

D^R CATTIER

DE L'INSTITUT URÉTROLOGIQUE DE PARIS

LA

BLENNORRAGIE

chez l'homme et chez la femme

Celui qui contracte une maladie
vénérienne ne doit pas être honteux.

C'est un « joueur qui a perdu ». Sa
revanche est de guérir; son devoir
d'honnête homme, de ne pas propager
sa maladie.

D^R C.

TROISIÈME ÉDITION, REVUE ET AUGMENTÉE

Avec 60 figures dans le texte et 3 planches hors texte.

GRANDE LIBRAIRIE MÉDICALE A. MALOINE

.. .. Norbert MALOINE, Éditeur

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

.. .. PARIS-1925

ATENCION!
ESTE LIBRO ESTA PROTEGIDO
EVITASE MOLESTIAS

LA
BLENNORRAGIE

chez l'homme et chez la femme

DU MÊME AUTEUR

Les Lavages intra-utérins à l'eau oxygénée, 1902.

La Périostite syphilitique, 1904.

Les Injections vaginales et un nouvel appareil, 1905.

L'Entérocolite muco-membraneuse et les lavements d'huile. Ampoule « émulsion » de l'auteur, 1906.

Nouveau modèle de sonde intra-utérine, 1910.

Traitement des fractures de guerre par la méthode de suspension
(*Paris médical*, 1916).

Traitement de la blennorragie chez l'homme et chez la femme.
La blennorragie dans l'armée, 1919. (Édition épuisée.)

Traitement de la blennorragie et de la syphilis, 1920. (Édition épuisée.)

La Défense antivénérienne, 1920 (Donis, éditeur).

Des Bébés, s'il vous plaît. 1923. (Librairie Plon, 18, rue Garancière).

(Prix Michelin sur la Dénatalité.)

Cet ouvrage a été traduit en espagnol.

Copyright by D^r CATTIER, 1920.
Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation
réservés pour tous pays.

DR CATTIER

DE L'INSTITUT URÉTROLOGIQUE DE PARIS

123, Faubourg Saint-Honoré (VIII^e).

LA

BLENNORRAGIE

chez l'homme et chez la femme

Celui qui contracte une maladie
vénéérienne ne doit pas être honteux.
C'est un « joueur qui a perdu ». Sa
revanche est de guérir; son devoir
d'honnête homme, de ne pas propager
sa maladie.

Dr C.

TROISIÈME ÉDITION, REVUE ET AUGMENTÉE

Avec 60 figures dans le texte et 3 planches hors texte.

GRANDE LIBRAIRIE MÉDICALE A. MALOINE

-- -- **Norbert MALOINE, Éditeur** -- --

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

-- -- **PARIS-1925** -- -- -- --

A MONSIEUR X...,
ÉTUDIANT EN "URÉTROLOGIE"

C'est à vous, mon jeune ami, que je dédie la troisième édition de mon Traité sur la Blennorrhagie; à vous dont la jeune intelligence ouverte sur toutes les branches de la médecine va se trouver bientôt au tournant décisif qu'est le choix d'une spécialité.

Peut-être, au cours de votre existence d'étudiant, avez-vous déjà appris à connaître cette « fâcheuse » autrement que dans un livre pour avoir imité le jeune homme qui, selon le joli mot d'Ambroise Paré, a eu le tort « de planter son cultivateur à l'étourdi ».

Cette « cuisante » expérience in anima vili, si j'ose dire, n'est certes pas exempte de sages déductions, elle ne suffit pas; laissez donc un ancien s'autoriser des chevrons que confèrent la pratique et l'expérience pour vous présenter la Blennorrhagie telle qu'elle est.

Maladie sérieuse, quoi qu'on en dise, trop souvent négligée, d'un pronostic réservé pour celui qui en est porteur, et surtout pour celle à qui on la transmet, odieusement banale, vieille comme le monde, défiant toute statistique, ironisée jusqu'à la popularité, elle fleurit et pullule à l'ombre de préjugés désuets pour devenir en fin de compte le plus souvent la proie d'une officine louche ou d'une réclame éhontée!

Voilà « celle » que vous aurez à vaincre.

Je souhaiterais tout de suite situer votre champ d'action en apportant de la précision dans une étude où fourmille la confusion: imprécision en effet dans les termes, voire

même dans la désignation du spécialiste, la brume s'accroît encore davantage à l'heure du traitement.

Pour le vulgaire, *Urétrite*, *Échauffement*, *Chaudépisse*, *Maladie vénérienne*, tout se confond; quel besoin avez-vous de le renseigner? direz-vous. Laissez « la médecine aux médecins ».

Oui, certes, et le premier j'abonderais dans ce sens s'il ne s'agissait ici d'une maladie que sa fréquence transforme en véritable fléau social.

A qui profite la confusion? — Le patient propage son mal, l'innocent en pâtit, le charlatan l'exploite.

A une époque où la bonne vieille institution du médecin de famille a vécu, chacun prétend se soigner selon ses directives personnelles glanées au hasard; notre rôle est de propager des idées saines.

L'étude de l'« *Urétrite* » ou plutôt des « *Urétrites* » constitue en pathologie un domaine très spécial et l'« *Urétrologie* » peut être définie : l'étude des maladies de l'Urètre et de ses complications; l'*Urétrite* blennorragique ou plus simplement la *Blennorragie* domine la pathologie urétrale, on peut même dire qu'elle remplit à elle seule presque toute l'*Urétrologie*.

Et maintenant où se cache le véritable *Urétrologue*? Ce n'est pas à coup sûr le médecin figé dans la vieille formule du « laissez couler » et qui ose encore conseiller la pitoyable cure d'expectative à la tisane et à l'eau de Vichy.

Pour quelques-uns c'est très simple, la *Blennorragie* fait partie du vaste domaine qui s'appelle la *Vénérologie*: autant de misères puisées à la même source, autant de flèches que le vénéréologiste devra diriger contre le sarcopte, le tréponème, ou le gonocoque!

Pour d'autres, le maître de la *Chaudépisse* est le « *peaucier* » à qui semble plutôt dévolu le champ des dermatoses avec le fallacieux *pityriasis rosé* ou la fugace *roséole*!

Certains vont le chercher chez le syphiligraphe, prince de la sérologie, plus qualifié pour demander au sang et aux ponctions lombaires le secret de la troublante hémolyse!

Ne faut-il pas plutôt le trouver chez l'Urologue?

Mais l'Urologie a un domaine bien étendu, et si on assimile l'appareil urinaire à un système régi par les lois de l'hydraulique on peut la diviser en deux : aux virtuoses de la Néphrectomie ou de la Lithothritie appartiendra l'Urologie haute; « l'inférieure » encore appelée « petite Urologie », sera le domaine restreint de l'« Uréthrologie ».

N'insistons pas d'ailleurs sur cette division toute schématique; elle ne manquera pas pourtant de plaire à ceux qui considèrent comme indigne de leur importance la modeste besogne qu'est la désinfection d'un urètre!

Consolez-vous pourtant, mon cher ami, si vous n'êtes qu'un « Uréthrologue » en songeant au rôle social que vous allez remplir.

Un orateur éminent clamait, ces temps derniers, une phrase où s'exhale un cri de détresse : « La France n'a plus d'enfants à perdre », c'est-à-dire qu'elle doit réduire à tout prix le nombre excessif de ses mutilées ovariennes, résultat indéniable de la Blennorragie maritale; vous allez donc être appelé à récupérer des unités perdues pour l'armée des mères.

Peu vous importera que ce soit au nom de la petite ou de la grande Urologie, votre mission sera assez belle, assez noble, pour que, sans déchoir, un médecin puisse s'y dévouer!

Passons à la pratique : votre spécialité choisie, vous rencontrerez un confrère. Avec un énigmatique sourire, il vous questionnera : Vous traitez les Blennorragiens? Qu'est-ce que vous leur faites?

Pour un Uréthrologue, lui répondrez-vous, il n'y a pas « une Blennorragie » mais « des Blennorragies »; il saute aux

yeux que le traitement ne saurait être le même pour un petit suintement qu'entretiennent de vagues staphylocoques et une infection profonde de l'appareil génito-urinaire comme la Prostatovésiculite compliquée d'Épididymite.

A votre tour de sourire comme nous sourions souvent en écoutant les malades nous dire : « Mon docteur a commencé par me faire ceci, puis il a essayé cela ; un jour il a tenté autre chose mais il y a renoncé ; alors, moi, j'ai renoncé à lui ! » A bon entendeur salut!.....

Parlons maintenant guérison. Elle est, voyez-vous, la pierre de touche de notre spécialité. Elle réside dans cette formule : Le malade est-il guéri, cliniquement, microscopiquement parlant, j'allais dire « socialement parlant » ?

Ne poursuivez pas ce but si vous ne pouvez répondre aux quatre questions suivantes :

- 1^o Suis-je en mesure de traiter un blennorragien ?
- 2^o Ai-je l'instrumentation indispensable ?
- 3^o Garderai-je mon malade jusqu'à l'issue du traitement ?
- 4^o Pourrai-je lui affirmer sa guérison ?

Vous ne serez un bon Urétrologue qu'à une condition expresse, c'est d'être familiarisé avec la pratique du microscope.

Laissez-moi vous dire qu'en aucun cas vous ne pouvez suivre, diriger, conclure, sans la pratique de l'examen des exsudats, que dis-je ? si vous ne les recueillez vous-même.

La division du travail entre le médecin traitant et le laboratoire est la porte ouverte aux erreurs, aux fausses interprétations.

Que dire de cette lame plus ou moins propre apportée par le malade où sous une couche toujours trop épaisse il est impossible de déceler quoi que ce soit ? Que dire de la conclusion trop formelle inscrite sur une magistrale feuille de papier, résultat d'un douteux examen ?

Vous verrez qu'il faut, pour se faire une opinion sur la

microscopie d'un écoulement urétral, avoir recours à une technique serrée, précise, en tout cas dont vous serez seul l'artisan, je veux parler de la « spermoculture ».

La Blennorragie, vous vous en apercevrez vite, est une maladie « plus génitale qu'urinaire ». Calculez la proportion des épидидymites, comptez les vésiculites et recherchez cette dernière systématiquement dans les urétrites chroniques, vous aurez la clef de ces rechutes bizarres d'apparence seule inexplicables et qui sont la pierre d'achoppement de la Blennorragie.

Vous ai-je tout dit, mon jeune ami?

Permettez-moi de toucher un point délicat : Vous ne seriez pas encore à la hauteur de votre tâche si votre capacité ne se doublait d'un peu de psychologie, si vous ne possédiez pas cette droiture qui reste le plus beau fleuron de notre profession, quelles que soient les brebis dont le geste isolé n'a pu déshonorer le troupeau.

De pauvres gens viendront à vous, crédules épaves, accessibles à toutes les basses publicités, ils sont indemnes, mais « craignent » d'avoir quelque chose ; votre devoir sera de les détromper, de les rassurer avec persuasion, avec autorité. Vous aurez même à éconduire le fastueux client pour le persuader, malgré lui parfois, qu'il n'a pas besoin de vos soins.

Vous sortirez grandi de cette scrupuleuse pratique, votre autorité aux yeux de tous en sera subitement accrue.

Vous voilà tel que je vous veux !

En regard de ces « faux blennorragiens » combien plus formidable sera le lot décevant de votre pratique quotidienne : génitaux incorrigibles, récidivistes invétérés, toujours prêts à chercher leur excuse dans la carence du médecin.

C'est la rançon de notre spécialité.

La cure d'une blennorragie est besogne monotone, souvent fastidieuse ; laver, masser inlassablement des urètres, cher-

cher encore et toujours sur la platine du microscope les minuscules « petits grains de café », telle sera votre tâche ; comme toutes les médailles, elle a son revers si spirituellement évoqué par le cauchemar du bon maître Ricord : « Je me fais une idée de l'enfer, disait-il, en imaginant une légion de chaudepissards la verge à la main, clamant leur désespérance en face de la goutte éternelle et intarissable. »...

Pensons, nous, à l'enfer du patient et essayons maintenant, voulez-vous, de lui faire entrevoir les cimes radieuses du paradis de la guérison.

D^r C.

INTRODUCTION

ET PLAN DE L'OUVRAGE

Let us try! (1)
Essayons toujours!

Ce livre traite de la Blennorragie et de toutes les questions importantes que soulève cette maladie si contagieuse et si répandue.

La première édition, parue pendant la guerre, fut conçue et élaborée au milieu de ce champ d'expérience qu'était à cette époque un centre important de blennorragiens. Elle devait nécessairement se ressentir de cette ambiance donnant un peu l'impression d'une fenêtre ouverte sur une vaste « usine à guérir ».

La seconde édition, qui nous fut demandée à notre retour des armées, s'adressait au praticien pour le guider dans le traitement difficile des séquelles de l'Urétrite blennorragique. Combien nombreux furent ceux qui rapportèrent au foyer des blessures moins imputables à Bellone qu'à Cypris!

Nous soumettons aujourd'hui à nos lecteurs cette

(1) En français, *let us try* veut dire « essayons ».

On raconte qu'à l'attaque d'une position inaccessible on allait y renoncer, quand un Français plus tenace s'écria : « Essayons quand même! » Le succès couronna l'effort...

Nos amis ont conservé le mot et en ont fait une devise américaine : *Let us try!* « Essayons toujours! » (L. Forest).

troisième édition qui se divise en trois parties principales :

Ce qu'est la Blennorragie ?
Comment on doit la traiter ?
Comment on peut l'éviter ?

I

Ce qu'est la Blennorragie ? C'est la façon dont on contracte « une chaudepisse », banale histoire de tous les jours, leçon éventuelle pour ceux qui savent profiter de l'expérience des autres ! Puis c'est la description de la « bande noire » du gonocoque et de ses complices, association néfaste qu'un traitement approprié s'efforcera de désagréger d'abord pour en exterminer ensuite tous les comparses.

La microbiologie de l'écoulement urétral est la question à l'ordre du jour. Quel est le rôle exact du chef de bande ? Est-il toujours là, même quand il passe la main à ses associés ?

Depuis que l'on pratique le vaccin antiblennorragique, le problème a été ardemment discuté et il faut avouer qu'il est loin d'être résolu.

C'est que le décèlement de l'agent infectieux ne va pas la plupart du temps sans de réelles difficultés ; il est nécessaire au cours de l'enquête de savoir interroger les témoins : le verre d'urine est là et sa « déposition » présente le plus grand intérêt, dirigeant tout de suite l'investigation clinique vers des lésions en surface ou des dégâts en profondeur.

Ce n'est pas tout, l'urètre devra dans certains cas être « mis à la question ».

Le rôle de « grand inquisiteur » incombe aux épreuves irritatives de la bière et du nitrate d'argent pour dépister les repères mystérieux de « la bande » microbienne.

Des perfectionnements dans l'instrumentation de l'Urétrologue l'ont doté d'un ingénieux appareil auquel il aura recours pour étayer son diagnostic ou contrôler son traitement; la muqueuse de l'urètre sera à sa merci, visible et accessible « comme le creux de la main ».

Nous avons maintenant une réponse à la première question de notre étude : Ce qu'est la Blennorragie. Nous connaissons les micro-organismes qui l'engendrent, ceux qui « avouent » et ceux qui se cachent; les débris flottants, les fameux « filaments » du verre d'urine, intarissables « poissons » qui hantent le cerveau des malades, enfin la tranchée défensive où se tapit la « bande noire » microbienne, tout cela au jour clair et précis du microscope et de la lampe urétroscopique!

II

La deuxième partie c'est le traitement de la Blennorragie. Pour être complet il s'adresse naturellement aux deux partenaires dont le rapprochement a eu pour résultat immédiat : le partage de la contagion; jeu toujours dangereux dont on souhaiterait mieux connaître l'enjeu avant de risquer la partie!

Dans le chaos des traitements préconisés, et ils sont légion, faisons, je vous en prie, un choix judi-

cieux, adoptons une méthode, suivons avant tout une directive qui ne soit pas l'empirisme navrant auquel s'abandonnent certains praticiens en désespoir de cause.

Nous verrons que cette méthode existe et sans méconnaître les fort belles espérances que donne l'aube naissante de certains procédés, nous restons fidèles *aux vieux traitements* et cela pour une raison majeure : c'est qu'aucune des méthodes nouvelles conseillées jusqu'à ce jour ne dispense du « bon vieux traitement ».

Alors, s'il faut toujours y avoir recours pour assurer la guérison, j'allais dire pour « consolider » les résultats, laissons-lui jusqu'à nouvel ordre la place à laquelle il a droit. Il a fait ses preuves, les nôtres sont étayées sur un chiffre impressionnant d'observations recueillies pendant la guerre et considérablement accru dans la pratique civile.

Ne nous hâtons pas de « brûler » ce que nous avons « préféré ».

La blennorragie féminine mérite une étude attentive. Quelle pierre d'achoppement pour le médecin !

Et pourtant, osons le dire, avec quelle facilité ne répond-il pas souvent à sa malade qu'elle est indemne de tout contagé sur un simple examen superficiel ! Si la guérison d'une blennorragie masculine est parfois délicate, que dire de la blennorragie féminine ?

En triomphant pourtant de ces infections latentes et rebelles, sources d'irrémédiables conflits conjugaux, on a la double satisfaction de guérir une malade et de reconstituer un foyer.

Puis c'est le problème de la guérison qui se pose. Il a été, ces dernières années, poussé jusqu'à ses limites extrêmes; la conclusion à laquelle se sont arrêtés les urétrologues c'est que « la spermoculture » est dans beaucoup de cas le seul procédé qui permet chez l'homme d'être affirmatif.

Les complications de la Blennorragie sont nombreuses, elles font l'objet d'un chapitre spécial avec les modalités de traitement qui conviennent à chacune d'elles.

Enfin, pour faire un bon ouvrier, il faut de bons outils, et le chapitre de l'Instrumentation nous a paru répondre aux désirs tant de fois exprimés par nos confrères de la province et de l'étranger, soucieux de s'entourer de tous le moyens de hâter la cure d'une blennorragie. Nous avons donc groupé en un chapitre le petit arsenal indispensable aux pratiquants de l'urétrologie.

Nous exposons ensuite les très intéressantes études faites sur la Bactériothérapie et la Sérothérapie en y mêlant le regret que ces questions ne soient pas encore mises au point, mais d'ores et déjà on peut dire qu'elles légitiment les espérances de ceux qui se sont faits de la méthode des vaccins les défenseurs autorisés et les partisans convaincus.

Une étude sur la diathermie endo-urétrale est longuement décrite dans l'édition de notre traité traduite en espagnol, elle devait figurer également dans cette nouvelle édition.

Si cette méthode a donné, entre les mains de confrères éminents, des résultats remarquables, nous

nous permettons de formuler quelques réserves sur le côté pratique de sa réalisation.

La Blennorragie, ne l'oublions pas, est l'histoire de tous les jours; pour lutter contre ce fléau il faut des moyens pratiques, un traitement qui réalise ce double problème d'être à la portée du malade aussi bien qu'à celle du médecin. La diathermie nécessite un appareillage délicat, onéreux, seulement accessible au petit nombre.

