

viduelles liées à un état général — arthritisme ou herpétisme — qu'il n'est pas en notre pouvoir de supprimer. — Pour les formes bactériennes, nous demeurons dans l'incertitude sur leur valeur contagieuse exacte : dans le doute, il est prudent de prononcer l'interdit, tant qu'un traitement antiseptique n'a point réduit considérablement le nombre des bactéries et celui des leucocytes, et qu'un délai de plusieurs mois n'a pas prouvé l'absence de toute poussée aiguë. Pour le gonocoque, l'arrêt prohibitif est absolu : il doit être absent, et ne se point montrer après la réaction diagnostique au sublimé ou au nitrate d'argent ; la goutte doit être peu abondante, muqueuse, à peine opalescente, empesant le linge mais le teintant à peine ; les filaments et la goutte ne doivent montrer qu'un nombre très réduit de leucocytes.

**Pronostic.** — « Si je dois aller en enfer, messieurs, disait Ricord à ses auditeurs, je sais le supplice qui m'attend : c'est de me voir entouré de blennorrhéens m'obsédant de leurs lamentations, de leurs instances pour obtenir guérison. » La boutade est humoristique, mais exprime bien les ennuis que cette goutte tenace vaut au client et au médecin. Il est des malades qui, sans cesse préoccupés de leur suintement et de leurs « aptitudes congressives », tournent à l'hypochondrie sexuelle ! L'affection d'ailleurs ne s'éternise point sans retentir dans la sphère génitale ; nous avons eu mainte occasion d'observer ces troubles que les classiques négligent, mais dont le travail de Finger fait une bonne analyse.

Certains perdent la sensation voluptueuse de l'acte ; d'autres plus nombreux éprouvent une souffrance, au moment de l'éjaculation, vers l'arrière-urèthre ou le rectum. Très souvent, on peut observer cette forme d'incapacité sexuelle qui porte le nom de « faiblesse irritable » (*reizbare Schwäche*) ; l'éjaculation est accélérée, et l'émission de sperme se fait *ante portas* ou dès l'entrée ; une période longue de frigidité succède à cette copulation si rapidement menée. L'impuissance, d'ailleurs, tend à se dessiner : l'irritation constante qui part de l'urèthre profond finit par lasser le centre médullaire ; les érections manquent de raideur, l'éjaculation s'attarde. Fürbringer estime que cette « incapacité congressive » existe chez la moitié des anciens blennorrhéens. Les pseudo-éjaculations de la prostatorrhée alarment souvent le malade qui y voit des pertes séminales. Quelquefois, d'ailleurs, une vraie spermatorrhée existe, que provoquent surtout les efforts de défécation : chose curieuse, il peut arriver que les spermatozoïdes de ces pertes soient dépourvus de mouvement ; cela tient, d'après Finger, à ce que le sperme ainsi éjaculé par pression des vésicules séminales ne s'est pas mélangé au liquide prostatique : Fürbringer a démontré que les zoospermes sont immobiles dans les vésicules séminales, et que la sécrétion prostatique a la propriété de les mettre en mouvement.

Chez un sujet prédisposé, ce n'est point impunément que le canal suppure chroniquement ; et la tuberculose est, trop souvent, appelée sur les testicules, la prostate, les vésicules séminales. — Enfin, des foyers où l'inflammation gonococcique se cantonne peuvent, à l'occasion de causes irritantes, partir d'interminables réinfections de l'urèthre : le malade les considère comme des blennorragies neuves ; c'est la vieille sécrétion qui se réchauffe. Aussi, le blennorrhéen demeure-t-il pour lui et pour autrui une source prolongée de contagions.

## IV

## TRAITEMENT DES URÉTHRITES

La thérapeutique des uréthrites a regu, des données étiologiques modernes, une direction méthodique. A l'heure actuelle, le traitement d'une blennorragie, échappant aux formules empiriques, doit se fonder scientifiquement sur l'examen bactériologique de la sécrétion, sur la détermination des microbes isolés ou associés qui la provoquent, sur l'appréciation aussi exacte que possible de l'étendue, en surface et en profondeur, de l'infection uréthrale et des lésions anatomiques réalisées. — Pratiquement, toutefois, il faut reconnaître que nous sommes loin de l'application stricte, et d'ailleurs parfois irréalisable, de ces règles. D'abord, la majorité des blennorragies échappent à cette direction rationnelle : elles aboutissent au pharmacien, aux spécialistes et aux spécialités des annonces ; les préjugés, les erreurs populaires, la négligence exercent ici leur habituelle influence. De plus, même pour celles qui reçoivent des soins réguliers, il faut compter avec les conditions de la pratique courante, où la possession et l'emploi compétent d'un microscope sont encore loin de s'être généralisés, avec les difficultés matérielles du traitement, ce qui est facile et réglé dans un service clinique ou pour un malade aisé cessant de l'être en clientèle ouvrière.

