est éminemment indiqué de suspendre le traitement externe. Nous ne devons pas oublier qu'un traitement prolongé crée facilement, surtout si l'on est intervenu énergiquement, un état d'irritation (intéressant aussi les parties saines), capable d'altérer par la sécrétion dont il s'accompagne, le tableau symptomatique de l'urétrite. Et, pour arriver à connaître exactement la maladie, il faut que la suppression de tout traitement vienne faire la part de ce qui est dû à l'irritation elle-même. Aussi, dans ces cas je dispense pour quelques semaines les malades de tout traitement local, je donne, « ut aliquid fecisse videatur », à l'intérieur, du salicylate de soude, du santal, du cubèbe, du kawa kawa et j'attends. — Les symptômes d'irritation disparaissent et, au bout de trois à quatre semaines j'ai sous les yeux le tableau exact de la maladie, si, bien entendu, les règles hygiénico-diététiques ont été observées. Il ne faut pas oublier que l'urétrite localisée ancienne tend à prendre sous l'influence d'irritations extérieures l'aspect de l'urétrite chronique récente (trouble muqueux des urines).

Deux à trois semaines de repos suffisent pour voir disparaître spontanément cette sécrétion muqueuse, qui augmenterait si l'on instituait d'emblée le traitement local.

Enfin, il va de soi que, seule, l'urétrite chronique non compliquée peut être l'objet du traitement externe.

I. — En suivant les principes qui viennent d'être exposés, si nous avons à traiter une *urétrite chronique récente* que nous reconnaissons comme telle aux symptômes qui la trahissent (je ne conseille pas dans ces cas d'employer l'uréthromètre, la bougie ou l'endoscope), si cette urétrite est antérieure, nous pouvons encore faire injecter, avec mon appareil (en se servant d'une forte pression) ou avec la seringue ordinaire, des solutions astringentes faibles.

Nous donnons la préférence aux solutions suivantes :

℥ Zinci sulphurici	} àà 30 centigr.	℥ Arg. nitrici	10 centigr.
Acidi carbolici		Aq. destillat	100 gr.
Alum. crudi			
Aq. destillat.			100 gr.
℥ Cupri sulph.			10 centigr.
Aq. destillat.			100 gr.

Solutions que nous faisons injecter une fois par jour, le soir.

Dans ces cas, je prescris aussi quelquefois aux malades de se faire deux ou trois injections par jour et tous les deux jours je fais moi-même l'irrigation de l'urèthre antérieur. Quand le malade a uriné, j'introduis une sonde molle jusqu'au bulbe et j'irrigue d'une façon rétrograde tout l'urèthre antérieur avec l'une des solutions habituelles, le mieux avec du nitrate d'argent (1 p. 1000 ou 500), ou du permanganate de potassium (0,5 p. 500). Pendant l'opération, je comprime le méat et j'obtiens de cette façon une forte distension de l'urèthre ; le médicament pénètre ainsi dans les plis de la muqueuse et dans les follicules.

Cependant, la localisation du processus à la partie antérieure est rare. Le plus souvent les symptômes, l'épreuve des deux verres, l'examen de l'urine après une irrigation antérieure de même que la connaissance anamnestique d'une épидидymite, d'une uréthrite aiguë postérieure, démontrent que l'affection catarrhale de la muqueuse s'étend aussi à l'urèthre postérieur ; tout l'urèthre doit alors être influencé par les solutions astringentes ; le mieux est de pratiquer dans ces cas la méthode de DIDAY ; l'instrument métallique de ULTMANN provoque une irritation qu'il faut éviter, à mon avis.

Les injections de SCHWENGERS (1891) à la glycérine et à la résorcine (25 p. 100) donnent aussi de bons résultats.

Sous l'influence des irrigations de DIDAY, entreprises tous les deux jours ou seulement tous les trois jours dans le cas où elles sont suivies d'une forte réaction, la sécrétion muqueuse disparaît ; et, si l'urine contient encore des filaments, cette seconde forme d'uréthrite chronique doit être traitée différemment. Mais alors il est bon d'interrompre quelques jours le traitement pour permettre au processus de se localiser plus complètement.

L'emploi de l'antrophore, qu'il soit destiné à une partie de l'urèthre ou à l'urèthre entier, trouve également ici son indication. Cependant cette méthode, en raison de l'irritation qu'elle produit, est inférieure

à celle de DIDAY. HILL (1889), LEUBENSCHER (1889) ont relaté quelques conséquences fâcheuses de ce traitement : recrudescence de l'inflammation, hématurie, frissons, etc. J'ai moi-même observé plusieurs fois de la cystite à la suite de l'emploi de l'antrophore dans l'urèthre postérieur.

II. — Si nous avons à traiter un cas d'*uréthrite chronique ancienne*, s'il y a par conséquent des filaments dans l'urine claire du matin, la première indication est de connaître exactement le siège de l'affection ainsi que la profondeur à laquelle elle se déroule. Nous avons déjà dit de quelle manière nous devons utiliser la bougie exploratrice, l'uréthromètre, l'épreuve des deux verres pour arriver à ce diagnostic.

A. — Supposons d'abord qu'il s'agisse d'une uréthrite chronique superficielle, n'intéressant que la muqueuse, et qu'il n'y ait par conséquent ni rétrécissement naissant, ni prostatite concomitante.

Il faut alors appliquer des astringents assez concentrés sur les foyers malades et faire autant que possible les applications médicamenteuses en ces points seulement.

Si l'exploration instrumentale nous renseigne une uréthrite localisée à la partie antérieure, uréthrite qui alors siège le plus souvent au bulbe, le mieux est d'appliquer les astringents avec le pinceau de *Ultzmann*. Celui-ci (fig. 29) glisse dans un tube endoscopique de faible calibre, en caoutchouc durci (16 à 18 Charrière), qui n'irrite pas beaucoup l'urèthre antérieur. A l'aide de cet endoscope les solutions astringentes peuvent être déposées dans le bulbe et en ce point seulement. Comme solution on emploie le nitrate d'argent (1 pour 30 ou 50). Je conseille surtout le sulfate de cuivre à la même dose.

Toutefois les foyers isolés de l'urèthre antérieur sont rares.

Indépendamment de l'uréthrite antérieure, il existe souvent un point malade dans la région prostatique et parfois ce point est le seul que l'on découvre.

Dans ces cas d'uréthrite bulbaire et prostatique, on peut employer

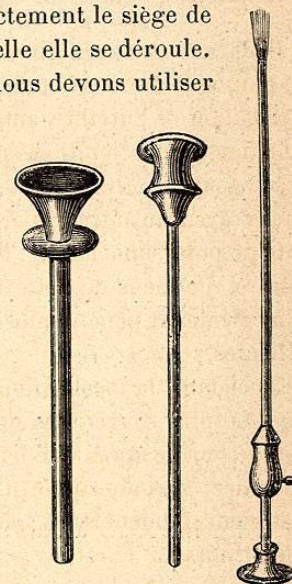


Fig. 29.