Nous en avons rapproché à dessein une organisation dont le but est simple : le traitement à la portée de tous.

III

La troisième et dernière partie c'est la Prophylaxie. Nous lui avons fait une large part, étant de ceux qui restent convaincus qu'*avec de la méthode on arriverait à supprimer les maladies vénériennes* du monde entier!

Nous avons placé à son début la Blennorragie dans l'armée. Cette étude, faite pendant la grande guerre, nous a pénétré de cette conviction que le service militaire étant une école de formation morale, le jeune soldat doit y puiser des idées saines, des notions d'hygiène qui lui serviront plus tard au cours de son existence. Alors que la vie s'ouvre devant lui, qu'il apprenne « à se garder intact »; si malheureusement « il écope », qu'il associe aux souvenirs du régiment celui d'une grande leçon demeurée profitable!

Évitons, nous les anciens, de parler avec fanfaronnade de la « goutte militaire » en évoquant nos

bonnes fortunes passées. C'est avec cette stupide coutume qu'on développe chez le néophyte l'orgueil de la première chaudépisse comme le goût de la première cigarette!

« Une bonne fortune » ne reste telle qu'à condition de n'en garder aucun mauvais souvenir, elle peut, elle *doit* s'accompagner toujours du souci de l'hygiène, de la propreté, de l'absence de contagion.

C'est là la vraie prophylaxie, la seule qui compte pour nous!

Nous arrivons ainsi à comprendre les « trois échelons » d'une organisation de défense susceptible de porter ses fruits :

La Défense « individuelle » avec un moyen simple que nous souhaitons voir se répandre; la Défense « sociale » avec le dispensaire vénéréologique bien organisé, le traitement à la portée de tous, la lutte contre l'exploitation des vénériens et le charlatanisme; *la vénéréologie propre*, en un mot! en attendant l'autre, la grande et belle « prophylaxie morale » qui appartient aux éducateurs, aux pères de famille soucieux de remonter un courant d'idées et de mœurs qui aboutissent à la pourriture de la jeunesse dans un pays épuisé par cinq années de la guerre la plus meurtrière!

C'est à ceux-là, aux *let us try*, défenseurs de nos nouvelles générations, que nous livrons ce travail.

Aux sceptiques, qui persisteraient à douter du résultat, nous nous bornerons à répéter la fière devise américaine : Essayons toujours!...

PREMIÈRE PARTIE
CE QU'EST LA BLENNORRAGIE

CHAPITRE PREMIER

COMMENT ON CONTRACTE UNE BLENNORRAGIE COMMENT ON L'AGGRAVE

La récurrence d'une blennorrhagie ancienne est souvent l'excuse d'une nouvelle contagion.

COMMENT ON CONTRACTE UNE BLENNORRAGIE :

Définition de l'urétrite et précision des termes.

La contagion gonococcique a des sources multiples. C'est le résultat des dispositions anatomiques de l'appareil génital de la femme (quand celle-ci est la « donneuse de germes »). La blennorrhagie « buccale » et la blennorrhagie « rectale » existent (observations typiques).

Il faut connaître les origines rares et imprévues de la contagion.

Comment se fait la contagion. Le rôle des exsudats glandulaires vidés au cours du coït.

Progression du gonocoque. Théorie de l'« épi » gonococcique. Durée de l'incubation et de la contagion.

COMMENT ON L'AGGRAVE :

Le rôle des seringues.

Pathogénie de la réaction de défense urétrale et exaltation de la virulence microbienne sous l'influence des erreurs de traitement.

Le « vrai » traitement pour ceux qui n'ont pas connu la prophylaxie.

Qu'est-ce que la contagion gonococcique?

Comment se fait-elle? D'où vient-elle? Où se localise-t-elle? Combien de temps met-elle à se produire? Par quel mécanisme s'installe-t-elle? Autant de questions qu'il est bien rare de ne pas voir se dresser devant les yeux du malade auquel le médecin apprend cette désagréable nouvelle : « Monsieur, vous avez la chaudepisse. »

Nous allons essayer de répondre à ces questions.

Il importe avant tout de bien préciser ce qu'est la contagion gonococcique, et il faut pour cela en donner une définition.

Bien peu de gens ayant « vécu » ignorent ce qu'elle est. C'est le cas de répéter la fameuse phrase : « On l'a, on l'a eue ou bien on l'aura ! » Mieux vaut pourtant n'avoir à parler que du « passé », et encore sans souvenirs trop amers !...

La blennorragie se traduit par l'apparition au méat urétral d'un suintement, puis d'une gouttelette purulente jaune verdâtre plus ou moins abondante, venant souiller le linge, les draps, la chemise du malade.

Voilà la chaudepisse installée ! Mettons un peu de précision dans les termes, car il n'est pas jusqu'aux appellations multiples et diverses de cette maladie qui ne soient confuses et souvent erronées. Chacun parle de « chaudepisse », de « goutte militaire », de « blennorragie », de « blennorrhée », d'« échauffement », etc., sans savoir exactement de quoi il s'agit.

Il faut réserver d'abord le terme de « *blennorragie* » ou d'*urétrite blennorragique*, ou encore de « *chaudepisse* » à la variété d'urétrite nettement définie bactériologiquement, œuvre du microbe appelé *gonocoque* et auquel tous les méfaits de la blennorragie sont indéniablement imputables.

« *L'urétrite de nature indéterminée* » est le terme que nous réservons pour les écoulements dans lesquels notre examen ne peut déceler, par les moyens mis à notre disposition, la présence du microbe. C'est donc là une définition bactériologique, purement et simplement ; c'est la définition donnée aux urétrites dont la cause n'est pas écrite sur la lamelle microscopique. Le vulgaire l'appellera « échauffement » et nous ne le contrarierons pas.

Tous les praticiens penseront comme nous qu'il faut garder ce terme d'« échauffement », pour la raison toute simple qu'il ne veut rien dire du tout ; et en médecine rien ne sert davantage !...

Gardons-le pour le malade d'abord, et aussi pour le médecin. Il nous a permis d'éviter « la gaffe » plus d'une

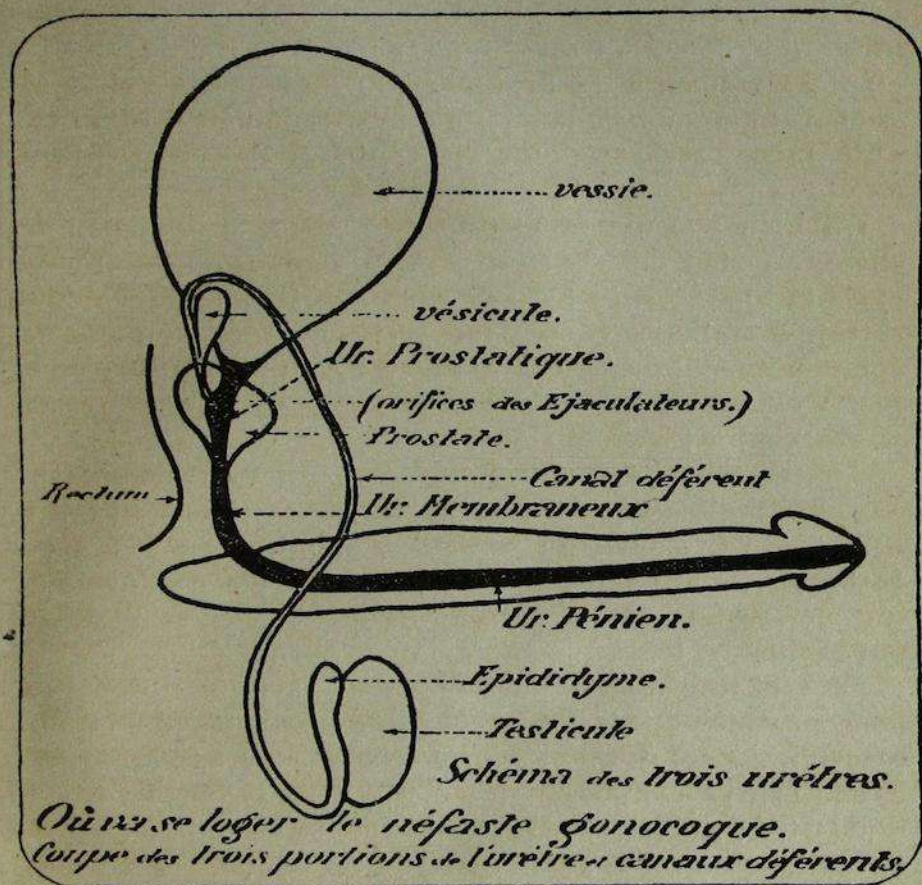


FIGURE 1

fois au cours de vingt-cinq années de pratique vénéréologique! Il y a des mots, s'ils n'existaient pas, qu'il faudrait inventer!...

Nous réservons le terme de blennorrhée pour l'écoulement blanc, opaque et matinal que l'usage a voulu associer à la carrière des armes, sans pour cela être le privilège exclusif du militaire. Cette blennorrhée, c'est le suintement plus ou moins accusé, sorte de crachat ou de « pituite » de l'urètre, que l'on observe chez les anciens blennorragiens guéris ou croyant l'être. Elle peut être de deux sortes; et c'est toujours l'examen microscopique qui résout la question :

Ou bien elle est la blennorrhée gonococcique (gonorrhée), ou bien on n'y trouve pas de gonocoques, et c'est alors la blennorrhée banale, sans gravité apparente dont certains malades sont porteurs depuis tant d'années, comme nous le verrons à l'histoire des « gouttes éternelles ».

Voilà pour les définitions.

Anatomiquement, l'urétrite est l'inflammation de ce canal évacuateur (fig. 1) à fonctionnement intermittent, divisé en trois parties : pénienne, membraneuse et prostatique, servant chez l'homme au passage de l'urine et du sperme, et qui est donc *uro-génital*.

Les connexions morphologiques et nutritives entraînent celles des affections morbides : l'urétrite et ses complications génitales sont la conséquence de la disposition anatomique et morphologique de cet organe.

Précisons encore un peu : il y a deux grandes variétés d'urétrite : l'urétrite aiguë et l'urétrite chronique. L'urétrite aiguë ne reste aiguë que peu de temps, car au bout de très peu de jours elle passe à la chronicité, et alors c'est la fatale goutte chronique dont on parlera longtemps.

L'urétrite chronique a ceci de caractéristique : c'est qu'elle peut l'être « d'emblée » sur certains terrains, contre lesquels le traitement abortif n'a pas de prise.

Il y a des blennorragies déjà chroniques au bout de

quelques jours! Rarement quoi qu'on fasse, le plus souvent parce qu'on a fait ce qu'on ne devait pas faire!

D'où vient la contagion gonococcique?

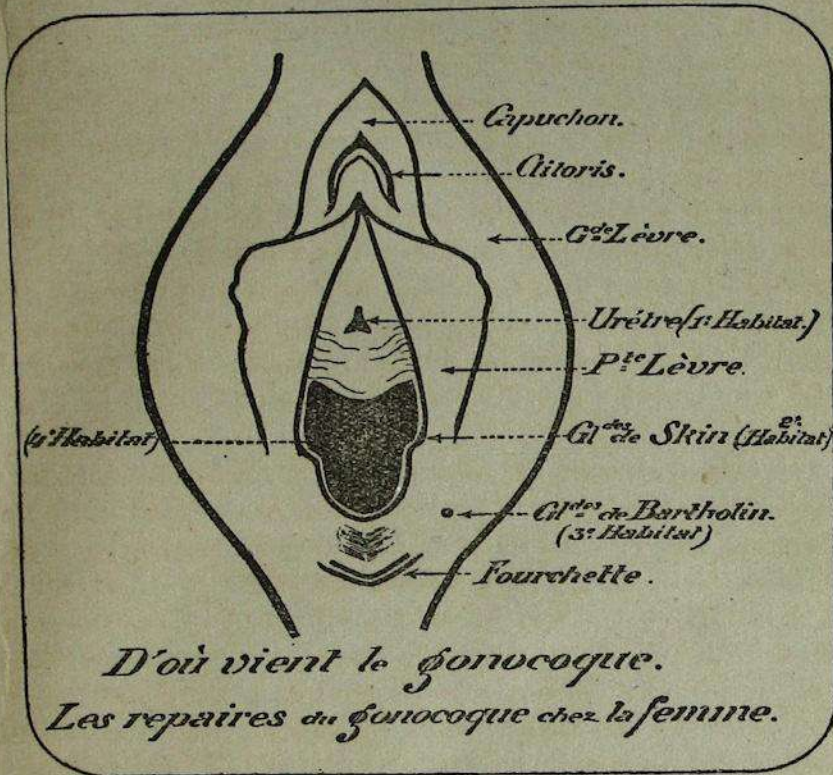


FIGURE 2

L'origine d'une chaudepisse est souvent un problème; l'intéressé ne cherche, dans sa solution, qu'une excuse.

A quelle source puise-t-on la contagion? La réponse semble facile *a priori*, mais il est utile de bien préciser les cachettes du « donneur » de germes. S'il s'agit d'une femme, celle-ci possède de multiples repaires, origines de la contagion. Un simple coup d'œil sur la figure 2

montre l'urètre, les glandes de Bartholin, les multiples glandes vaginales, le col utérin, etc. Ce sont autant d'habitats où le gonocoque se cache, autant de repaires, hélas! d'où il sera bien difficile de le chasser, ce qui rend la blennorragie féminine si sérieuse et si rebelle à la guérison, nous le verrons au chapitre du traitement de la blennorragie chez la femme.

Sont-ce même là les seuls repaires où le microbe peut guetter sa victime? Un livre qui a pour principe de répandre les idées prophylactiques contre la chaude-pisse doit forcément signaler tous les dangers.

Avouons donc que certaines pratiques ne portent avec elles aucune sauvegarde; elles ne font qu'ajouter un élément de plus à l'aspect déjà si répugnant de la maladie.

L'« anormal » est un refuge illusoire contre la contagion...

S'il est vrai que la seule mesure vraiment infaillible d'éviter l'urétrite gonococcique est de s'abstenir de tout coït avec une femme habitée par le gonocoque, — il faut prendre ici le mot « coït » dans son sens le plus étendu, — il faut que tout le monde sache que la blennorragie de la bouche et celle du rectum existent toutes deux, quoique plus rares; mais enfin elles existent!

Sans doute la blennorragie de la bouche, ou stomatite blennorragique, est très rare, mais son existence ne saurait plus être mise en doute. Condict Cutler en a publié un exemple tout à fait authentique (1). Il s'agissait d'une prostituée de bas étage qui avait contracté une stomatite blennorragique à la suite de l'introduction réitérée dans sa bouche du pénis d'un marin affecté d'une urétrite blennorragique aiguë.

Nous avons eu nous-même l'occasion de soigner un

(1) *The New York medical Journal*, 10 novembre 1888.

jeune étudiant en droit qui avait contracté une blennorragie aiguë en pratiquant le coït exclusivement buccal avec une femme qu'il nous amena ensuite, désireux d'avoir l'explication d'une contagion qu'il jugeait inexplicable!

L'examen buccal montra une bouche parfaitement saine en apparence et sans aucune lésion de stomatite. Une série de prélèvements faits dans la bouche et sur les gencives nous révéla la présence indubitable de gonocoques nombreux.

L'examen fut fait selon la méthode de Gram et pour être plus certain il eut sa contre-épreuve : un autre examen du même prélèvement fut fait dans un autre laboratoire : il était également positif.

Horand (1) publie une observation non moins démonstrative.

Un étudiant en médecine pratique le coït *per os* avec une prostituée. Il s'abstient de tout autre rapport avec elle; le lendemain, il ressent le petit chatouillement « avant-coureur » dans le canal. Le surlendemain, il présente une superbe urétrite à gonocoques d'après l'examen microscopique qui est pratiqué. Ce qui rend cette observation encore plus curieuse, c'est que l'examen de la femme démontra que celle-ci était saine. Elle n'avait donc fait que servir d'agent de transmission.

Nous savons aujourd'hui également, grâce aux recherches de Jullien, Baer, Huber et d'autres vénéréologues, que la *blennorragie du rectum* existe parfaitement. Ils l'ont signalée dans une proportion peut-être excessive : jusqu'à 25% des cas de blennorragie uréthro-vaginale. C'est une complication en tout cas relativement fréquente et j'ai eu moi-même l'occasion d'en constater deux cas.

Il ne faut pas d'ailleurs croire systématiquement

1) *Lyon médical*, 1885, n° 44, p. 279.

qu'elle est une complication spéciale impliquant des mœurs sodomiques. Elle peut être, comme d'autres lésions spécifiques du rectum d'ailleurs, absolument indépendante des mœurs du malade. Elle résulte alors simplement de la facilité avec laquelle le pus chargé de gonocoques qui s'écoule de la vulve peut venir contaminer le rectum.

Cette contamination par voisinage est si vraie qu'on peut voir la blennorragie rectale compliquer la vulvo-vaginite des petites filles sans que rien de vénérien puisse être invoqué. Le gonocoque est transmis par les linges souillés ou par toute autre cause à la vulve; il engendre une vulvite, et cette vulvite, par propagation, entraîne une blennorragie rectale.

Dans une publication du D^r K. Flügel (1) l'auteur mentionne que sur cinquante cas de vulvo-vaginite chez des petites filles admises en traitement à la clinique dermatologique de Francfort-sur-le-Mein, onze présentaient de la blennorragie rectale; le diagnostic avait été établi sur les données de l'examen des sécrétions morbides.

Il y a donc des blennorragies d'origine imprévue.

A bon entendeur, salut!

Avis à ceux qui croiraient ainsi se soustraire aux dangers de la contagion.

D'ailleurs, n'existe-t-il pas toute une série de prostituées pour lesquelles l'« anormal » est devenu pratique si courante que certains privilégiés échappent peut-être aux gonocoques sinon par excès de vertu... du moins « faute de vice »?...

Voici une autre observation qui ouvre aussi un jour tout spécial sur la genèse des blennorragies.

Deux jeunes mariés « très novices » et incapables

(1) *Berliner klin. Wochenschrift*, 1905, n° 12, p. 325

d'être soupçonnés « du moindre coup de canif » réciproque au contrat, viennent consulter leur médecin pour des phénomènes subits, sérieux, inexplicables. Le mari vient seul d'abord, porteur d'un écoulement blennorrhagique évident, notoire. Il affirme avec toute la sincérité désirable n'avoir vu aucune autre femme que la sienne. Le diagnostic s'impose, mais l'origine est bizarre. La jeune épouse examinée ensuite présente également des signes non douteux de blennorrhagie aiguë. D'où vient cette contagion?

S'il ne s'agissait pas de gens sincères jusqu'à la naïveté, on n'aurait pas eu à poser le problème. Au bout de quelques jours, et le traitement institué, on surprend la femme de chambre se servant du bock injecteur de sa maîtresse, dont la canule non bouillie avait été dans la circonstance l'agent de transmission.

Bien d'autres cas analogues pourraient être cités.