**A. Traitement abortif.** — Est-il possible de faire avorter la blennorragie (1) ? Deux méthodes se le proposent.

**1° Méthode des caustiques à dose forte.** — L'une, déjà ancienne, puisque Carmicaël en 1825 et Debeney en 1845 en furent les premiers promoteurs, emploie le nitrate d'argent à dose forte. Diday l'a ainsi réglée : poussez avec une seringue uréthrale, 6 à 7 centimètres cubes d'une solution de nitrate à 5 pour 100, retenez le liquide en appliquant au méat la pulpe de l'index gauche ; puis, à deux ou trois reprises, refoulez-le d'avant en arrière avec les doigts de la main droite pour faire pénétrer l'injection dans les *plis*, les lacunes, les canaux excréteurs des glandes. Il paraît plus commode d'instiller la solution à la façon de Guyon : arrêtez l'olive en avant du cul-de-sac bulbaire, et à ce niveau injectez quelques gouttes ; retirez-vous doucement, vidant à mesure la seringue et baignant ainsi tout l'avant-urèthre. La durée de séjour du liquide, nous conseille Diday, se subordonne à la douleur : « le nitrate interroge et la douleur répond » ; si l'opéré tolère l'injection, laissez-la dans l'urèthre jusqu'à deux minutes. Dans les heures qui suivent, le méat se gonfle ; au bout d'une heure et demie à deux heures, apparaît un écoulement jaune plus abondant, avec miction douloureuse ; au deuxième ou troisième jour, il cesse, laissant le canal à sec ou ne sécrétant qu'un peu de mucus. En cas d'échec, et l'échec est fréquent, ne renouvelez pas la tentative. — Le sublimé, à dose intensive, a été employé dans le même but : Desnos introduit à un centimètre au delà de

(1) Consulter : DIDAY, *Traitement local antiparasitaire de la blennorragie*. *Lyon médical*, 1884, et *Bulletin médical*, 13 mai 1891. — JANET, *Annales de dermatologie*, 5<sup>e</sup> série, t. IV, p. 1014 à 1036. — Séance du 24 octobre de l'Association française d'urologie. Paris, 1896.

la fosse naviculaire la boule d'un instillateur de petit calibre; puis il injecte lentement, à canal ouvert, dix centimètres cubes d'une solution de sublimé au centième : cette instillation est répétée trois ou quatre fois dans les quarante-huit heures.

**2° Méthode des antiseptiques à doses faibles et fréquentes.** — La seconde méthode, au lieu de recourir aux caustiques à dose forte, emploie les antiseptiques à doses faibles et fréquentes : nitrate d'argent, sublimé, salicylate de mercure, permanganate de potasse. C'est ce dernier agent qui est devenu le topique de choix : les recherches et les publications de Janet ont contribué surtout à affirmer leur supériorité. En voici les règles. Après avoir constaté une uréthrite blennorragique à ses débuts, encore peu intense; après avoir contrôlé la présence du gonocoque, on fait uriner le malade, puis on lui fait un premier lavage avec un litre d'une solution de permanganate à 1 pour 2000. Ce premier lavage est pratiqué progressivement d'avant en arrière : on lave d'abord le méat, puis l'urèthre pénien en comprimant la verge en avant du scrotum, puis l'urèthre pénio-scrotal en pressant en arrière des bourses. Un capuchon d'ouate imbibé de la solution protège le méat contre toute réinfection par les taches du linge. Cinq heures après, nouveau lavage, allant jusqu'au bulbe avec une solution à 1 pour 1500. Cinq heures après, troisième lavage avec un demi-litre de la solution au millième. Puis, douze heures de repos : à ce moment les mictions sont douloureuses, le méat tuméfié, l'écoulement séreux abondant, teinté parfois de quelques gouttes de sang. Au bout de ces douze heures, quatrième lavage de l'urèthre antérieur avec la solution de 1 pour 2000; et douze heures après, cinquième lavage au même titre. Pendant quatre jours encore, si le gonocoque réapparaît, on fait un lavage quotidien avec la même solution.