Ces cas suffisent à démontrer la difficulté de diagnostiquer avec certitude l'origine d'une chaudepisse. Le médecin se gardera d'être trop affirmatif; il évitera ainsi parfois une erreur, ce qui est mortifiant, une gaffe, ce qui est quelquefois beaucoup plus grave.

La contagion peut exister même dans les circonstances où l'on se croit le plus sûr de s'y soustraire.

Il ne faut pas non plus que le malade contagionné soit trop affirmatif; il ne doit pas non plus s'ériger trop facilement en juge et en accusateur, comme cela est si fréquent.

Nous lui demanderons : Est-ce bien la première fois que vous esquissez le geste toujours dangereux du coït avec une femme inconnue?

Ne vous hâtez pas d'accuser ou de conclure.

Nous l'avons dit au début de ce chapitre, un récidiviste de la blennorrhagie doit s'abstenir d'incriminer sa

dernière aventure, son « passé » est peut-être seul en cause !

Et combien est chargé le passé de certains blennorragiens impénitents!...

Voyons maintenant par quel mécanisme physiologique s'opère cette contagion.

Voyons le cas le plus simple et le plus classique.

Un jeune homme a eu les faveurs d'une dame du meilleur « demi-monde » ou, ce qui est pire, « du vrai monde », car dans celui-là, quand on se mêle d'imiter le demi, ce n'est pas à « demi »! Le lendemain, ou le soir même du lendemain (tant mieux s'il nous a fait l'honneur de nous lire, car il va courir chez le médecin), il éprouve un léger chatouillement urétral qui s'ajoute aux souvenirs d'une bonne fortune qu'il a tout le temps désormais de qualifier « d'exceptionnelle et d'incomparable ».

Nous lui dirons :

« N'hésitez pas, Monsieur, à descendre bien vite de l'idéal où « vous survolez » avec les plus grands risques. Votre bonne fortune avait bel et bien la chaudepisse et elle vous l'a donnée!...

« Vous avez joué, vous avez perdu!... Soignez-vous vite et voilà tout!...

« Que s'est-il passé? Je vais vous le dire. Votre bonne fortune avait du gonocoque! Mais où ça? Une dame si bien!...

« La figure 2 vous a montré les nombreux hôtels où est hébergé le gonocoque de l'Allemand Neisser. (Encore un produit à eux? direz-vous; non pas tout à fait *made in Germany*, mais qu'ils ont découvert en regrettant sans doute de ne pas l'avoir fabriqué, car il est assez amateur d'offensive!)

« L'urètre, le vagin, le col utérin de la dame, ses glandes de Skene, tout cela était autant de villégiatures ou

plutôt de « tranchées » pour le gonocoque ! Attendez !... Je ne vais pas vous consoler, mais je vais essayer d'atténuer un peu, oh ! bien peu, je le sais ! votre ressentiment, en vous disant que le gonocoque bien caché dans les glandes vaginales de... « votre conquête » ne sort pas en toutes circonstances, non Monsieur ! il choisit ! et... il vous a choisi !...

« *Le privilégé du cœur est aussi le privilégé de la contagion.* »

« C'est parce que c'était « vous » qu'elle vous a gratifié de ce cadeau ! »

C'est journellement que la preuve et la contre-épreuve de ce fait nous sont fournies.

Dans une maison hospitalière, une dame distribue et « cumule » sans interruption ses faveurs à trois « passants » avides d'épanchements, sans prendre même le temps de souffler ou celui plus utile encore de « prendre un bock ». Résultat, le premier (chronologiquement) est passé au travers du boche gonocoque et continuera à l'ignorer ; le troisième a eu autant de chance que le... « préopinant » si j'ose dire, et nous n'en parlons pas ; mais le *second*, que j'ai gardé comme la dame « pour la bonne bouche », est le seul des trois qui se souviendra que la façon de donner, même en matière de chaudepisse, vaut mieux que ce que l'on donne.

Il est l'élu... Le gonocoque, sous son attaque savante, est sorti de sa tranchée. Il a répondu à un adversaire digne de lui, la dame l'a senti passer, notre malade le sentira aussi !...

Voilà une pathogénie de la blennorragie à l'usage des trios qui communient dans le même calice !...

Voilà qui éclaire déjà un peu les bizarreries inexplicables de ces cas, où, contre toute justice, des Don Juan

ayant partagé les mêmes risques n'ont pas toujours partagé la même contagion!

Le danger, c'est qu'on peut être le privilégié « malgré soi » et les conseils de prophylaxie en la matière ne prévoient pas la façon de doser les émotions imprévues et trop complètes d'une bonne fortune « en action », que l'on aurait souhaitée, après... coup, moins ardente et surtout moins généreuse!

La meilleure sauvegarde, diront les moralistes, c'est encore de ne pas s'exposer à ces risques! Évidemment.

« Le meilleur moyen de ne pas attraper la chaudepisse, disait un vieux maître, est de se marier jeune et de ne pas tromper sa femme!... Et encore... ajoutait-il, il y a des gens qui ont si peu de chance! »

.....

Je reviens maintenant au favori de la femme du monde et lui pose cette question : Si médiocrement flatté que vous soyez du don « immesuré » que votre bonne fortune vous a fait d'elle-même et de ses gonocoques, ne tenez-vous pas, malgré tout, à savoir dans le détail comment et par quelle suite d'étapes successives le microbe de Neisser est entré en vainqueur dans votre urètre trop accueillant?

La femme possède, nous l'avons vu (fig. 2), de nombreux recoins où se logera le funeste microbe et vous devinez déjà deux choses : pourquoi il s'embusque si bien chez elle puisqu'elle peut le dissimuler aisément dans son urètre, dans ses multiples glandes vaginales, dans son col utérin, dans ses glandes de Bartholin, etc., autant de conditions aggravantes de contagiosité, mais vous comprenez aussi pourquoi ces mêmes femmes sont si difficiles à guérir, surtout celles que leur triste métier de prostituée expose à d'incessants recels de nouveaux

germes déposés comme « en passant », selon le mot technique, j'allais dire « officiel ».

L'élu du cœur, et vous l'avez été (pardonnez-moi d'insister, c'est important), n'expose pas plus que le « paria du coït » son méat urétral au contact de ces repaires, c'est certain. Mais les plus dangereux microbes sont ceux qui au fond des glandes, bien tapis, ne sortent que les jours de fête, dans les grandes occasions!

La dame, émue « par votre beau langage », a répondu, et de toutes ses glandes sont sortis aussitôt le ban et l'arrière-ban du microbe de Neisser. Vous les avez recueillis aussitôt au bord de votre méat urétral. Il est maintenant aux portes de votre urètre!...

Le gonocoque va-t-il entrer dans la place?

Combien de temps va-t-il rester ainsi sur le seuil de votre appareil génital? Combien de minutes ou d'heures s'écouleront-elles avant que vous soyez irrémédiablement l'hôte du fatal visiteur?

Question de la plus haute importance puisque les indications de défense plus ou moins hâtives sont liées à la rapidité de progression de l'ennemi.

A quel moment exact et précis du coït la contagion est-elle consommée?

En d'autres termes, combien de temps faut-il pour que s'opère la progression du gonocoque depuis sa transmission par la femme aux bords du méat urétral de l'homme jusqu'à son entrée définitive dans la fosse naviculaire, puis dans l'urètre intérieur, etc.?

Cela constitue-t-il une ascension si rapide et si brusque que la contagion soit consommée et fatale dès que l'éjaculation est terminée?

Nous manquons évidemment de preuves expérimentales et cliniques.

Certains auteurs supposent que le gonocoque arrive

« d'emblée » dans la fosse naviculaire et que le va-et-vient multiplié du pénis, pour peu que le coït soit prolongé ou répété, favorise l'ascension de tous les éléments figurés, microbes ou autres sécrétions transmises par la femme.

Guiard compare l'arrivée du gonocoque dans l'urètre à l'ascension de l' « épi » dans la manche sous l'influence du balancement du bras.

L'idée est originale et fait image, bien que le sournois microbe ne soit pas armé d'un appareil de progression comparable à celui de l'épi.

Personnellement, nous ne croyons pas à la progression foudroyante du microbe.

Nous pensons, mais ce n'est qu'une hypothèse, qu'un intervalle de quelques heures est indispensable pour que l'envahissement de la fosse naviculaire soit consommé.

Et c'est à cause de cette croyance, basée sur des faits classiques indéniables, que nous préconisons avec tant d'insistance le traitement abortif dès les premières heures d'une contagion.

Il est certain qu'il s'écoule entre le coït contagieux et le début d'une chaudepisse une période d'incubation au cours de laquelle le microbe commence à progresser dans le canal urétral, en attendant qu'il détermine la réaction inflammatoire révélatrice. Il faut dire également que les dispositions anatomiques favorisent ou retardent l'évolution de cette incubation.

Nous aurons l'occasion de revenir sur les divers aspects des méats urétraux plus ou moins ouverts et parmi lesquels nous avons catégorisé nettement la variété dite « méats à chaudepisse », cette prédisposition naturelle favorisant singulièrement la contagion (fig. 3).

Il faut également accuser les prépuces trop longs, dits « phimositiques », qui sont un facteur de contagion des

plus évidents. Au chapitre du massage de l'urètre, nous reviendrons sur ces prédispositions, qu'il faut combattre par des interventions qui sont des « opérations de propreté » indiquées formellement chez tout individu soigné et soucieux de l'hygiène de son appareil génital.



FIGURE 3

Un méat trop étroit est une porte fermée derrière laquelle se passe quelque chose.

La circoncision devrait être faite systématiquement toutes les fois que la prédisposition préputiale l'exige. Cette opération peut et doit être faite dans la première enfance, mais tout jeune homme doit s'y résoudre. Ce sera souvent pour lui une précaution prophylactique.

Voilà donc le gonocoque offensif au seuil de votre

canal urétral; il y est plus ou moins protégé, nous venons de le dire, par de fâcheuses dispositions anatomiques, mais il y est.

Que va-t-il se produire? Surtout, qu'allez-vous faire?

Deux hypothèses sont en présence. Ou bien vous allez, au chatouillement indicateur, courir chez le médecin, qui va instituer le *traitement abortif sauveur*, grâce auquel l'envahisseur sera chassé de votre muqueuse, où il n'occupe encore qu'une situation très superficielle, n'ayant fait que la guerre en surface et n'ayant pas pénétré, pour y creuser d'inexpugnables tranchées, dans la profondeur des glandes (fig. 4). Chez l'homme comme chez la femme, il existe aussi, avec une disposition analogue, de multiples repaires depuis le méat jusqu'au col de la vessie, dans les trois portions : pénienne, membraneuse et prostatique de l'urètre; c'est comme une série de couloirs ou mieux de culs-de-sac; autant de réservoirs, sortes d' « urètres d'urètre », autant de cachettes où va se précipiter le nouvel occupant, *si on lui en laisse le temps!*

Ne le lui laissez pas, vous serez sauvé!

Autre hypothèse, hélas! bien fréquente : vous êtes un peu honteux de cette aventure, deux fois mortifiante pour votre amour-propre d'abord et... pour l'autre. Que cela ne se sache pas, surtout! Tel est votre premier souci. Vous connaissez le pharmacien, un homme charmant, d'un abord très facile (qui ne demande après tout qu'une chose, ne pas mécontenter un client); il ne sait pas trop pourquoi on fait appel si souvent à son « incompétence » en matière de blennorragie, mais c'est l'habitude et ne cherchons pas à comprendre. En échange de votre confiance, il va vous remettre de jolies petites boîtes gentiment étiquetées, renfermant santal, copahu ou autres spécialités parfumées... Il va faire plus, et c'est plus

grave : il va vous donner une seringue et une injection à faire dans votre pauvre urètre!

Vous avez maintenant, Monsieur, dans votre main tout ce qu'il faut pour vous donner la plus formidable chaudepisse compliquée et rebelle qui soit... Vous serez

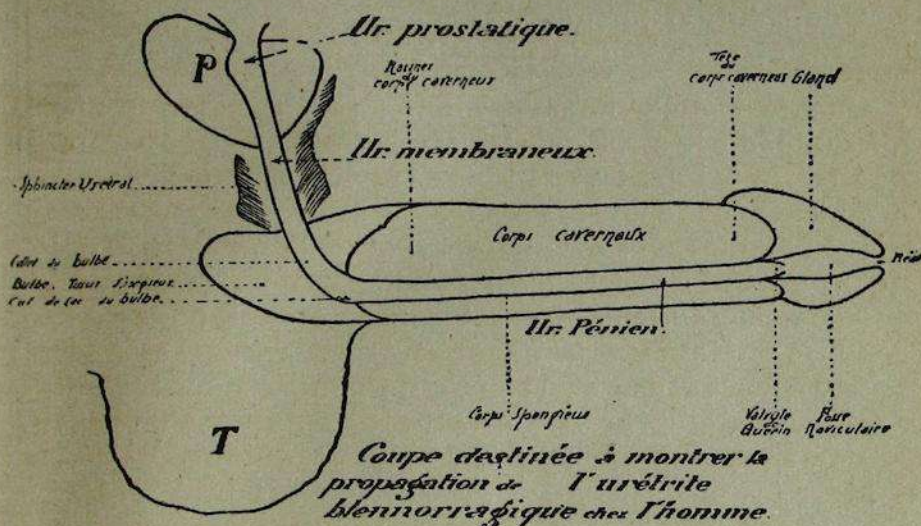


FIGURE 4

un client sérieux pour spécialiste! Nous répétons souvent à nos clients les conseils suivants, que nous livrons aux méditations de tous les néophytes candidats à la blennorrhagie :

Pas de conseils du pharmacien, ce n'est pas son métier.

Ne laissez pas couler. Plus vite vous serez traité, plus vite vous serez guéri.

Pas de petites seringues en verre. Elles engendrent les complications.

Pas de solutions fortes. Elles causent les écoulements interminables.

Donc, pour aggraver une chaudepisse, retenez bien qu'il faut cinq choses :

Un conseil maladroit;
Quinze jours de laissez couler;
Une seringue à piston dur;
Une solution forte;
Et... une adresse de pissotière.

Que le lecteur nous pardonne si un peu d'ironie se glisse dans cette formule!... C'est de la vraie pitié plutôt que cause à tous les médecins le spectacle quotidien des errements en cours!

La blennorragie est-elle donc si bénigne et si anodine qu'on doive la traiter avec pareille inconscience?

Nous demandons à ces insouciantes qui ont vu leur épouse condamnée à une opération grave et douloureuse, conséquence de la maudite goutte apportée au lit conjugal, si vraiment on a le droit de négliger une chaudepisse?

Mais revenons à votre urètre; il n'a jamais été plus intéressant.

Le microbe de Neisser habite maintenant votre muqueuse; alors s'ébauche immédiatement la réaction de défense. Votre urètre va sécréter et l'écoulement commence, d'abord clair, séreux, accompagné de ce chatouillement qui ne cesse de vous murmurer tout bas « à l'urètre » :

« Pourquoi ne vas-tu pas tout de suite chez le médecin? »

Hélas! vous avez dans votre poche une seringue et une solution, et il vous tarde de vous en servir!... Pour tuer la mouche qui se pose, vous allez lancer un obus de 420... Une chiquenaude aurait suffi. Vous allez incendier irrémédiablement la bonne muqueuse de défense que

la nature vous avait donnée et qui, hélas ! ne reviendra jamais !...

La sécrétion va être violente, votre urètre va se défendre doublement avec un suintement plus marqué contre votre gonocoque encore peu agressif d'abord, mais surtout contre votre fatale injection !... L'infection va se propager de l'urètre antérieur à l'urètre postérieur, aucune barrière ne s'opposant en réalité à l'extension en surface de l'inflammation de la muqueuse. Au bout de peu de jours, l'extension en profondeur va également s'exercer et de petits noyaux indurés, sensibles au palper, vont témoigner de la propension très nette du gonocoque pour les couches profondes, en créant ce que nous avons appelé les « petites tranchées urétrales ».

Dans un stade encore plus avancé, il déterminera au niveau de l'urètre profond et dans l'intérieur de l'« éponge prostatique » des lésions qui engendreront la *prostatite aiguë*, voire même quelquefois des abcès de la prostate, et, d'une façon générale, toutes les infections, comme l'*orchite*, qui sont la preuve de l'extension du processus inflammatoire en surface et en profondeur.

A cette première phase de sécrétion glandulaire intense va succéder la deuxième étape d'affluence des globules blancs microphages voulant sauver vos cellules et dévorer le gonocoque. Mais hélas ! leur rôle est annihilé par votre bombardement, pardon ! par votre injection ! L'urétrite inflammatoire glandulaire profonde est constituée ! Heureux encore si vous ne vous êtes pas donné un rétrécissement ! La douleur provoquée par le passage de l'urine acide vous fait goûter la classique « lame de rasoir ». La virulence du microbe s'est exaltée au maximum. Alors seulement vous vous décidez à aller chez le médecin. Je voudrais qu'ici votre calvaire urétral prenne fin, et c'est pourquoi nous avons écrit ce livre.

Vous irez chercher le traitement méthodique, rationnel et efficace de votre blennorragie.

Nous ne voulons plus admettre qu'il existe encore des praticiens qui vous disent : « Coulez encore, coulez toujours!... »

J'espère que le traitement sera le vrai et le bon, celui de la période aiguë, *le traitement précoce et immédiat par les grands lavages au permanganate.*

Si nous avons tenu à exposer ainsi longuement les origines et la genèse d'une blennorragie, c'est que nous avons voulu expliquer et mettre en valeur la phase *pré-blennorragique*, cette période si importante d'incubation, au cours de laquelle *on peut fonder, avec le traitement abortif, l'espoir d'une guérison en quelques jours.*

La période d'état, avec le traitement précoce de la blennorragie aiguë, est aussi la période où l'on a le plus de chances de lutter contre la chronicité.

La façon d'éviter la maladie est à la fin de l'ouvrage. Elle devrait être au début, comme elle devrait être pratiquée avant toute histoire de blennorragie.

Hélas! c'est à ses dépens qu'on acquiert de l'expérience, et rien n'est plus vrai, même en matière de contagion gonococcique.

Si l'on considère, et avec raison, la prophylaxie comme la pratique indispensable à recommander avant tout acte vénérien qui frise l'aventure et côtoie l'avarie, la lutte contre la blennorragie se présente alors avec un système de défense bien organisé, avec une méthode et une stratégie.

En premier lieu et avant tout coït suspect, c'est le bouclier et la *prophylaxie* immédiate. Après le coït, c'est encore la prudente prophylaxie à laquelle on doit faire appel.

Si, malgré ces précautions, le gonocoque entre dans la place, il doit en être chassé dès les premières heures; *c'est la méthode abortive.*

Si un ennemi supérieur en nombre ou une attaque trop brusquée triomphe de ce deuxième système de défense, *c'est alors le traitement précoce.*

Enfin, si la partie a été perdue, il faut faire au feu la part la plus petite, et c'est par le traitement de l'urétrite chronique *qu'on arrive très bien à guérir encore avec une méthode sûre et éprouvée, quand on évite certaines fautes, hélas! très fréquentes.*

Telle est la barrière que l'hygiéniste et le médecin doivent tendre devant le gonocoque.

Nous savons comment s'installe la contagion et à quelles sources multiples le malade inexpérimenté peut aller la chercher; nous verrons comment on la soigne ou plutôt comment « on devrait » la soigner pour faire mentir le vieux dicton plein d'ironie du maître Ricord, qui disait, il y a plus d'un demi-siècle :

« On sait quand une chaudepisse commence; Dieu seul sait quand elle finira!... »

CHAPITRE II

LA MICROBIOLOGIE DES ÉCOULEMENTS URÉTRAUX

Examen de la goutte.

Le microscope seul prononce
la guérison d'une blennorrhagie.

Cette maxime indique toute l'importance de ce chapitre. « Vouloir soigner un urètre sans microscope c'est vouloir faire un métier sans outils. » Nous avons coutume aussi de répéter à nos malades la phrase suivante : « Avoir une goutte n'est rien, savoir ce qu'elle contient est tout ! »

La microbiologie des écoulements a pris ces dernières années une importance plus grande encore puisque c'est grâce à elle que les urétrologues ont dirigé leurs efforts vers la recherche du vaccin sauveur.

Toutes les déceptions que les premiers essais de vaccinothérapie blennorrhagique ont eu à enregistrer ont dû chercher leur revanche dans une étude plus précise, plus fouillée, du contenu de l'écoulement urétral.

Si la porte est encore largement ouverte dans cette voie aux chercheurs, il semble que ce soit à la mise au point de la microscopie des exsudats urétraux et à la découverte de bouillons de culture tout à fait sélectionnés que soit dû l'état actuel de la vaccinothérapie et les résultats intéressants qu'escomptent ses nombreux défenseurs.

Nous allons examiner toute la flore des écoulements urétraux, nous verrons dans un autre chapitre la culture du liquide d'élection pour la recherche de cette flore, c'est-à-dire la spermoculture, nous examinerons plus loin

la question encore très controversée de la bactériothérapie et de la sérothérapie blennorragiques.

Lorsqu'un malade vient à nous pour se soumettre à un examen microscopique il doit subir préalablement une sorte de préparation destinée à mettre en valeur le contenu de ses sécrétions urétrales. La question de savoir *où en est* son urétrite est généralement difficile à résoudre; puisque l'examen doit porter systématiquement sur un certain nombre d'éléments, il faut que, préalablement, le malade se présente dans les meilleures conditions possibles.

Préparation du malade.

Nous avons l'habitude de prier le malade de faire la veille l'épreuve dite « de la bière et de l'alcool ». C'est-à-dire qu'on lui recommande de faire un repas en buvant du vin pur, de prendre à la fin un petit verre de liqueur ou encore d'absorber après son dîner un litre ou un demi-litre de bière.

Le lendemain matin au réveil ou tout au moins avant toute miction, il viendra au laboratoire où l'on pratiquera les divers prélèvements ou examens directs indispensables.

Il peut arriver même que l'on soit obligé d'avoir recours à une épreuve d'« irritation » plus intensive que nous aurons l'occasion d'étudier en détail au chapitre de l'Instillation au nitrate d'argent, pour mettre en valeur tout le contenu des glandes urétrales jusqu'alors insoupçonné. Dans de vieux écoulements urétraux il peut se faire qu'on aperçoive un micro-organisme ayant perdu sa forme primitive au point d'être méconnaissable, tandis qu'après les épreuves on aperçoit les micro-organismes avec netteté et on identifie le gonocoque et ses associés.

Pour un examen complet, on recueillera l'exsudat urétral, le contenu des verres séparés, les filaments urétraux antérieurs et postérieurs, s'il y a lieu les urines en dehors des filaments, voire même le liquide prostatique et enfin le sperme.

Une telle méthode est, certes, longue, fastidieuse parfois; mais les services qu'on en peut attendre dans les cas si nombreux de chronicité ou de latence gonococcique valent qu'on s'en donne la peine; elle seule peut apporter quelque éclaircissement dans la difficile recherche et caractérisation des vieilles formes involutives du diplocoque de Neisser et de ses associés, ceux-ci considérés comme pathogènes ou saprophytes.

Tableau des prélèvements à faire pour l'examen des écoulements.

Habitats des microbes chez l'homme et chez la femme.

		A. <i>Non provoqués.</i>
		1° La goutte au méat (si elle existe).
		2° Les filaments du premier verre d'urine.
Chez l'homme six prélèvements.	}	B. <i>Provoqués</i> (par massage vessie pleine, ou par expulsion).
		3° Les filaments de l'urètre antérieur.
		4° Les filaments de l'urètre prostatique.
		5° Les filaments des vésicules séminales.
		6° Le sperme (contenu de la capote après éjaculation).
Chez la femme cinq prélèvements.	}	1° Le vagin.
		2° Les glandes de Skene.
		3° Le méat urétral.
		4° L'orifice des glandes de Bartholin.
		5° Le col utérin et le tampon stérile à la fin des règles.

FAÇON DE PRÉLEVER UN EXSUDAT

Le diagnostic bactériologique d'une infection blennorragique est habituellement simple dans les cas aigus; l'examen microscopique seul suffit pour l'établir; il est bien moins facile dans les cas chroniques. Il en est de même dans les complications génito-urinaires, surtout chez la femme. Il convient alors de soumettre les produits prélevés à toutes les épreuves capables d'identifier les micro-organismes en cause. Cette règle s'applique encore aux manifestations extragénitales où la rigueur du diagnostic s'impose pour éviter toute cause d'erreur

Prélèvement du matériel de recherche.

Cette partie de la technique présente une importance capitale, car d'un prélèvement bien ou mal effectué dépendent souvent les résultats positifs ou négatifs de l'expertise.

Prélèvements chez l'homme.

Les prélèvements non provoqués.

1° La goutte au méat.

Lorsqu'on soupçonne la présence du gonocoque ou de ses associés chez un malade ayant subi les épreuves révélatrices classiques, on se sert de l'anse de platine préalablement flambée, on cueille la goutte dans l'intérieur même de l'urètre, en priant le malade de « faire bâiller » le méat urinaire (fig. 5). On va ainsi à la cueillette d'une partie infinitésimale de sécrétion, tout à fait suffisante toutefois pour pratiquer l'examen. Ce prélèvement fait sur l'anse de platine chauffée, est étalé à l'aide de cette

anse en une mince couche à la surface de la lame de verre en attendant qu'elle subisse la coloration.

La lame de verre aura été préalablement passée à la flamme. Pour cet étalement, éviter, comme on le fait souvent pour l'envoyer au laboratoire, de recouvrir d'une lamelle; dans ces conditions, les bords se dessèchent et, dans la partie centrale, les cellules et les gonocoques s'altèrent. Il faut étaler sur place la goutte de pus, à l'aide d'une autre lame ou d'une carte de visite, de façon que l'étalement soit mince et uniforme. Éviter dans cette manœuvre le moindre traumatisme, pour éviter que les leucocytes contenant les gonocoques n'éclatent, et que ces derniers ne deviennent libres, ce qui enlèverait ainsi un caractère important pour le diagnostic.

En cas d'urétrite chronique, prélever de la même façon la goutte purulente du matin. Sinon, recueillir les filaments qui nagent dans l'urine récemment émise, et étaler sur lame, comme il vient d'être dit; cet étalement exige toutefois un certain traumatisme dont il faut tenir compte dans l'appréciation des résultats.

REMARQUE IMPORTANTE. — Disons qu'il ne faut jamais, comme le font certains malades auxquels on conseille très à tort de recueillir eux-mêmes leur goutte, appuyer la lame sur les lèvres du méat, car il existe sur le gland tout une flore microbienne qui peut induire en erreur; ce sont souvent des diplocoques ressemblant au gonocoque, bien qu'ils soient plus gros que lui; ils ont causé bien des erreurs de diagnostic (Ce sont les faux gonocoques que nous étudierons tout à l'heure pour les différencier).

2° *Les filaments du premier verre d'urine.*

On fera uriner le malade dans un verre; c'est le tout premier jet d'urine qui va collecter les filaments suspects

et qui permettra d'avoir les éléments nécessaires à l'examen.

Nous nous trouvons en présence des *filaments urétraux* de la miction.

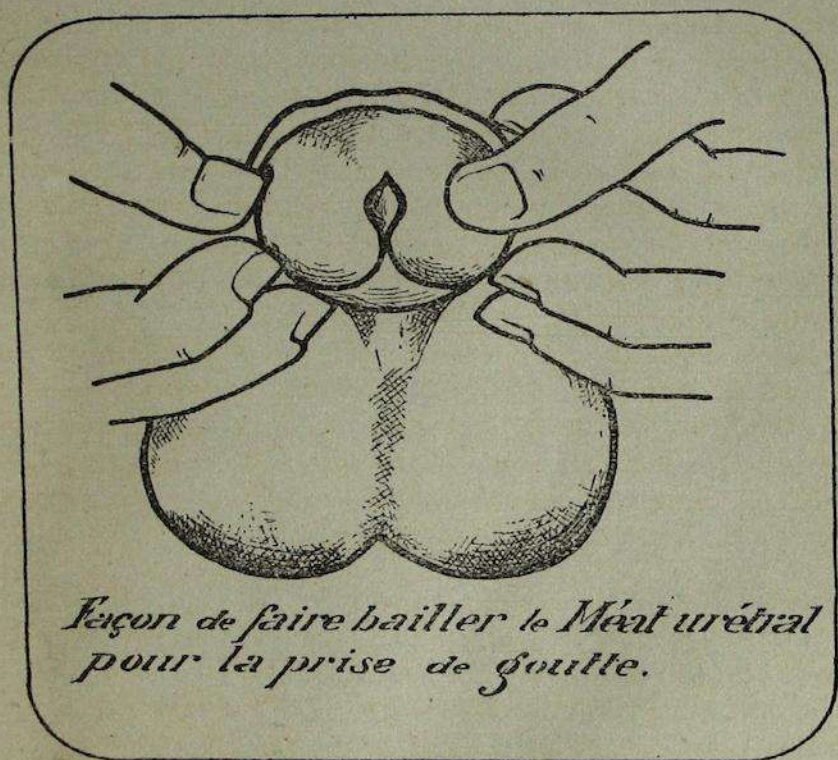


FIGURE 5

Le prélèvement de la goutte au méat.

Dans ce verre, qui doit être stérilisé, on a recueilli le premier jet, environ 10 centimètres cubes, qui représentent le balayage du canal : on y trouve en effet, suivant les cas : du mucus, des filaments plus ou moins lourds, des poussières. L'urine de ce premier verre est alors cen-

trifugée dans un tube stérile. Le liquide surnageant est décanté et on ne conserve que 1 ou 2 centimètres cubes environ pour délayer le culot.

On peut faire alors de ce culot, trois cultures : une sur gélose ascite, une sur bouillon ascite, l'autre avec du sérum de cheval à parties égales. Les tubes de cultures ont été mis à l'étuve avant d'être utilisés, de manière à être à la température de 37° au moment de leur emploi. Dès qu'ils sontensemencés, on les remet sans tarder à l'étuve à 37°, ce qui est la température *optima pour le gonocoque*. Ces cultures seront examinées après vingt-quatre et quarante-huit heures. La coloration élective des produits recueillis et des cultures est la méthode de Gram.

Les prélèvements provoqués.

Voyons maintenant les *prélèvements provoqués après massage* (vessie remplie).

3° Les filaments de l'urètre antérieur.

On remplira la vessie d'eau bouillie comme pour le grand lavage uréthro-vésical, puis on passera un gros béniqué : 50 ou 54 par exemple. On écrasera le plus méthodiquement et le plus soigneusement possible les foyers encore indurés sur le béniqué (massage lent et écrasement par pression). Cette manœuvre est souvent douloureuse pour le patient; mais elle est de grande importance. Puis, après ce massage méthodique de l'urètre antérieur, on fera uriner le malade dans un verre (*troisième prélèvement*).

Dans ce verre sont les filaments venus des glandes urétrales, provoqués par l'expression méthodique. On n'aura négligé aucun point douteux; les glandes de Littre aussi

bien que les glandes de Cooper, ainsi que les glandes de la fosse naviculaire, toutes sont pressées, comprimées, massées et vidées.

4° Les filaments de l'urètre prostatique.

On priera le malade de ne pas vider sa vessie complètement de toute l'eau bouillie qu'elle renferme. Introduisant alors le doigt dans le rectum, on massera avec soin les lobes de la prostate. Après un massage prostatique méthodique, c'est-à-dire en différents sens (en tour de meule, en rayons de roue, etc.), on priera le malade d'uriner dans un troisième verre; on aura ainsi les filaments prostatiques (*quatrième prélèvement*), filaments de l'éponge prostatique. Ils sont parfois très volumineux, très abondants et très lourds.

5° Les filaments des vésicules séminales.

Dans certains cas, on provoquera par le massage des vésicules séminales l'expulsion de véritables « moules vésiculaires » qui gagneront aussitôt le fond du verre. Ce sont des signes de reliquat de spermatocystite (*cinquième prélèvement*).

Coloration du filament. — L'examen de ces filaments au microscope présente un grand intérêt. Il faut adopter pour cela une technique que nous allons étudier. La présence ou l'absence de certains éléments figurés permettra de conclure à l'extinction des foyers ou au contraire à leur état latent, véritable feu qui couve sous la cendre et que réveilleront toutes les causes susceptibles de ramener l'infection.

On comprend tout le parti que l'on peut tirer de cet examen.

On fera à la flamme du bec Bunsen, à l'aide d'une petite

pipette fine, une sorte de crochet, et on ira dans le verre à la cueillette du filament. Il vaut mieux ne pas centrifuger; il y a dans les cas où l'on centrifuge un dépôt trop abondant, et de ce fait, trop épais, sur la lame; le filament cueilli à l'aide de la pipette sera étalé et très régulièrement écrasé en une mince couche. Ceci fait, on passera les lames sur la platine chauffante légèrement chauffée, de façon à sécher très légèrement. Il faut alors colorer.

Nous avons essayé l'éosine. La préparation est moins nette qu'avec le bleu de méthylène. On mettra une goutte de bleu de méthylène, et on lavera de suite sous un filet d'eau. On séchera légèrement au-dessus de la flamme, on mettra une goutte d'huile de cèdre et on pratiquera l'examen à l'immersion.

On répétera la même technique pour toutes les catégories de filaments de l'eau de lavage après massage.

6° Le sperme.

Dans certains cas d'orchépididymite ou de prostatovésiculite ancienne et rebelle, l'examen du sperme s'impose.

Il ne sera que la première étape de la spermoculture que nous allons étudier dans un autre chapitre.

L'examen devra porter sur du sperme très frais, c'est-à-dire examiné une demi-heure environ après l'éjaculation; on vérifiera sa puissance en spermatozoïdes en pratiquant son examen immédiat entre lame et lamelle.

On colorera au biéosinate de Tribondeau, on fera l'examen cytologique des leucocytes et des cellules.

Les microbes seront colorés dans le sperme à la coloration thionine phéniquée d'une part et violet de gentiane phéniquée avec double coloration fuchsine aqueuse diluée (méthode Gram-Nicolle).

Quel que soit le résultat de l'examen microscopique du sperme et quand bien même il serait négatif au point de vue microbien, on pratiquera systématiquement une spermoculture.

Prélèvements chez la femme.

Chez la femme, on a naturellement tendance à prélever le pus au niveau du vagin ou de la vulve. Il n'est pas démontré que le gonocoque y pullule; d'ailleurs, s'il existe en ces régions, il est associé à de nombreuses bactéries étrangères qui compliquent le diagnostic.

Sauf dans le cas de vulvo-vaginite des petites filles, où cette technique s'impose cependant, il faut prélever le pus *au niveau de l'urètre, de même aussi au niveau du « col utérin »*, où les gonocoques sont particulièrement fréquents, de même encore *au niveau des follicules et des glandes de Bartholin* (fig. 2).

Enfin, au cours des opérations nécessitées par des « salpingites, etc. » on recueille et on étale le pus dans les mêmes conditions.

Souvent il est intéressant d'examiner la sécrétion collectée sur un tampon stérile placé sur le col à la fin des règles.

Autres prélèvements.

Dans l'ano-rectite gonococcique, recueillir la sécrétion anale avec un instrument mousse, une curette ou une sonde cannelée.

Pour la conjonctivite, la technique ne présente aucune difficulté.

Sérosités articulaires. — Faire aseptiquement une ponction exploratrice, et étaler le liquide obtenu comme il a été dit. Mais rappelons ici que le gonocoque se trouve

de préférence dans la synoviale ou dans les tissus péri-articulaires.

Pus méningé. — Ponction lombaire; centrifugation du liquide céphalo-rachidien. Étalement sur lames du culot de centrifugation, comme avec le pus urétral.

Sang. — En cas de phénomènes septicémiques, inutile de pratiquer l'examen sur lames. L'hémoculture s'impose: ensemençer 5 centimètres cubes de sang prélevés par ponction veineuse dans 400 à 500 centimètres cubes de bouillon ascite.

Ceci dit, quels micro-organismes trouve-t-on dans les prélèvements?

LA DIVISION EN DEUX FLORES

la rouge et la bleue.

Les micro-organismes qui entrent dans la composition des écoulements urétraux, agents pathogènes de l'urétrite auxquels tous les accidents de la blennorragie sont imputables, méritent une étude approfondie.

Pour sa clarté, nous avons divisé la flore microbienne constatée dans les exsudats d'un blennorragien, en deux groupes, division basée sur un caractère de haute importance: la « méthode de Gram ».

Les micro-organismes qui ne prennent pas le Gram constituent la *Flore rouge*, ceux qui le prennent sont rangés sous l'étiquette de *Flore bleue*.

La méthode de Gram est le procédé qui consiste à faire mordre un colorant sur un microbe. La solution iodo-iodurée de Gram est le mordant en question. C'est lui qui fixe, qui enfonce le violet de gentiane phéniquée sur la préparation, si bien que, lorsqu'on essaiera de décolorer la préparation à l'aide d'un autre liquide (la solution

d'alcool-acétone dans la méthode en question), certains éléments qui, eux, *gardent le Gram*, garderont leur coloration violette, et le microbe qui ne prend pas le Gram (le gonocoque par exemple), sera décoloré par l'alcool-acétone.

Il faudra donc, pour que l'on puisse voir le microbe sur la préparation, le colorer à nouveau, et c'est pour cela que l'on a recours à une coloration qui est le rouge. Il se détachera sur la préparation, avec les leucocytes ou globules de pus, qui, eux aussi, prennent le colorant rouge.

Prendre le Gram veut donc dire pour un microbe qu'il ne se décolore plus quand il a reçu la solution de Gram.

Nous apercevons alors sur des préparations ainsi traitées des bactéries d'une coloration violet noir que nous appelons la *Flore bleue* par opposition aux autres colorés en rouge qui constituent la *Flore rouge*.

Détail de la technique.