**3° Choix de la méthode.** — Telles sont les deux méthodes en présence. Quelle est leur valeur comparée? Nous n'hésitons pas à affirmer notre préférence en faveur de la méthode des injections faibles et fréquentes. Elle répond mieux aux notions pathogéniques récemment acquises : la fameuse expérience de Bockart, les trois inoculations de Finger et Schlagénhauser, les constatations analogues de Bumm relatives à la conjonctivite blennorragique ont nettement prouvé la pénétration profonde et prompte des gonocoques dans les couches épithéliales et dans les tissus sous-jacents de l'urèthre. Nous comprenons ainsi l'échec des tentatives d'abortion par les doses caustiques qui ne peuvent que décaper les couches épithéliales superficielles, sans atteindre les diplocoques qui ont déjà gagné la profondeur de la muqueuse et de ses glandes.

Au contraire, la méthode des injections répétées et faibles applique à l'urèthre infecté les règles d'antisepsie continue, non caustique, qui sont la loi de traitement de toutes les infections cavitaires. Elles détruisent les microbes à fleur de muqueuse, agissent sur les microbes profonds par imbibition antiseptique des tissus, peut-être par leur absorption lymphatique, et opposent à la production des toxines leur action anti-toxique et réductrice; enfin, elles nettoient mécaniquement la muqueuse uréthrale de ses leucocytes, nids à gonocoques, qui font des auto-inoculations incessantes. L'avantage de cette méthode, c'est de ne point différer de celle qu'on sera obligé d'employer ultérieurement.

Aussi bien, comme l'observe Janet, ce n'est plus un traitement abortif — puisque l'abortion signifie jugulation prompte et décisive; — c'est plutôt la mise en pratique du précepte de l'antiseptisation immédiate dont on ne songe pas à

nier la valeur en matière d'infections. La véritable abortion se trouverait limitée aux premières heures de l'infection gonococcique; mais à cette phase l'affection est négligée par le malade ou bien elle est cliniquement méconnaissable. Diday insiste sur l'importance qu'il y a à ne tenter l'abortion que sur les écoulements récents, muqueux plutôt que purulents : si l'écoulement est purulent, dit-il, il est trop tard. Or, en pratique, on verra bien rarement la vraie blennorragie à cet état naissant : et quand on trouve un écoulement de quelque date sous cette forme muqueuse, il est permis de penser qu'il s'agit d'uréthrite simple, non gonococcique, et que ce sont là les seules chaudépisses où le nitrate d'argent et le sublimé exercent le mieux leur action abortive.

C'est là, nous semble-t-il, l'appréciation exacte et clinique de la valeur du traitement abortif : il faut à peu près abandonner l'espoir de couper radicalement et d'un coup l'uréthrite vraie à gonocoques; mais nous pouvons par l'antiseptisation immédiate, continue, de l'urèthre dans toutes ses portions contaminées, empêcher l'accroissement de l'invasion gonococcique, réduire l'écoulement à de très faibles proportions, prévenir les complications habituelles de la blennorragie et les lésions qu'elle pourrait provoquer dans l'urèthre. Pour être de plus modeste prétention, ce résultat est suffisant, d'autant que, dans les cas bien menés, il peut être obtenu en une quinzaine de jours. Son seul inconvénient c'est, comme le reconnaît Janet, d'être un traitement de luxe, de n'être point applicable à la clientèle courante, de supposer de la part du patient beaucoup de zèle, de la part du médecin beaucoup de complaisance. La première journée, avec ses trois traitements de cinq heures en cinq heures, comporte un horaire difficile à remplir.

**B. Traitement de la blennorragie aiguë (1).** — **1° Traitement antiphlogistique des formes suraiguës.** — A la période d'état de la blennorragie, la conduite à tenir varie suivant le degré d'acuité de l'infection uréthrale. Dans la blennorragie suraiguë, avec phénomènes inflammatoires vifs, nous pensons qu'il faut se garder d'ajouter à l'irritation pathologique de la muqueuse l'excitation mécanique et chimique du lavage. Le plus sage est, en pareil cas, d'en rester aux règles de l'ancien traitement. Dites au malade : vous vous abstenrez de mets épicés, de gibier, de truffes, de bière, de champagne; buvez du lait, du thé léger, du vin coupé d'eau; évitez la fatigue; portez un suspensoir; prenez un bain alcalin tous les trois jours; couchez sur un lit dur et peu couvert; si vous avez des érections douloureuses, prenez un lavement de deux grammes d'antipyrine ou une potion au bromure. Couvrez le méat avec un capuchon de coton hydrophile; évitez de porter la main aux yeux; dans une dizaine de jours l'écoulement sera moins violent et nous commencerons les lavages.