1° Après prélèvement de goutte ou de filaments selon la méthode déjà donnée, verser une goutte d'alcool-éther pour fixer;

2° Sécher au-dessus de la flamme (à 50 centimètres au-dessus environ), « passer au-dessus de la flamme avec la lenteur du couteau qui coupe le pain »;

3° Verser une goutte de violet (qu'on laissera une minute);

4° Lavage sous un filet d'eau (facultatif);

5° Une goutte de Gram (qu'on laissera une minute);

6° Lavage à l'alcool-acétone au-dessus d'un verre jusqu'à décoloration complète du violet (le violet ne doit plus apparaître);

7° Verser une goutte de rouge (laisser deux minutes);

8° Lavage sous un filet d'eau;

9° Sécher sur papier buvard.

Voici quelques détails complémentaires utiles :

Mieux vaut ne pas chauffer, mais plutôt fixer à l'alcool-éther.

Après avoir étendu sur la lame une mince couche de pus suspect, on verse un peu d'alcool et d'éther et plaçant la lame à 50 centimètres au-dessus de la flamme du Bunsen on fait évaporer pour fixer la préparation.

Quand celle-ci est bien sèche on verse dessus un petit flot de violet de gentiane phéniquée. On laisse le colorant bien pénétrer pendant deux ou trois minutes (ne pas laver). Verser ensuite la solution de Gram qu'on laissera deux minutes pour que le mordant fixateur fasse bien son œuvre (la lame se colore alors en gris), puis au-dessus d'un verre on lave en versant la solution alcool-acétone au tiers.

Tout ceci peut être fait rapidement. Ensuite, on versera le colorant électif du microbe, qui le fera différencier des autres diplocoques.

Nous voyons alors le gonocoque en rouge sur la préparation, à côté d'autres diplocoques qui, eux, sont restés noirs violets, comme le fallax de Rousseau par exemple, et comme beaucoup d'autres.

Généralement autour de nombreux diplocoques prenant le Gram, on trouve des globules de pus en abondance, sauf dans les gouttes claires. Ces globules de pus se recolorent aussi comme le gonocoque en rouge. Puis il y a des cellules épithéliales restées violettes. C'est d'ailleurs banal d'en trouver dans une préparation; c'est le résultat du raclage du canal, elles n'ont pas d'intérêt. Généralement après avoir séché sur papier buvard, on verse une goutte d'huile de cèdre et on examine directement la préparation sans interposition de lamelles avec l'objectif à immersion. Certains bactériologistes (procédé

de Lutz) se servent d'un gros objectif et ne se servent pas de l'immersion. Ils mettent le prélèvement sur une lamelle, font leur coloration sur la lamelle, interposent une goutte d'eau entre la lamelle et la lame de verre. Cette goutte d'eau sert de milieu et remplace l'huile. Ils ne chauffent pas non plus, mais ils fixent à l'alcool-éther.

LES MICRO-ORGANISMES DE LA FLORE ROUGE

Le gonocoque et son état civil.

A tout seigneur tout honneur : le principal microbe de la chaudepisse est le gonocoque (fig. 6).

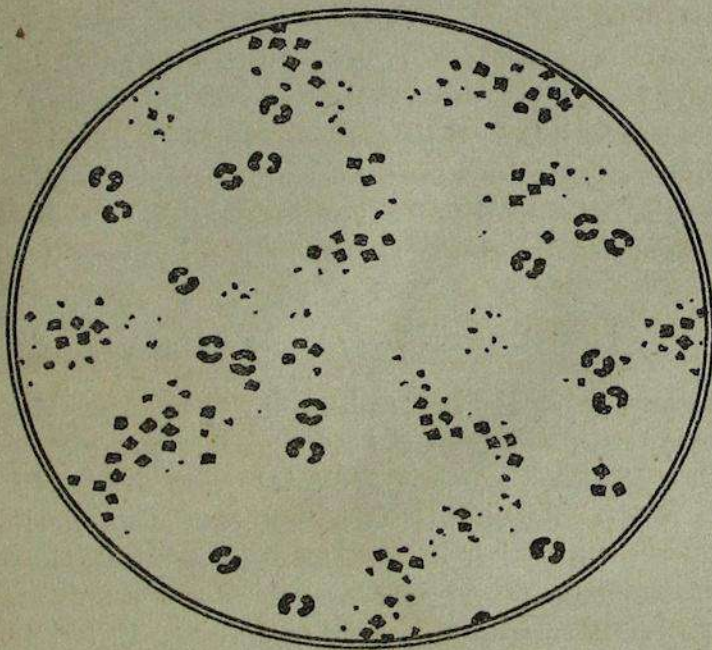


FIGURE 6

Le gonocoque et ses associés.

C'est lui qui cause les contagions; les transmissions graves de l'infection blennorragique lui sont imputables.

Il se présente sous l'aspect d'un diplocoque. Il a été découvert par l'Allemand Neisser (de Breslau) en 1878.

Il doit être considéré comme l'agent spécial de la blennorragie. Pendant un certain temps on a contesté, à tort, qu'il soit le véritable agent de contagion et on a invoqué à la faveur de cette négation le fait d'avoir pu déceler sa présence au niveau des organes génitaux de petites filles n'ayant subi aucune violence.

Cette constatation pouvait modifier singulièrement les idées en faveur de la contagion du gonocoque. En effet, chez ces enfants, toute espèce d'histoire de viol ou d'atouchements ayant été éliminée, on arriva à démontrer que les petites filles chez lesquelles on avait trouvé du gonocoque avaient été contagionnées par un objet de toilette ayant servi à une personne de l'entourage. Celle-ci était atteinte d'infection gonococcique et avait employé des objets contaminés pour les soins donnés à ces enfants.

Ces faits, établis d'une façon indéniable et scientifique, ont consacré l'existence absolue du microbe de Neisser.

Aspect morphologique du gonocoque.

Cet ennemi né de l'urètre humain se présente sous l'aspect d'un diplocoque ovoïde (fig. 6), composé de deux portions séparées par un petit interligne clair. Chacune de ses parties constitutives a la forme d'un petit grain de café ou d'un haricot opposant à son vis-à-vis sa face légèrement concave. Les dimensions en sont variables, mais peuvent être en moyenne : longueur, 1μ . 27; largeur, 0μ . 7 (μ lettre grecque, mesure bactériologique, veut dire 1 millième de millimètre).

C'est le mode de multiplication du gonocoque qui expli-

que son groupement en amas. Dans les vieilles blennorragies, le gonocoque présente l'aspect déformé et devient asymétrique. Il est alors si difficile à reconnaître que le diagnostic en devient presque impossible.

Un de ses premiers caractères importants est, nous l'avons dit, qu'il ne prend pas le Gram. Il est généralement intracellulaire, c'est-à-dire qu'on le voit habituellement dans l'intérieur d'un leucocyte. Il peut arriver pourtant que le globule de pus soit dévoré par les nombreux gonocoques qu'il renferme. Il ne reste plus alors que la coque du globule. Cette coque peut se rompre et alors on trouve le gonocoque en dehors des leucocytes. Il se présente alors en liberté, il est extra-cellulaire; c'est le cas lorsqu'il est très abondant sur une préparation.

Caractères du gonocoque et reprise de sa virulence.

Nous venons de voir que le gonocoque peut se rencontrer soit en dehors des éléments cellulaires, soit à l'intérieur de ces mêmes éléments (fig. 7).

Les auteurs qui se sont occupés de la question ne sont pas d'accord pour dire s'il y a pénétration des gonocoques dans les leucocytes ou bien s'il y a englobement du microbe par le leucocyte lui-même.

Le gonocoque ne pénètre pas dans les cellules épithéliales; elles peuvent être couvertes par lui, mais il ne pénètre pas à l'intérieur.

Très souvent, dans les écoulements un peu anciens, le gonocoque est en dehors du leucocyte. Il se présente en amas généralement circulaires quand il s'agit d'une vraie colonie; en tous cas, il ne forme jamais une chaînette. Le fait le plus remarquable de la biologie de ce diplocoque, c'est la facilité avec laquelle il reprend de la virulence dans l'urètre humain sous l'influence de l'ingestion de

certaines boissons, comme la bière et l'alcool, ou au contact de certaines substances, comme le nitrate d'argent. Nous étudierons et constaterons ce caractère biologique en énumérant les épreuves classiques de l'examen dit « crible expérimental de la guérison ». (Voir : Quand est-on guéri de la blennorragie?)

Son inoculation.

Le gonocoque est l'apanage exclusif de l'homme.

Des essais d'inoculation de culture de gonocoque dans l'« urètre de l'homme » ont été tentés pour en démontrer la spécificité. Entre les mains de Bumm, Bockart, Kiefer, Bokai, ces épreuves ont été positives, et la blennorragie ainsi provoquée présentait des caractères cliniques semblables à ceux de la gonorrhée contractée à la suite d'un coït infectant.

« Chez l'animal », les injections intra-urétrales sont, dans la plupart des cas, restées négatives. Seul, Fonseca a pu provoquer chez le lapin une blennorragie légère qui ne dura qu'une semaine.

L'instillation de culture de gonocoque sur la conjonctive du cobaye produit une légère conjonctivite, dont les éléments purulents contiennent du gonocoque (Legrain). Morax est arrivé, chez le jeune lapin, à produire ainsi une conjonctivite purulente caractéristique. Mais, dans tous ces essais, on n'observe pas de multiplication du germe; c'est ce que Morax a constaté à la suite de l'injection dans la chambre antérieure de l'œil chez le lapin.

Citons le fait intéressant de Malowski, qui détermina chez une lapine une salpingite mortelle avec péritonite, après une injection dans la cavité utérine.

Les « inoculations sous-cutanées » sont inoffensives.

L'inoculation intraveineuse tue l'animal (lapin, cobaye), quand la dose est suffisante, mais il ne se forme pas de septicémie : l'animal succombe sans doute par toxémie, car on ne retrouve le gonocoque ni dans la circulation ni dans les viscères.

L'inoculation intrapéritonéale détermine chez le cobaye une péritonite suppurée mortelle, où les gonocoques injectés ont en grande partie disparu.

L'expérimentation sur l'animal montre qu'il succombe par intoxication, beaucoup plus que par infection. De plus, l'injection de cultures tuées par la chaleur provoque les mêmes phénomènes qu'avec les cultures vivantes. C'est l'indice de l'existence d'une toxine gonococcique. Mais, alors que de Christmas prétend qu'il s'agit d'une toxine soluble (gonotoxine), d'autres, comme Wassermann, Nicolaysen, Morax, estiment que le poison se trouve inclus dans le corps microbien.

On comprend combien il est regrettable que l'on ne puisse faire l'inoculation aux animaux du microbe de la blennorrhagie, car on aurait pu ainsi, à la faveur d'expériences faites sur l'animal, faire progresser le traitement radical de la blennorrhagie, qui est resté ainsi, forcément, dans l'attente de découvertes nouvelles.

Sa coloration. — Procédés rapides au bleu de méthylène.

Le gonocoque dont le caractère est de ne pas prendre le Gram peut être recherché par des procédés rapides.

Le pus ayant été étendu en minces couches sur la lame de verre, on séchera très légèrement au-dessus de la flamme. Une recommandation essentielle qu'il faut toujours avoir soin d'observer, c'est d'éviter de trop chauffer la préparation, cette faute de méthode pouvant faire « râtiner » le gonocoque et rendre le diagnostic difficile.

Si l'on n'est pas pressé, on laissera sécher la lame à l'abri de la poussière, on fixera en passant la lame dans la flamme d'un bec Bunsen trois fois de suite.

On versera ensuite sur la lame une trentaine de gouttes d'une solution de bleu de méthylène à 1 % que l'on laissera de quatre à dix secondes.

On lavera ensuite la préparation sous un filet d'eau; on enlève l'excès d'eau en tamponnant au papier buvard, puis on sèche définitivement à la flamme du bec Bunsen.

L'examen se fera en plaçant directement une goutte d'huile de cèdre sur la préparation, sans interposition de lamelle.

Procédé rapide extemporané de coloration.

Ce procédé ne peut être utilisé que si l'on examine la goutte immédiatement, c'est-à-dire aussi fraîche que possible.

- 1° Étaler la goutte sur la lame;
 - 2° Sécher légèrement au-dessus de la flamme du bec Bunsen;
 - 3° Mettre une goutte de bleu de méthylène à 1 %;
 - 4° Recouvrir d'une lamelle.
- Examiner de suite.

Autre procédé pour les gouttes trop épaisses.

Si la goutte est trop abondante :

- 1° On la dissoudra et on l'étendra d'eau distillée sur la lame;
- 2° Fixer à l'alcool-éther. Laisser évaporer;
- 3° Verser le bleu de méthylène;
- 4° Laver sous un filet d'eau;
- 5° Mettre une goutte d'huile de cèdre.

Si la préparation doit être conservée, mettre une lamelle et du baume de Canada autour.

Dans une étude très complète publiée à Londres par le *Medical Research Committee* sur le diagnostic de laboratoire des infections gonococciques, on expose et propose la *technique de W. Jensen de Copenhague*, qui donnerait des résultats plus précis et plus constants que la méthode de Gram; en voici la description :

1° Sur la lame, préalablement fixée à la flamme, en évitant de la surchauffer, placer quelques gouttes d'une solution aqueuse à 0,5 % de violet de méthyle;

2° Au bout de trente à quarante secondes de contact, rejeter le colorant, et débarrasser ce qui en reste sur la lame avec une ou deux gouttes de solution de Lugol forte :

Iode	1 partie
K. I	2 parties
Eau distillée	100 parties

Pas de lavage à l'eau. Remettre alors quelques gouttes de Lugol et laisser en contact une minute;

3° Rejeter le Lugol, laver avec quelques gouttes d'alcool absolu (98 %) et décolorer avec une nouvelle quantité d'alcool absolu en balançant la lame de part et d'autre pour que l'alcool agisse sur toute sa surface;

4° Rejeter la dernière goutte d'alcool et mettre quelques gouttes de solution de rouge neutre pendant trente secondes à une minute :

Solution de rouge neutre :

Rouge neutre	1 gr.
Acide acétique glacial à 1 %	2 c. c.
Eau distillée	1.000 c. c.

5° Laver alors à l'eau, rapidement, sous un jet modéré sécher et examiner.

Cette technique qui serait beaucoup plus précise que la méthode originale de Gram, s'utilise comme méthode de contrôle. On peut également la contrôler en faisant une coloration d'une culture connue.

Numération des gonocoques en série dans le pus urétral.

M. Ramond a fait une étude intéressante sur la cytologie et la bactériologie du pus urétral pour préciser l'état de lutte de l'organisme contre le gonocoque.

Voici les résultats de ses observations :

1° Au point de vue de la cytologie du pus urétral blennorragique (fig. 7).

Tant qu'il renfermait des gonocoques, le pus ne contenait presque exclusivement que des polynucléaires dans la proportion de 98 à 99 pour 100 leucocytes. Au moment de la disparition des gonocoques les cellules mononucléées, probablement d'origine épithéliale, très rares jusque-là, devenaient rapidement plus nombreuses et atteignaient jusqu'à 30 % du nombre total des éléments histologiques. Toutefois l'apparition de ces cellules, coïncidant avec la disparition des gonocoques, n'était pas un signe précurseur certain de la guérison. Il était fréquent de voir quelques jours plus tard une rechute, caractérisée par la réapparition presque exclusive des polynucléaires et une nouvelle pullulation de gonocoques.

2° Au point de vue du nombre total des gonocoques.

a) *Chez un même malade, au cours de l'évolution de sa blennorragie :*

Le nombre total des gonocoques variait d'un examen à l'autre sans aucune régularité. La courbe qui le repré-

sentait être très irrégulière, et s'abaissait brusquement à plusieurs reprises (2 fois, 3 fois et même 4 fois) au voisinage du zéro; elle remontait ensuite plus ou moins haut. Elle atteignait généralement son acmé entre le seizième et le vingt-troisième jour.

b) *Chez des malades différents :*

Le nombre maximum des gonocoques variait dans de grandes proportions d'un sujet à l'autre. Les chiffres



FIGURE 7

extrêmes rencontrés ont été 0,85 et 3,85 gonocoques par leucocyte. Il paraît n'y avoir aucun rapport entre ces chiffres et la marche, la gravité et la durée de la blennorragie. Le nombre le plus élevé et le plus bas se rapportaient à deux maladies également très prolongées. Inversement, dans des formes à évolution courte et à allures bénignes, nous avons trouvé tantôt beaucoup, tantôt peu de gonocoques par rapport aux leucocytes.

3° *Au point de vue des rapports réciproques des gonocoques intra et extra-cellulaires.*

Il y avait de grandes variations d'un examen à l'autre. D'une façon générale, les gonocoques intra-cellulaires (fig. 7) l'emportaient sur les extra-cellulaires; ils se trou-

vaient vis-à-vis d'eux dans la proportion de 9 contre 1. Pourtant, de temps à autre, se produisaient de vraies décharges de gonocoques extra-cellulaires conglomérés en amas considérables qui renversaient le rapport, et nous avons pu compter alors jusqu'à 7 gonocoques extra-cellulaires contre 3 phagocytés. Elles ont manqué chez un seul malade, chez qui la quantité des formes intra-cellulaires est restée constante relativement à celle des cocci extra-cellulaires. Inscrites sur un même graphique, les courbes du nombre total des gonocoques, et celle du rapport des formes intra et extra-cellulaires entre elles se montraient complètement indépendantes.

De ces diverses constatations, l'auteur a cru pouvoir conclure :

1° Le pus urétral blennorragique est un pus à polynucléaires pendant la majeure partie de la maladie. Les cellules épithéliales n'y apparaissent qu'à la fin; leur présence ne constitue pourtant pas un signe certain de guérison;

2° La numération des gonocoques sur lames sèches ne peut fournir aucun renseignement utile sur l'évolution et le pronostic d'une urétrite blennorragique aiguë;

3° L'augmentation du nombre des gonocoques intra-cellulaires par rapport aux extra-cellulaires ne présente aucune valeur pronostique favorable ou défavorable;

4° La constance de l'acmé de la courbe du total des gonocoques au cours de la troisième semaine semble indiquer l'apparition à cette date d'une immunisation partielle de l'organisme vis-à-vis de l'infection blennorragique localisée à l'urètre.

Sa culture (Voir le chapitre de la Spermoculture).

Un simple mot sur l'intradermoréaction ou cutiréaction dans le diagnostic de la gonococcie.

On a proposé l'intradermoréaction dans le diagnostic de la gonococcie. En voici la technique :

1° *Cutiréaction*. — Sur la peau de l'avant-bras, faire avec un vaccinostyle une très légère scarification, déposer une goutte d'antigène et laisser sécher.

Si le sujet est porteur de gonocoques en activité, il y a dans les heures qui suivent (de six à vingt-quatre heures après) développement d'une papule inflammatoire, légèrement indurée, qui ne s'efface complètement qu'en quelques jours.

Si le sujet est sain, il n'y a rien ou à peine un peu de rougeur, sans épaissement de la peau.