**2° Traitement antiseptique des formes communes.** — § 1. **Ses avantages.** — En dehors de cette contre-indication, fournie par l'acuité des symptômes, nous estimons qu'il faut aussi précocement que possible assurer l'antiseptisation de l'urèthre. Neisser a posé d'une façon impérative le précepte : le traitement de l'uréthrite doit tendre à ce que l'uréthrite antérieure ne devienne pas

(1) Consulter, en dehors des traités classiques : GUIARD, *La blennorragie chez l'homme : historique, bactériologie, traitements anciens et nouveaux*. Paris, 1894. *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 47 et 73. — JANET, *Diagnostic et traitement de l'uréthrite blennorragique*. *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, février et avril 1892. — FINGER, *La blennorragie et ses complications*. Traduction française. Paris, 1894.

postérieure, qu'une uréthrite aiguë ne devienne point chronique. Par conséquent, il doit commencer le plus tôt possible après l'infection; d'autant que c'est pendant les premières phases de la blennorrhagie que se produisent les lésions qui provoqueront plus tard la permanence de l'infection et les rétrécissements du canal.

Si la prééminence du traitement antiseptique précoce des uréthrites n'est pas encore unanimement admise et si maints praticiens en demeurent ou en reviennent à l'ancien traitement antiphlogistique, c'est qu'on a attendu et exigé de l'antisepsie uréthrale des résultats trop parfaits : elle ne nous a point fourni les effets prompts et radicaux annoncés au début; mais elle a eu du moins le mérite d'abrèger au total la durée de la maladie, d'atténuer l'intensité des phénomènes inflammatoires, de préserver le canal contre les infections associées, de laisser l'urèthre, après le traitement, en une intégrité anatomique aussi complète qu'avant l'infection, et, par son action préservatrice contre la pénétration de microbes secondaires, de raréfier les complications vésicales, prostatiques et testiculaires. D'autre part, l'échec des nouvelles méthodes est trop souvent dû aux incorrections de leur technique : les lavages de l'urèthre nécessitent des règles, dans l'application et dans les doses, qui trop fréquemment sont enfreintes. Nous avons eu l'occasion, dans un service régimentaire surchargé de chaud-pisses, de constater combien les résultats étaient variables suivant la rigueur de la technique.

§ 2. Ses règles. — On ne doit employer que des médicaments et des doses non offensifs à la muqueuse. L'action thérapeutique doit porter sur toutes les parties malades simultanément. Ces deux règles comportent des applications importantes.

Le *permanganate de potasse*, qui est loin d'être un spécifique du gonocoque, doit sa valeur comme topique de choix à ses propriétés peu irritantes pour le canal : mais ses doses doivent être réglées suivant la réaction du canal, et il faut parfois commencer par des titres très faibles, 1 pour 5000, même 1 pour 10 000 avant de passer aux solutions classiques à 1 pour 2000 et à 1 pour 1000. Il est très nécessaire de distinguer la réaction, provoquée par le traitement, de l'écoulement dû à l'affection, sous peine d'amener, par l'addition de ces réactions successives, une aggravation thérapeutique du mal, ce qui explique ces faits paradoxaux où l'on voit une uréthrite rebelle se guérir par cessation du traitement.

Le *protargol* <sup>(1)</sup>, protéinate d'argent, a été préconisé par Neisser en 1897; Balzer, Noguès, Desnos en ont retiré des résultats remarquables. Neisser l'emploie en injections à la seringue, aux doses de 0,25, 0,50, puis 1 pour 100; trois injections par jour, les deux premières de 5 minutes, la troisième de 30 minutes. Desnos préfère l'employer en grands lavages avec des solutions à 1 pour 1000 et même à 2 pour 1000. Sur 15 malades traités par Noguès, 4 ont obtenu un véritable résultat abortif; pour les autres, la durée du traitement a varié de 6 à 36 jours; en moyenne elle a été de 20 jours.