2° *Intradermoréaction proprement dite*. — Injecter sous la peau, avec une aiguille fine à biseau tourné vers l'extérieur, environ 1 dixième de centimètre cube d'antigène. Résultats analogues.

Nota. — L'antigène est une *émulsion de gonocoques* stérilisée à 60° et additionnée d'acide phénique à 5 ‰.

Ce procédé est généralement peu employé.

La flore rouge s'enrichit encore d'autres micro-organismes qui sont :

Les coli-bacilles (bacilles grêles);

Les cocco-bacilles de Friedlænder (genre pneumocoque);

Les bacilles de Krogins (genre leptotrix).

On trouve encore dans les écoulements une deuxième flore que nous allons étudier.

LES MICRO-ORGANISMES DE LA FLORE BLEUE

Il existe une série de micro-organismes dont les caractères sont tout à fait trompeurs et sont parfois une cause d'erreur.

Plusieurs se présentent aussi sous la forme d'un haricot mais ils sont ou plus petits ou plus gros; beaucoup

sont des microcoques, donc, généralement seuls et non associés en deux éléments.

La culture ici est d'un gros secours car le gonocoque ne cultive que sur des milieux spéciaux tandis que plusieurs micro-organismes de la flore bleue cultivent sur gelose maltosée et peuvent se différencier ainsi du microbe de Neisser. Les deux principaux sont le staphylococcus et le diplococcus de Rousseau.

Nous voulons donner une mention toute spéciale à ce dernier que l'on prend souvent pour le gonocoque.

Le diplococcus fallax.

Rousseau l'a trouvé dans les écoulements blennorragiques et en raison de la parenté morphologique qui le rapproche de la bactérie de Neisser, dont la différence de forme peut tromper un observateur superficiel, en a décrit les caractères biochimiques.

Le diplococcus fallax se rencontre dans le pus de la blennorragie aiguë à côté du gonocoque.

On le retrouve dans les écoulements de pus de blennorragie soit tout seul, et c'est le cas le plus fréquent, soit associé au gonocoque qui est alors beaucoup moins abondant et pourrait lui céder la place. Il semble être l'agent « continueur » de l'urétrite chronique. On le trouve également dans la vulvo-vaginite des petites filles et dans le pus des ophtalmies purulentes.

Sa forme la plus fréquente est celle d'un diplocoque à éléments réniformes légèrement encapsulés en amas extra ou intra-leucocytaires.

On rencontre aussi des tétrades, qui montrent que les cloisonnements se font alternativement dans les deux directions. Les formes en « chaînettes » qu'on observe dans les cultures riches sont l'exception.

La méthode de coloration est la suivante :

Les solutions de Loeffler et de Kuhne, au bleu de méthylène, donnent des résultats médiocres. Les colorants de choix sont le bleu Borrel et les solutions phéniquées de safranine et de brun Bismarck.

La coloration par la méthode Gram est irrégulière, détail très important. *Il ne prend en effet le Gram que lorsque la préparation vient d'une culture.* Cette particularité explique la confusion si facile de cette bactérie avec le gonocoque lorsqu'on se borne à invoquer pour diagnostic, entre les deux, le simple examen microscopique au bleu.

Sa culture est le vrai moyen de diagnostic.

Les cultures de *diplococcus fallax* « s'obtiennent très facilement ».

Le microbe se développe sur tous les milieux usuels lorsqu'ils contiennent une proportion convenable de 2 % de peptone et de 1% d'hydrate de carbone.

Cette propriété le distingue déjà du gonocoque, dont les exigences de culture sont beaucoup plus étendues. La distinction s'accroît encore par l'observation des colonies sur milieux solides. Ces zooglyphes sont toujours opaques, avec un aspect cireux ou laiteux, suivant les milieux; elles n'ont jamais la transparence des colonies gonococciques; la gélatine n'est pas liquéfiée.

Parmi les phénomènes chimiques que provoque le développement du diplocoque de Rousseau, il faut surtout retenir l'attaque des sucres, aboutissant à la formation de l'acide lactique. La bactérie supporte ainsi une acidité correspondant à un deux-millième d'acide lactique officinal.

Cette propriété est précieuse pour séparer notre diplocoque du microbe de Neisser ou de toute autre bactérie sensible aux acides.

Pratiquement, Rousseau obtint d'emblée cette séparation par l'emploi d'une simple solution de peptone (2%) de saccharose, maltose ou lactose (2%), acidifiée à 1 gramme d'acide lactique officinal pour 4.000 grammes de liquide.

Le diplococcus fallax est un anaérobie facultatif. Il se développe entre 20° et 41°. L'optimum est à 37°.

La résistance de cette bactérie aux antiseptiques varie avec la réaction. En milieu acide, elle peut supporter des doses relativement élevées de sels de mercure, de zinc, de fer ou de combinaisons organo-métalliques d'argent. Aussi l'emploi thérapeutique de ces substances dans le traitement de l'urétrite à fallax est-il en général efficace, en raison du peu de tolérance des muqueuses pour les solutions fortes.

Le diplocoque est au contraire facilement détruit par les « solutions alcalines », mieux tolérées elles-mêmes par les muqueuses. On en pourrait déduire des applications pratiques importantes.

Inoculation. — Les essais aux cobayes n'ont pas abouti à des résultats probants en ce qui concerne l'infection urétrale de ces animaux comparée à celle de l'homme. Il peut toutefois s'implanter dans leur appareil génital, mais sans produire de lésions notables; il manifeste les propriétés d'un pyogène banal et peu tenace.

Il en est tout autrement chez l'homme, où il se révèle l'agent des urétrites rebelles.

Il était important de le signaler et de le bien connaître puisqu'il peut être l'agent infectieux de certaines gouttes interminables.

Autres micro-organismes de la flore bleue.

- Les staphylocoques (coccus ronds);
- Les entérocoques (coccus ovales);
- Les pseudo-diptériques (bâtonnets);
- Les bacilles de Clado (genre leptotrix);
- Les proteus (gros bacilles);
- Les mycoses et les levures.

Le tétragène a été signalé dans une observation du D^r Burnier.

Le rôle du gonocoque et celui de ses associés.

La question de la monospécificité du gonocoque.

Il nous semble qu'en laissant au micro-organisme de Neisser la place à laquelle il a droit, il n'est pas possible de passer sous silence les opinions émises sur sa monospécificité dans la blennorragie : c'est là une question de toute première importance qu'il importe d'exposer. Le gonocoque est-il le microbe « spécifique » de la blennorragie? Doit-on exclusivement ou même principalement tenir compte de lui dans cette affection? Jusqu'à présent, le dogme de la spécificité du gonocoque de Neisser était absolument classique, et notre génération a vécu sur cette donnée qui semblait véritablement intangible. Depuis quelques années, ce dogme subit des atteintes et des brèches sérieuses. C'est ainsi que l'on admet de plus en plus qu'il n'y a pas *un*, mais *des* gonocoques, qu'on peut en observer plusieurs variétés ou espèces différentes, de virulence fort variable, et parfois fort atténuée, qui expliquent les allures fort différentes de la maladie, depuis les cas absolument bénins, à écoulement minime jusqu'aux infections graves, à localisations multiples,

donnant l'impression bien plus d'une maladie générale que d'une maladie locale.

D'autres vont encore plus loin. Ils affirment que le gonocoque, le microbe important du début de la blennorrhagie, et qui paraît même parfois le seul en cause, parce qu'il absorbe à lui seul au début toutes les ressources de défense de l'organisme, n'est pas le seul à devoir retenir l'attention à beaucoup près; les microbes « associés » ou « secondaires » jouent un rôle considérable dans l'évolution de la blennorrhagie, presque un rôle égal à celui du gonocoque, surtout à partir de la deuxième ou troisième semaine, et parmi ces microbes associés ou secondaires, nous retenons principalement *le staphylocoque* en première ligne, puis l'entérocoque, toutes les variétés de diplocoques, le bacille pseudo-diphthérique qu'on rencontre plus rarement à l'examen direct, mais très fréquemment dans les cultures.

Stérian, de Bucarest, dans un article récent paru dans le *Journal d'Urologie*, écrit : « Les méfaits de la blennorrhagie : cystite, prostatite, épидидymite, arthrite, complications les plus habituelles, ne sont que bien rarement fonction du gonocoque pur, mais bien plutôt de ce qu'on appelle « microbes associés » en spécifiant volontiers le staphylocoque. »

Un premier argument se dresse alors contre la monospécificité du gonocoque : l'association avec lui, dans l'écoulement, du staphylocoque, constatée et se retrouvant presque constamment au début des cultures, où ce microbe demeure le compagnon difficilement séparable du gonocoque.

Ces micro-organismes toujours virulents, plus armés que le gonocoque, diffusant leurs toxines, continuent leur pullulation profonde, exerçant leurs actions pathogènes d'autant mieux que toute la lutte phagocytaire

se concentre sur celui-ci. C'est la période des complications générales ou locales, dans lesquelles le gonocoque se rencontre parfois, toujours peu abondant, mais qui relèvent surtout des associés et presque toujours du staphylocoque.

Lavenant, dans le même journal, a montré l'importance et la fréquence de l'entérocoque dans les urétrites chroniques.

Cette discussion sur la monospécificité du gonocoque, nous la retrouverons à l'occasion de la vaccinothérapie et de la sérothérapie.

Tous les ardents défenseurs de la méthode ont cherché dans la nécessité d'un vaccin polyvalent l'explication de leurs insuccès avec le vaccin gonococcique. Quoi qu'il en soit, il me semble que s'il existe indiscutablement des infections urétrales non gonococciques (thèse de Barbellion, 1894), s'il est encore exact que ces infections peuvent être graves dans certains cas, si les infections secondaires à l'urétrite gonococcique provoquent des complications sérieuses et laissent des séquelles souvent persistantes, il ne faudrait pas cependant y attacher une importance telle que nous en arrivions à mépriser le gonocoque, à oublier que ce microbe, même, et je dirai surtout, dans les états chroniques ou latents, est l'agent type des contaminations conjugales ou autres et de leurs conséquences les plus redoutables!

L'urétrite à gonocoques, d'après certains auteurs, évoluerait toujours de la même façon : après une période aiguë d'une quinzaine de jours le gonocoque céderait complètement la place aux microbes secondaires. Or, nous avons tous pu suivre avec le microscope des urétrites à gonocoques qui sont restées monomicrobiennes jusqu'à la fin.

Les urétrites chroniques où le gonocoque prédomine

ne sont pas rares. Quant aux urétrites aux microbes associés, elles sont très fréquentes mais peu contagieuses.

Vouloir assigner au gonocoque un rôle passager dans l'urétrite blennorragique me semble excessif.

Ce qui est certain, c'est qu'il a un rôle prépondérant à la période aiguë qui dure environ de huit à quinze jours. Il faut reconnaître aussi que souvent dans la longue période chronique qui fait le désespoir des malades et du médecin, le gonocoque ne joue plus qu'un rôle secondaire, alors que les microbes associés prennent la première place. Dans ces cas-là ce n'est donc plus au gonocoque seulement qu'il faut s'adresser, mais surtout aux « associés ». De plus dans les complications blennorragiques, ce sont presque toujours ces mêmes « associés » qu'on retrouve, rarement le gonocoque; et même dans les localisations glandulaires de la blennorragie, les plus fréquentes et les plus rebelles, ce sont encore « les associés » qui tiennent la première place.

CONCLUSION

Pour résumer cette étude sur la microbiologie des écoulements et apporter une certaine clarté dans les résultats un peu confus des examens microscopiques, voici à notre avis comment on peut les interpréter à la période terminale de la maladie, lorsque se pose la question de la guérison.

Nous connaissons maintenant la « bande noire » des microbes de l'exsudat urétral.

Nous venons de voir la richesse de cette flore microbienne, elle se combine de façon diverse aux différentes périodes d'évolution de la maladie, mais il est possible de dégager une formule qui permettra au praticien de s'y reconnaître plus aisément.

Quatre éléments peuvent se voir sur une préparation microscopique, ce sont, par rang d'importance :

- 1° Le gonocoque;
- 2° Les diplocoques ou les faux gonocoques;
- 3° Les globules de pus ou leucocytes polynucléaires;
- 4° Les cellules épithéliales.

Les associations variées de ces quatre éléments nous ont permis de dresser un tableau synoptique comprenant *trois catégories et sept groupes* :

Tableau des éléments figurés sur une préparation et ramenés à trois catégories.

1 ^{re} catégorie (avec Gono)	} 1 ^{er} groupe	}	Gono intra et extra-cellulaires.
			Diplo nombreux prenant le Gram.
			Poly abondants. C. E. nombreuses.
2 ^e catégorie (avec microbes autres que le Gono)	} 2 ^e groupe	}	Gono extra et rares.
			Gono rares et déformés.
			C. E. nombreuses.
3 ^e catégorie (gouttes amicrobiennes)	} 4 ^e groupe	}	Diplo abondants prenant le Gram.
			Poly nombreux.
			5 ^e groupe
	} 6 ^e groupe	}	C. E. nombreuses.
			Poly abondants.
	} 7 ^e groupe		C. E. nombreuses.

Nous verrons au chapitre des « rapports de la blennorragie avec le mariage », en cherchant la formule de guérison précise, nette, indispensable pour le médecin, l'im-

portance que l'on doit attacher « à la plus ou moins grande abondance des polynucléaires ». Il faut savoir que « dans tout filament », même dans le filament muqueux qu'entraîne au réveil le premier jet d'urine chez quelqu'un n'ayant aucun passé urétral, il y a parfois quelques globules blancs polynucléaires, mais *s'il y en a beaucoup* on a tout lieu de supposer une infection encore en activité, et au point de vue du mariage et de la contagion possible, nous avons coutume dans ces cas de suspendre notre autorisation. « La vraie formule de guérison est donc le *septième groupe* de la troisième catégorie », à condition toutefois qu'il soit constaté dans le prélèvement d'élection, celui que l'on obtient par expulsion, c'est-à-dire le sperme (Voir le chapitre de la Spermoculture).

CHAPITRE III

LA LECTURE DU VERRE D'URINE MATINALE

Savoir regarder le verre d'urine et la goutte au microscope, c'est lire le présent et l'avenir d'un urètre.

LA LECTURE DU VERRE D'URINE

- 1° L'épreuve des trois verres.
- 2° La miction naturelle et la miction après réplétion de la vessie (ce que sont les épreuves révélatrices).
- 3° L'étude des filaments dans l'urine pour le diagnostic de la blennorrhagie.
- 4° L'aspect macroscopique des deux verres.
- 5° L'aspect microscopique de la goutte et des filaments. Formule ramenée à trois catégories et à sept groupes.
- 6° Ce qu'on trouve dans le culot du verre. Les produits recueillis dans le verre d'urine par décantation, comprenant : a) les microbes ; b) les cellules ; c) les cristaux ; d) les granulations ; e) les globules blancs et rouges.

La lecture du verre d'urine matinale est le moyen pratique de *suivre une blennorrhagie*. Dans un service hospitalier de centaines de lits d'urétrites, comme fut le nôtre pendant la guerre, les malades venaient chaque matin uriner dans un verre et la lecture de ces verres d'urine constituait pour nous le moyen de suivre l'évolution de ces urétrites pas à pas.

En effet, l'interprétation des divers éléments que l'on peut apercevoir dans l'urine, l'aspect lui-même de l'urine au moment exact de son émission sont les caractéristiques de l'évolution d'une blennorrhagie.

Pratiquement, il faut conseiller au malade en traitement de ne pas avoir uriné depuis un certain temps. L'intervalle classique exigé entre deux mictions est de *sept heures* pour que le verre d'urine donne des rensei-

gnements utiles. Il résulte de cette pratique que toutes les sécrétions purulentes se trouvent ainsi accumulées dans le canal, que le premier jet d'urine matinal va balayer tout ce contenu urétral, et qu'au milieu d'une urine claire ou trouble va apparaître une série de filaments à caractères spéciaux, qui sont en somme les signes distinctifs de la « lecture » du verre d'urine.

Il n'est pas toujours facile de faire garder au malade son urine de la veille. Nous conseillons, pour arriver à ce but, de le faire uriner pour la dernière fois à une heure très tardive de la soirée (11 heures ou minuit, par exemple). Il aura été soumis les jours précédents ou la veille aux épreuves dites « révélatrices » que nous étudierons plus loin, c'est-à-dire qu'il aura pris pendant la journée précédente tous les liquides susceptibles de mettre en valeur son écoulement urétral; il aura fait ce qu'il fallait pour favoriser la sécrétion urétrale au maximum. Il aura bu un peu d'alcool au dernier repas du soir, et son urine du lendemain matin se trouvera donc, de ce fait, être l'expression plus exacte de l'état de son urètre (Voir les épreuves révélatrices).

On conseillera au malade de ne prendre au réveil, ni café, ni boisson diurétique quelconque, pour éviter qu'il soit soumis à un besoin impérieux d'uriner qui précipiterait la miction matinale et compromettrait la lecture du verre.

L'épreuve des verres.

On a coutume de faire uriner le malade dans trois verres successivement : le premier verre représentant les produits de balayage de l'urètre antérieur sous le jet de la miction; le deuxième verre exprime plutôt l'urètre postérieur, soit l'état du canal en amont de l'urètre membra-

neux; le troisième verre devrait exprimer les lésions vésicales.

Dans la pratique, on se borne à l'épreuve des deux verres, réduction de l'épreuve classique des trois verres.

Évidemment, si l'on ne voulait pas avoir l'image de l'urètre antérieur et avoir seulement dans les deux verres le reflet de l'urètre postérieur et du contenu vésical, il faudrait, ou bien faire un lavage aseptique soigneux de l'urètre antérieur et faire ensuite uriner le malade, ou encore, comme l'ont conseillé certains auteurs allemands, faire une injection de bleu dans l'urètre antérieur pour colorer les filaments. On aurait ainsi les filaments de l'urètre antérieur colorés en bleu et ceux de l'urètre postérieur ne seraient pas colorés..., mais c'est là une méthode toute théorique, et dans la pratique il est important de simplifier, surtout quand il s'agit d'un service chargé dont on veut un rendement rapide et intensif.

Dans notre service, pour faciliter les rapides examens, nous nous servons d'un chevalet (fig. 8) sur lequel le malade dépose ses deux verres d'urine au moment immédiat de la miction. Il faut tenir compte évidemment de la décomposition rapide d'une urine en puissance de fermentation, et pour lire dans un verre d'urine, il faut le regarder au moment immédiat de son expulsion, c'est-à-dire avant qu'aucun filament ou autre produit véhiculé par l'urine ne gagne le fond du verre sous l'influence de la centrifugation spontanée, qui se produit.

Pratiquement, on se servira donc de *deux verres* seulement. Le premier, résultat du balayage de la totalité du canal de l'urètre par le jet d'urine, nous montre les filaments urétraux détachés de la muqueuse.