Sur le deuxième point, les règles pratiques sont aussi nettes. La désinfection doit être totale; sinon la réaction des parties traitées aggrave le mal dans les portions négligées. C'est une faute de ne traiter que l'urèthre antérieur quand

<sup>(1)</sup> Consulter : NEISSER, *Centralblatt für Dermatologie*, octobre 1897. — HAÏDOUTOFF, Thèse de Paris, 1898. — FURST, *Therap. Monatschr.*, août 1898. — FINGER, *Die Heilkunde*, mars 1898. — NOGUÈS, *Ann. des mal. des organes génito-urinaires*, juin 1898. — DESNOS, Société médico-chirurgicale de Paris, juillet 1898.

l'arrière-canal est lui-même enflammé; c'est une cause d'échec que de négliger les infections para-uréthrales. D'autre part, il ne faut point porter l'infection là où elle n'existe pas, et, par une injection ou un cathétérisme inopportun, inoculer l'urèthre postérieur, s'il est sain. La substance médicamenteuse doit être portée au plein contact de la muqueuse uréthrale, exposée et dépliée : la méthode des irrigations sans sonde a permis de réaliser ce but.

§ 3. Sa technique. — I. INJECTIONS. — Les injections de l'urèthre antérieur peuvent être faites par le malade lui-même, à l'aide d'une petite seringue : il faut savoir que la portion antérieure d'un canal blennorrhagique, réduite de capacité par l'inflammation, ne peut guère admettre que 3 à 5 centimètres cubes, et qu'une injection plus copieuse ou plus vivement refoulée peut infecter l'urèthre postérieur.

II. LAVAGES. — 1° *Lavage de l'urèthre antérieur*. — Aussi, l'on doit accorder la préférence au procédé de lavage par le siphonnement : on a ainsi une action, proportionnelle à la hauteur de pression, qui s'exerce plus complètement sur la surface dépliée de la muqueuse et qui a l'avantage de pouvoir laver les deux urèthres.

Vous ferez ce lavage avec un laveur quelconque — bock ou irrigateur d'Esmarch — muni d'un tube de caoutchouc de 2 mètres et d'une canule de verre, à gros bec conique, obturant le méat sans s'enfoncer dans l'urèthre. Faites pisser le malade immédiatement avant le lavage : lavez le gland, le prépuce, le méat, les cryptes et canaux accessoires, s'il en existe. Introduisez la canule dans le méat : pour laver l'urèthre antérieur, il suffit que le siphon soit élevé de 50 à 75 centimètres. En général, le malade se rend compte du moment où l'urèthre est rempli : quand le liquide atteint le sphincter membraneux, le sujet donne souvent un coup de piston, avec les muscles du périnée, pour l'expulsion du jet; il faut attirer son attention sur cette contraction expulsive, à laquelle il s'habitue, ce qui rythme le lavage de l'urèthre par des mouvements de va-et-vient du liquide, coïncidant avec l'entrée et la sortie alternatives de la canule. Pendant que l'urèthre se vide, pincez le tube de caoutchouc entre le pouce et l'index. De temps en temps, évacuez par pression le liquide qui tend à stagner dans l'urèthre périnéal. Dans le cas d'une infection récente, il est prudent de laver progressivement l'urèthre d'avant en arrière, en comprimant successivement le pénis en avant et en arrière du scrotum.

2° *Lavage des deux urèthres*. — Pour laver les deux urèthres, après lavage de l'avant-canal, il suffit d'élever le siphon à une hauteur qui varie entre 1<sup>m</sup>,50 et 1<sup>m</sup>,50, la canule étant solidement collée aux lèvres du méat. Le liquide, n'ayant pas d'issue, presse sur le sphincter membraneux, force sa résistance, pénètre dans l'arrière-urèthre et la vessie : arrêtez le courant, en pinçant le tube, dès que le malade éprouve le besoin d'uriner. Si le liquide ne pénètre pas, recommandez au malade d'inspirer largement, de faire quelques mouvements analogues à ceux qui se produisent pendant l'éjaculation, de pousser comme pour uriner, ce qui relâche le sphincter. Dès la deuxième ou troisième séance, d'ailleurs, le malade est habitué à ces manœuvres. Au moment où le malade urine, pincez et relâchez alternativement le méat, de façon à permettre le contact parfait du liquide avec la muqueuse. Il importe que la solution soit tiède : la dose et le titre doivent varier suivant l'intensité de la réaction du lavage précédent. L'urèthre est-il très gonflé, le méat œdémateux, la réaction séreuse abondante, la douleur à la miction vive, contentez-vous de solutions de perman-