Le deuxième verre exprime, lui, le contenu de la vessie, mais comme l'urètre postérieur a un peu la forme d'un entonnoir dirigé vers la vessie, il en résulte que les pro-

duits de sécrétion de l'urètre postérieur pouvant retomber dans la vessie, la lecture du deuxième verre renseigne à la fois sur l'état de l'urètre postérieur et aussi sur le contenu vésical. L'examen des deux verres d'urine nous donne donc trois renseignements importants :

- 1° L'état de l'urètre antérieur;
- 2° L'état de l'urètre postérieur;
- 3° L'état de la vessie.

En somme, le verre d'urine renferme des éléments de diagnostic de la plus haute importance, mais il faut savoir les interpréter.

On peut « lire » dans un verre d'urine en l'examinant tel qu'il se présente à l'émission; on le « lit » encore mieux en soumettant à l'examen microscopique les éléments qu'il renferme.

Voici une division qui facilite la compréhension de la question.

On peut diviser cette étude en deux parties : l'étude clinique ou macroscopique et l'étude microscopique.

L'étude macroscopique ou clinique comprend elle-même deux catégories différentes de verres à examiner :

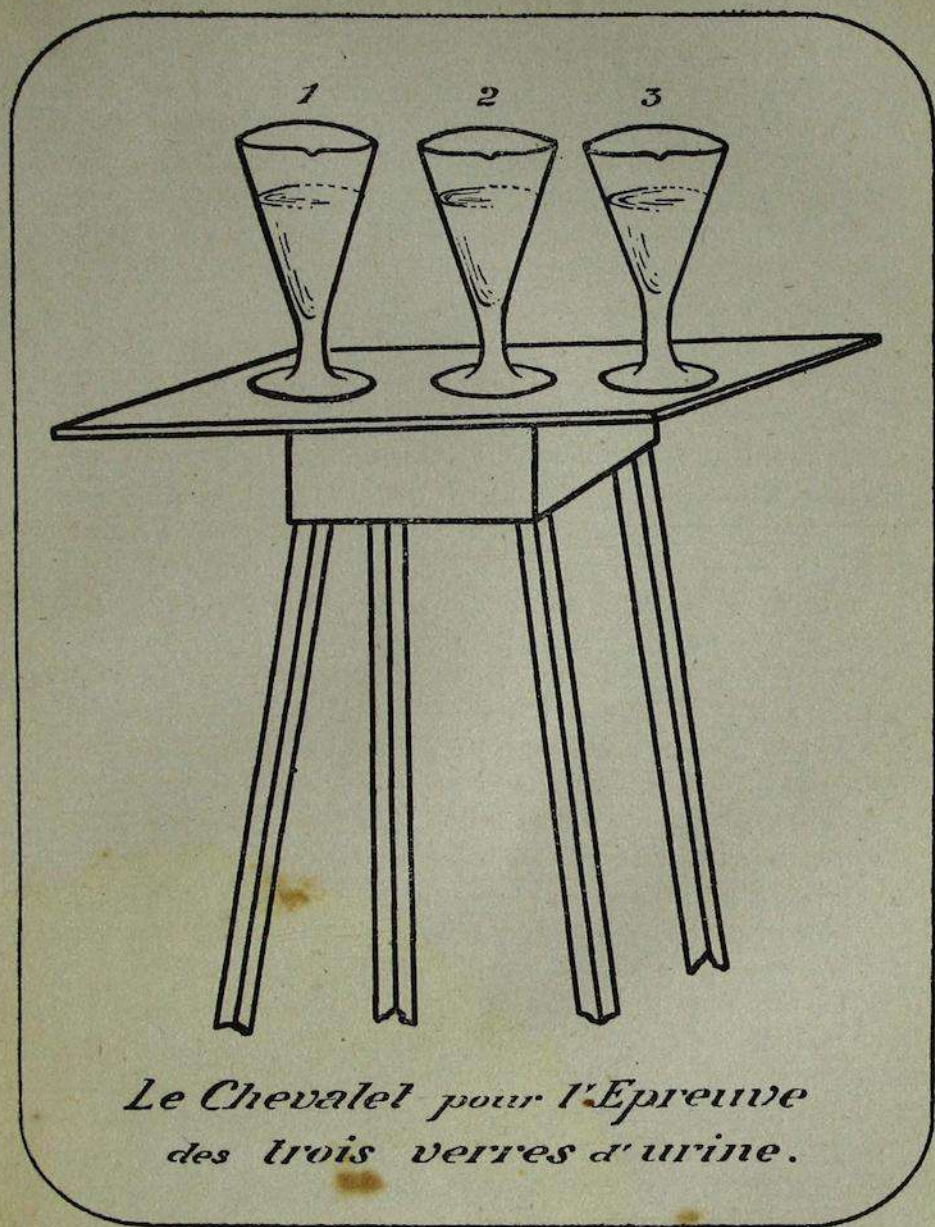
- 1° *Le verre émis par miction naturelle spontanée* (première catégorie de filaments urétraux);
- 2° *Le verre obtenu par miction après réplétion vésicale et massage glandulaire préalable* (autres catégories de filaments glandulaires).

L'étude microscopique comprend :

- 1° *L'examen microscopique des filaments et leur culture;*
- 2° *L'examen et la culture du culot du verre d'urine centrifugée.* C'est en somme l'examen du sédiment « urinaire ».

L'étude du verre d'urine dans son ensemble se divise donc en trois parties :

- 1° Le verre d'urine de la miction naturelle;
- 2° Le verre d'urine de la miction artificielle ou provoquée;



*Le Chevalet pour l'Épreuve
des trois verres d'urine.*

FIGURE 8

3^o Le verre d'urine décantée ou centrifugée.

Nous allons voir quelle interprétation on doit donner à ces constatations.

Étude macroscopique ou clinique du verre d'urine.

1^o La miction naturelle.

On a beaucoup exagéré les caractères distinctifs et macroscopiques des divers filaments contenus dans un verre d'urine. Nous pensons qu'il est inutile de s'hypnotiser sur les aspects macroscopiques des filaments du verre d'urine matinale, cette différenciation macroscopique étant extrêmement théorique.

Nous aurons volontiers recours dans leur description aux termes très heureux dont se sont servis certains auteurs pour caractériser leur aspect. C'est ainsi que certains les comparent « au vol des alouettes » (Lebreton); d'autres les désignent sous le nom de « filaments neigeux »; d'autres, « filaments en virgule », etc. En réalité, pour simplifier, on peut dire qu'il y a deux grandes catégories de filaments : les *filaments légers* et les *filaments lourds*.

1^o *Les filaments légers*. — Ce sont ceux qui sont formés surtout des débris de la muqueuse épithéliale, véritable desquamation qui se produit sous l'influence d'une irritation répétée du canal, due parfois aux longs traitements institués. Ce sont ces filaments qu'il faut considérer comme quantité négligeable dans le diagnostic d'une urétrite par le verre d'urine, si ce n'est pour en conclure que le canal urétral a été parfois *beaucoup trop* traité et qu'il en est arrivé à cette période où il se défend contre les injections fréquentes et irritantes. Ce qui caractérise dans l'urine la présence des filaments légers et ne gagnant

pas le fond du verre, c'est qu'ils sont constitués, lorsqu'on les examine au microscope, uniquement par des cellules épithéliales abondantes. C'est donc là une des formes de l'action de défense de la muqueuse contre des traitements intempestifs et beaucoup trop longtemps prolongés.

2° *Les filaments lourds*. — A côté de ces filaments légers exprimant simplement la desquamation de la muqueuse épithéliale, il y a toute une catégorie de filaments dont la signification, elle, est au contraire très importante et qui sont les *vrais filaments lourds purulents*, renseignant très mal, disons-le, par leur forme, sur la localisation exacte de la glande dont ils émanent, mais qui, d'une façon générale, sont tous des filaments « de pus ».

La division devient ainsi plus précise : en *filaments légers*, ne gagnant pas le fond du verre (filaments de desquamation, filaments de traitements intempestifs, urètres trop lavés), et en *filaments lourds*, filaments purulents, de formes variées et imprécises, selon le moule glandulaire qui leur a donné naissance, comme les filaments en virgule, en vol d'alouette, etc., provenant des multiples glandes urétrales réparties sur tout le trajet de l'urètre. Les filaments prostatiques sont tous très lourds et gagnent rapidement le fond du verre; lorsqu'ils sont longs et volumineux, ils sortent des vésicules séminales et sont alors de véritables moules vésiculaires. Leur interprétation devient ainsi beaucoup plus précise et la division beaucoup plus nette.

3° *Les flocons muqueux*. — Ce sont les flocons du premier verre que l'on constate dans les premières heures d'une urétrite et qui commandent le traitement abortif.

Nous verrons plus loin, au chapitre *Comment on guérit en quinze jours*, l'étude de ce traitement et combien il est important d'examiner de bonne heure les deux verres d'urine pour en conclure si le traitement peut être tenté

avec succès. En effet, la présence de deux verres absolument troubles implique une suppuration de l'urètre antérieur et de l'urètre postérieur, équivalant à une propagation rapide de l'infection gonococcique aux deux urètres, contre laquelle le traitement abortif se trouve évidemment désarmé, d'où la formule :

Les deux verres d'urine trouble sont une condition défavorable au traitement abortif (Voir les neuf conditions requises pour tenter le traitement abortif).

Formules schématiques de l'examen des verres.

Étude clinique ou macroscopique.	Miction naturelle	1 ^o { 1 ^{er} verre trouble (flocons muqueux). 2 ^o verre clair. } Traitement abortif possible.
		2 ^o { 1 ^{er} verre trouble purulent. 2 ^o verre trouble purulent. } Urétrite aiguë muqueuse.
		3 ^o { 1 ^{er} verre clair avec filaments (en virgules, en vol d'alouette, en U, etc., etc.). 2 ^o verre clair. } Urétrite antérieure glandulaire avec chance de gonocoque.
		4 ^o { 1 ^{er} verre clair avec filaments lourds. 2 ^o verre clair avec filaments lourds. } Urétrite glandulaire antérieure et postérieure.
		6 ^o { 1 ^{er} verre trouble purulent. 2 ^o verre trouble purulent. 3 ^o verre trouble purulent. } Uréthro-cystite.
Étude microscopique.	Miction artificielle après 2 massages successifs (méthode révélatrice).	1 ^{er} verre. Filaments urétraux (1 ^{er} massage). 2 ^o verre. Filaments prostatiques et filaments vésiculaires (moulés) (2 ^o massage).
	Le filament	{ (Voir chapitre de l'Examen de la goutte.) } Sa culture. 1 ^o Microbes (vrais gonos ou faux gonos). 2 ^o Cellules diverses. 3 ^o Cristaux. 4 ^o Granulations. 5 ^o Globules blancs. 6 ^o Globules rouges.
	Miction décan-tée	

Nous donnons ici un tableau, schématique en quelque sorte, des diverses combinaisons que peuvent présenter les verres d'urine.

Il est évident qu'à côté de ces combinaisons typiques, d'autres peuvent se présenter moins nettes et participant des unes et des autres.

L'examen des cas se rapportant à ce tableau donnera une déduction d'ordre « diagnostic ».

Formules schématiques de l'examen des verres.

Première hypothèse. — Premier verre trouble (flocons muqueux); deuxième verre clair.

Supposons un premier verre d'urine avec flocons muqueux et absence de véritables filaments, et un deuxième verre d'urine tout à fait claire. On en conclura une congestion superficielle de la muqueuse provoquant la présence de ces flocons légers et muqueux, sans extension de l'urétrite à l'urètre postérieur; pronostic bénin (urétrite antérieure muqueuse, banale et bénigne).

La présence de flocons muqueux exclusivement localisés au premier verre permettra de conclure immédiatement à la possibilité de l'application du traitement abortif et à la guérison possible en quinze jours.

Deuxième hypothèse. — Premier verre trouble purulent; deuxième verre trouble purulent.

Si on a affaire à deux verres d'urine très chargés l'un et l'autre de filaments lourds gagnant rapidement le fond du verre, c'est encore une urétrite muqueuse, mais plus grave que la précédente en raison de l'extension à l'urètre postérieur.

Troisième hypothèse. — Premier verre clair avec filaments (en virgules, en vol d'alouette, en U, etc.); deuxième verre clair.

Lorsqu'on constate dans le premier seulement les petits filaments très courts, en « vol d'alouette », et très abondants, indiquant une lésion déjà un peu plus profonde de la muqueuse urétrale, et exprimant le contenu glandulaire de la partie sous-muqueuse de l'urètre antérieur, avec le deuxième verre clair, il s'agit alors d'une urétrite glandulaire antérieure.

Quatrième hypothèse. — Premier verre clair avec filaments lourds; deuxième verre clair avec filaments lourds.

Si les deux verres présentent des filaments analogues, ce sont là les signes d'une urétrite glandulaire antérieure et postérieure ancienne mais toujours en évolution et permettant de porter le diagnostic d'une urétrite qui est à la période de chronicité. Ce sont là les filaments des vieilles « littrites » et des uréthro-prostatites.

Cinquième hypothèse. — Premier verre clair avec gros filaments moulés et volumineux; deuxième verre clair avec gros filaments moulés et volumineux.

Si ces filaments n'existaient que dans le premier verre, à l'exclusion absolue du second, on pourrait penser que la portion prostatique urétrale est indemne; mais un examen complémentaire après le massage prostatique, suivi d'un examen du liquide vésical expulsé collectant l'excrétion prostatique, nous renseigne sur la localisation exacte de cette variété de filaments lourds.

Il s'agit d'une urétrite avec prostatite.

Sixième hypothèse. — Premier verre trouble purulent; deuxième verre trouble purulent; troisième verre trouble purulent.

L'urètre et la vessie sont infectés. C'est l'uréthro-cystite.

Nous arrivons aux méthodes d'exploration, à l'examen du verre d'urine de la miction provoquée.

2° *La miction provoquée.**Le verre d'urine de la miction artificielle ou provoquée.*

Il arrive souvent que l'urine expulsée par la miction naturelle ne donne pas tous les renseignements qu'on lui demande. Il faut agir artificiellement; *il faut remplir la vessie de liquide d'abord et masser ensuite.* On fait sortir par le *massage* les suppurations, qui se révèlent dans le verre par la miction. C'est la méthode révélatrice des filaments.

Pour faire un examen tout à fait complet, il faut donc faire uriner le malade dans deux verres, à condition, préalablement, de remplir sa vessie de liquide (l'eau bouillie, par exemple), puis exprimer par massages :

Le contenu urétral à l'aide d'une bougie;

Le contenu prostatique par un massage savamment dirigé.

On examinera au microscope les divers « sécréta » véhiculés dans le liquide de balayage. C'est la deuxième partie de notre étude.

Étude microscopique du verre d'urine.

Cet examen va révéler quelquefois le gonocoque caché jusque-là et soustrait aux précédentes recherches. Il permet parfois de constater la présence de différentes colonies microbiennes, qui ont une signification et une importance considérable. Dans les histoires de blennorragies très anciennes et rebelles, on peut, en effet, constater du gonocoque dans l'écrasement sur la platine du microscope des filaments expulsés par la simple miction, mais on peut surtout en trouver dans les filaments expulsés

par miction provoquée. Ce sont alors les cas les plus rebelles d'urétrites gonococciques postérieures, anciennes, qui n'ont jamais été complètement guéries parce qu'on ne s'est jamais occupé de faire sortir le microbe tapi au fond des culs-de-sac glandulaires. C'est là d'ailleurs tout le succès du massage de l'urètre méthodique, qui ne laisse aucune glande à l'abri du traitement et ne permet pas au gonocoque de rester embusqué et d'échapper ainsi au traitement intensif. On pourra constater, comme nous l'avons dit au chapitre de l'*Examen de la goutte*, dans l'étude bactériologique de la goutte urétrale, soit la présence de diplocoques, soit la présence d'autres microbes.

1° L'étude du filament.

Nous renvoyons pour cette étude complète au chapitre de l'*Examen de la goutte*, où elle est très détaillée, traitant à la fois de l'examen microscopique et de la culture du filament. Nous rappelons qu'il y a quatre sortes de filaments :

- Les urétraux (1^{re} catégorie), dans la miction naturelle;
- Les urétraux (2^e catégorie), dans la miction provoquée;
- Les prostatiques, dans la miction provoquée;
- Les vésiculaires, dans la miction provoquée.

2° L'urine décantée et centrifugée.

Cette étude, en réalité, n'appartient pas à proprement parler à l'urétrite blennorragique.

Nous la plaçons ici parce qu'elle peut être utilisée pour la recherche du gonocoque et qu'on peut être amené à rechercher le microbe de Neisser dans un sédiment urinaire.

Il faut donc connaître les éléments que l'on rencontre parfois à côté de lui dans ce sédiment.

L'examen d'une urine centrifugée et décantée est à la fois bactériologique et cytologique. Il doit être pratiqué quelquefois après centrifugation si la « décantation » ne suffit pas, mais souvent la centrifugation est trop brutale. Il y a dans un culot de verre d'urine des éléments si fragiles qu'il vaut toujours mieux se contenter si possible de la simple décantation. Dans tous les cas, cette centrifugation sera faite *avec douceur*. On se servira pour cela du centrifugeur ordinaire, puis, soumettant à la coloration le culot du verre centrifugé, on arrivera ainsi à pouvoir, par l'examen au microscope du sédiment urinaire, porter un diagnostic très complet :

Sur les *microbes centrifugés* (gonocoques ou autres diplocoques);

Sur la variété de *cellules* émanant soit du rein, soit de l'uretère, soit de la vessie, soit de l'urètre;

Sur la *présence de globules de pus* qui sont des mononucléaires, des polynucléaires ou bien des éosinophiles.

La décantation ou la centrifugation d'une urine fraîche ayant donné un *sédiment* urinaire : on constate après coloration qu'il peut renfermer des éléments figurés importants qui sont au nombre de six :

1° Les *microbes* : smegma, bacilles de Pétri-Robinovitch, de Koch, colibacille, diplococcus ureæ, gonocoques et faux gonocoques;

2° Des *cellules* d'aspects divers venant de l'urètre, de la vessie (trois variétés) et aussi de l'uretère et du rein (cylindres);

3° Des *cristaux* (acide urique, carbonate de chaux très insoluble);

4° Des *granulations* ;

5° Des *globules blancs* ;

6° Des *globules rouges*.

TECHNIQUE DE L'EXAMEN DU CULOT DU VERRE D'URINE CENTRIFUGÉE. — L'urine sera recueillie dans un verre stérile (une centaine de grammes environ). On centrifugera très doucement. On prendra une goutte du sédiment, qu'on étendra sur des lames à l'aide d'une petite pipette de verre. On laissera sécher à l'air sans chauffer. On colorera à l'aide d'un peu de bleu de méthylène ou à l'éosine, et on préparera ainsi quelques lames semblables.

1° Les microbes. — Pour dépister les microbes dans le culot de centrifugation d'un verre d'urine, il faut toujours opérer sur un verre d'urine *fraîchement émise*, c'est-à-dire qu'il faut avant de procéder à cette recherche faire uriner le malade devant soi.

A ce propos, nous nous rappelons l'histoire d'une sage-femme, épouse âgée d'un mari très jeune et que hantait le démon pernicieux de la jalousie.

Elle vint nous apporter un jour dans un bocal l'urine de l'infidèle.

Elle avait entendu dire que l'examen au microscope du sédiment urinaire permettait de déceler la présence du gonocoque et avait eu l'idée de nous faire rechercher dans cette urine recueillie clandestinement la double preuve de la trahison de son époux et de sa contamination blennorragique.

L'urine qui avait séjourné dans le vase avait fermenté; aucune recherche n'était possible. Nous eûmes le regret de désillusionner cette pauvre femme sur ce qu'on pouvait lire « dans un bocal d'urine fermentée ». Nos efforts pour la rassurer furent vains. « Avec un mari jeune, à mon âge, déclara-t-elle en nous quittant, on ne peut

compter sur « rien » mais par contre, on peut s'attendre à tout! »

On peut trouver une flore extrêmement nombreuse dans l'urine.

Deux cas peuvent se présenter : 1° il y a beaucoup de microbes; 2° il y en a peu ou pas.

S'il y a beaucoup de microbes, ce sont ceux de la cystite banale; la vessie est infectée. On trouvera difficilement le gonocoque au milieu de cette flore abondante.

S'il n'y a que très peu ou pas de microbes, si on ne trouve aucun gono ou faux gono, c'est une indication qui pourrait faire pencher vers une lésion haute. On trouvera parfois un diplocoque banal, le *diplococcus ureae*.

Nous n'avons pas à faire ici le détail de la recherche du bacille de Koch, coïncidant généralement avec une lésion haute de l'arbre urinaire, ce chapitre ne devant traiter que de l'étude du contenu du verre d'urine par rapport à la blennorragie.

2° Les cellules. — Elles sont plus ou moins abîmées ou plus ou moins déformées, surtout si l'urine n'est pas tout à fait fraîche. *Il faut se garder aussi de chauffer la préparation.* On pourra voir différentes cellules qui correspondent à tous les étages de l'arbre urinaire (rein, bassin, uretère, vessie, urètre). Il faut penser à leurs caractères propres et individuels, basés sur la variété d'épithéliums de ces différents organes, pour les différencier.

A. CELLULE DU REIN. — La présence de cylindres indique toujours une lésion rénale. Ces cellules sont en effet cylindriques.

Les cylindres. — Si l'on constate la présence de cylindres, c'est qu'ils viennent des tubes urinifères du rein. Ils sont faits de substance hyaline plaquée de cellules. Le cylindre est parfois si fragile qu'il vaut mieux, nous l'a-

vons dit, obtenir une simple décantation plutôt que de recourir à la centrifugation trop brutale. Il existe trois variétés de cylindres :

1° Les cylindres muqueux ou pseudo-cylindres. En réalité, ces cylindres muqueux n'en sont pas. Ils se précipitent lorsque la fibrine entraîne des leucocytes et des hématies. On les a appelés encore cylindres hématiques leucocytaires; ce sont en réalité des pseudo-cylindres;

2° Les cylindres hyalins, formés de substance hyaline, plaquée de cellules;

3° Les cylindres granuleux.

Cette étude des cylindres doit être réservée pour l'étude des lésions du rein.

B. URETÈRE. — Très différentes des cellules de l'urètre, les cellules sont petites avec un gros noyau ou deux noyaux (caractéristique des cellules de l'uretère).

C. VESSIE. — Cellules superficielles (fig. 9). Cellules « raquette » correspondant à la couche moyenne (fig. 9). Cellules profondes (fig. 9).

D. URÈTRE. — Les cellules de l'urètre sont souvent difficiles à différencier des cellules de la vessie (surtout des cellules du col vésical), qui ressemblent beaucoup à ces dernières avec la terminaison de leurs cellules en pointe.

3° Les cristaux. — Ces cristaux sont des cristaux d'acide urique ayant la forme de « petits tonneaux » un peu jaunes, quand ils sont colorés par le bleu de méthylène.

4° Les granulations.

5° Les globules blancs. — Ils sont plus ou moins déformés. S'il y a beaucoup de leucocytes, c'est *signe qu'il y a infection*; s'il y a beaucoup de polynucléaires, c'est

signe qu'il y a des *microphages*. Normalement, on peut voir dans une urine un ou deux leucocytes; leur présence en abondance est anormale : c'est un signe de purulence. Par contre, normalement, on ne doit jamais voir d'hématies.

6° Les hématies. — Si on veut faire le diagnostic d'origine le moyen est simple, il suffira de prendre l'urine dans

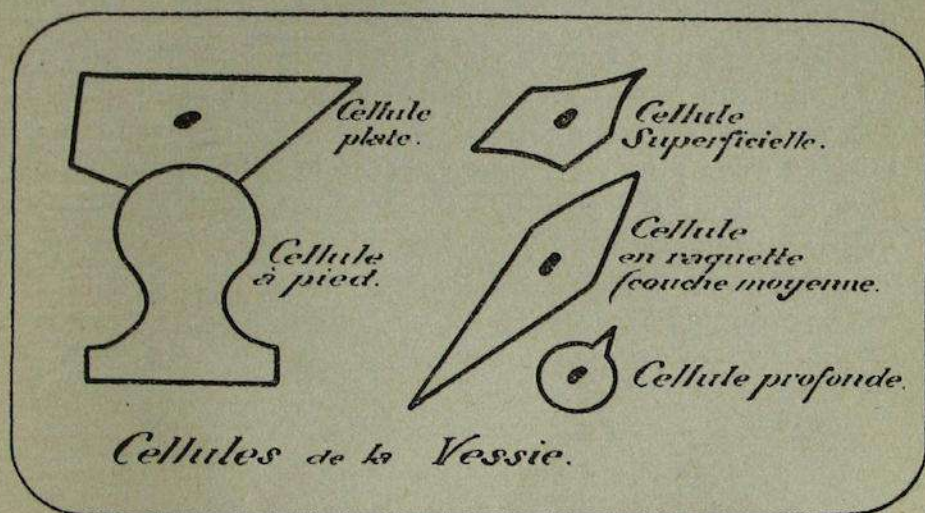


FIGURE 9

la vessie à l'aide d'une sonde aseptique et bien entendu que ce sondage ne soit pas défectueux, c'est-à-dire ne provoque pas de lésions de l'urètre. On a alors la certitude que les hématies viennent bien de la partie supérieure de l'arbre urinaire et ne sont pas d'origine « urétrale ».

Maintenant au point de vue quantité, s'il y en a beaucoup c'est parfois un signe de lésion du rein, en tout cas

de congestion intense du rein (si ce n'est pas de la tuberculose).

Les hématies sont colorées en jaune vert par le bleu de méthylène.

On ne doit jamais en voir dans une urine normale.

S'il y en a peu, il y a plus de chance qu'elle soit d'origine « urétrale », mais le sondage s'impose pour le diagnostic.

Tels sont les divers éléments que l'on peut trouver dans un verre d'urine.

La lecture de ce verre vient ainsi corroborer l'examen de la goutte. Mais l'un et l'autre peuvent encore garder des secrets, et l'énigme persiste si on n'interroge pas l'urètre avec plus de ténacité. C'est le rôle de l'*instillation au nitrate d'argent* que nous allons étudier maintenant.

CHAPITRE IV

L'INSTILLATION AU NITRATE D'ARGENT

Un urètre pourrait lutter contre le gonocoque ; il succombe devant l'injection trop forte.

L'INSTILLATION AU NITRATE D'ARGENT

- 1° L'instillation a un triple rôle : a) celui d'épreuve révélatrice ; b) le traitement de l'urétrite glandulaire ; c) le traitement de la cystite du col vésical.
- 2° La gamme des épreuves de guérison. Comprend le béniqué, l'instillation, l'examen de la goutte et les épreuves révélatrices de la fin du traitement.
- 3° L'instrumentation et la technique de l'instillation.
- 4° Méthode de traitement pour l'instillation dans l'urétrite glandulaire chronique et la cystite du col. Modalités différentes pour les deux traitements.

Nous venons de voir ce que donnent les deux principaux moyens de diagnostic d'une urétrite, la goutte d'une part, le verre d'urine d'autre part, avec ses filaments et son dépôt.

Ces moyens peuvent dans certains cas ne pas suffire : *il faut faire « parler » l'urètre.* C'est le rôle de l'instillation de nitrate d'argent.

Nous allons étudier la technique de cette instillation, mais il faut d'abord bien préciser ce que l'on peut en attendre. Elle a, en effet un triple rôle :

1° Elle met en valeur les sécrétions urétrales en exaltant la virulence du microbe de Neisser ;

2° Elle a un rôle curatif des plus intéressants, c'est le mode de traitement de l'urétrite glandulaire chronique ;

3° Elle est enfin un excellent moyen de traitement de la cystite du col vésical.

Il faut bien distinguer ce triple rôle et préciser le but poursuivi dans l'emploi de l'instillation.

Elle renseignera d'abord sur la véritable variété d'urétrite à laquelle on a affaire, en présence d'une urétrite cliniquement de nature indéterminée; on ne la pratiquera jamais dans un cas d'urétrite aiguë.

L'instillation de nitrate d'argent aggraverait une urétrite muqueuse aiguë, du fait de la réaction inflammatoire qu'elle provoque (épreuve irritative), et aussi en raison de la dénudation épithéliale qui en reste la conséquence.

Pour bien comprendre le mode d'action de l'instillation au nitrate d'argent, il nous semble bon de rappeler combien la muqueuse de l'urètre est fragile et combien le traitement méthodiquement compris d'une urétrite ne doit pas faire litière du vieux principe immuable et qui était le *primum non nocere* des vieux auteurs : *ne pas détruire la muqueuse urétrale avant tout.*

Chez un sujet qui n'a jamais été porteur de germe et n'ayant eu aucune blennorragie, l'épithélium de la muqueuse de l'urètre est un épithélium cylindrique, organe de défense contre les infections venues de l'extérieur. Or, cet épithélium doit être respecté le plus possible, car, une fois détruit, il s'en reproduira un autre qui ne vaudra jamais le premier. Le nouveau ne possédera plus cette fonction et ce rôle de défense qui est le propre d'une muqueuse vierge de toute infection.

Bien plus, l'épithélium de nouvelle formation créera chez le vieux blennorragien un état de réceptivité pour l'infection tel que le moindre coït avec une femme atteinte de leucorrhée ou d'une infection vaginale quelconque entraînera la réapparition d'un écoulement « à diplocoques » probablement et qui, sans présenter les caractères de ténacité d'une infection gonococcique, n'en sera pas moins insupportable par sa répétition.

Il faut même bien connaître ces urètres à infections récidivantes, sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir en parlant des vieilles gouttes et du mariage, car les malades dont l'urètre a été aussi profondément lésé par des blennorragies successives et soignées plus ou moins à grand renfort d'injections abortives sont des urètres éternellement humides et suintants, et ils nécessitent le lavage antiseptique quand ils se réinfectent; ce sont un peu comme des urètres « leucorrhéiques ».

Le seul fait parfois d'avoir injecté brutalement une solution forte dans un canal a quelquefois supprimé d'emblée un écoulement urétral, mais à quel prix et dans quelles conditions! Les lésions de la muqueuse peuvent être telles qu'il en résulte un rétrécissement précoce, en tous cas d'irrémédiables désordres, pires que le mal primitif qu'on a voulu enrayer. *D'une façon générale, les sels d'argent, et en particulier le vieux nitrate doivent être employés à des degrés de solution très étendus.*

Le grand intérêt que présente l'instillation, c'est de mettre en valeur la teneur en microbes de l'écoulement urétral. Il existe en effet des urétrites non gonococciques qui actuellement sont bien connues et pourtant elles le sont encore insuffisamment.

Une variété d'urétrite que l'instillation aidera à diagnostiquer et qui mérite de retenir l'attention des vénéréologues, est l'*urétrite herpétique*.

Elle peut être une cause d'erreur de diagnostic avec l'urétrite blennorragique, il ne faut donc pas la méconnaître.

Étude clinique. — Dans l'herpès génital récidivant, et plus particulièrement dans les formes qui s'accompagnent de douleurs névralgiques locales et à irradiations éloignées, on peut voir survenir, en dehors des manifestations cutanées ou muqueuses, des signes fonctionnels et

physiques qui peuvent, à bon droit, semble-t-il, laisser supposer que l'herpès peut, dans certains cas, se localiser à la muqueuse urétrale.

L'urétrite herpétique se caractérise par le tableau clinique suivant :

1° Il apparaît un suintement urétral séro-gommeux ou muqueux. La formule cytologique montre d'assez nombreuses cellules épithéliales, traduisant une légère desquamation de la muqueuse urétrale, et des polynucléaires bien conservés, sans figures de dégénérescence cellulaire. Au point de vue bactériologique, on peut avoir affaire à un écoulement amicrobien. D'autres fois, il existe des microbes; mais ceux-ci, essentiellement variables, sont représentés par des saprophytes banaux du méat et de l'urètre antérieur; ils n'ont, en tout cas, ni la constance ni les caractères qui pourraient les faire considérer comme des agents pathogènes spécifiques de l'urétrite;

2° Il existe de plus des douleurs spontanées et à la miction.

Les douleurs spontanées siègent le plus souvent au niveau de l'urètre glandaire. Dans certains cas, elles s'étendent à toute la longueur du canal urétral. D'autres fois, elles paraissent se cantonner au niveau de l'urètre postérieur. Il n'est pas rare de les voir, comme les douleurs de l'herpès génital récidivant pur, s'irradier au périnée, à l'anus, dans les cuisses et parfois, exceptionnellement d'ailleurs, jusqu'aux derniers segments des membres inférieurs.

Les douleurs à la miction sont surtout marquées au début de celle-ci. Elles peuvent, d'ailleurs, se prolonger plus ou moins pendant son cours. Mais on ne constate pas les douleurs terminales et paroxystiques, signature de l'urétro-cystite. L'urètre est fréquemment douloureux à la palpation;

3° Cette urétrite se caractérise essentiellement par son caractère récidivant absolument superposable à celui de l'herpès génital qui la précède. L'urétrite apparaît avec l'herpès; elle s'atténue et disparaît très rapidement après la terminaison de la poussée herpétique. Elle se reproduit à nouveau lorsque l'herpès réapparaît. Il y a, dans cette similitude et cette coïncidence évolutive de l'herpès génital et de l'urétrite herpétique, un fait qui ne peut pas ne pas frapper l'attention.

A côté de l'urétrite herpétique absolument typique et caractéristique que nous venons de décrire, il est des cas où l'urétrite, au lieu de coïncider avec la poussée d'herpès génital, alterne avec elle. Mais dans cette éventualité, qui n'est pas exceptionnelle, il est à remarquer qu'en dehors de son alternance avec l'herpès génital, cette urétrite garde, dans sa symptomatologie, dans les caractères des douleurs qui l'accompagnent, dans son évolution épisodique, cyclique presque pourrait-on dire, un cachet tout à fait spécial.

Enfin, bien que ces faits ne puissent rentrer absolument dans le cadre de l'urétrite herpétique, il est des cas, fréquents d'ailleurs, où l'on voit des douleurs urétrales répondant aux caractères et aux localisations que nous avons précédemment étudiés, se manifester d'une manière périodique sans suintement urétral concomitant. Ces douleurs urétrales, qui coïncident ou qui alternent avec les poussées d'herpès génital, doivent vraisemblablement être considérées comme la traduction *a minima* d'un herpès urétral léger ou qui, du moins, ne va pas dans son évolution jusqu'au stade de l'urétrite confirmée.

Diagnostic. — Le type clinique si spécial, sur lequel nous insistons, mérite une place dans le groupe des urétrites non gonococciques et doit entrer en ligne de compte dans la discussion du diagnostic étiologique des urétrites.

Le diagnostic n'est d'ailleurs pas toujours aisé. En tout cas, en ce qui concerne l'urétrite herpétique, il faut reconnaître qu'elle ne présente qu'un caractère pathogénomique, à savoir sa périodicité, sa coexistence ou son alternance avec les poussées d'herpès génital récidivant.

C'est sur l'interrogatoire minutieux des malades, sur leur observation suivie, sur la constatation de la coexistence ou de l'alternance de l'urétrite avec l'herpès génital récidivant qu'il faudra étayer son diagnostic.

Traitement. — Le diagnostic d'urétrite herpétique commande le traitement, qui consistera avant tout à ne pas nuire. L'urétrite herpétique tend spontanément à la guérison tout aussi bien que l'herpès génital et tous les traitements irritants, grands lavages antiseptiques, instillations caustiques, seront sévèrement proscrits. Par contre, nous l'avons vu suffisamment, l'urétrite herpétique tend spontanément à récidiver et il est bien certain qu'il importerait au plus haut point d'avoir à notre disposition une thérapeutique susceptible d'éloigner, voire même de supprimer les récidives. A ce point de vue, malheureusement, de même que pour l'herpès génital, nous sommes à peu près désarmés. Seuls, peut-être, des changements dans les habitudes du sujet, un régime alimentaire plus rationnel, une hygiène de vie plus correcte seront susceptibles, en modifiant le terrain, d'atteindre le but poursuivi. En tout cas, l'urétrite herpétique constituée, l'acte thérapeutique se bornera à mettre l'urètre au repos, à défendre les rapports sexuels et les excitations génitales, facteurs de congestions locales, les boissons, les aliments rendant les urines irritantes. Enfin, et ce côté de la question n'est pas négligeable, lorsqu'on sera sûr de son diagnostic, il restera à persuader le malade de la bénignité de son affection et à le convaincre que cette urétrite est plus une

petite infirmité qu'une maladie et à l'empêcher de se mettre entre les mains de charlatans ou de tomber dans un état de neurasthénie génitale en croyant à une blennorrhagie chronique récidivante incurable, *qui n'existe pas* chez lui.

Il existe d'autres urétrites qui ne sont pas provoquées par le gonocoque.

Dans un cas, il s'agissait d'une urétrite à streptocoque chez un docteur, et le confrère rattachait l'origine de son urétrite à un rapport sexuel pratiqué avec une femme atteinte d'érysipèle. Dans un autre cas, le pus urétral contenait du colibacille qui fut constaté directement sur des préparations, et aussi après cultures.

Mais, en fait, dans la grande majorité de ces cas particuliers, l'examen microscopique de l'écoulement urétral prélevé au niveau du méat ne montre pas de microbes visibles, ne permet de constater que des leucocytes en grand nombre et quelques cellules épithéliales.

Il faut avoir soin d'éliminer de ces cas les écoulements issus d'une tuberculose urétrale secondaire à une tuberculose génitale. Le toucher des épидидymes, de la prostate, des vésicules séminales, en faisant constater des noyaux dans ces organes, fera faire le diagnostic.

Les urétrites de ce genre sont assez longues à se déclarer. Les causes de leur apparition sont presque toujours les mêmes : excès de boisson, de coït, de fatigue ; c'est souvent un rapport sexuel pratiqué au moment de la période menstruelle. Début torpide qui ne provoque pas de réaction douloureuse. Ce n'est que par la constatation de taches sur la chemise ou par la sensation de chatouillements dans l'urètre que le malade s'aperçoit de son écoulement.

Toutefois, en examinant les femmes qui avaient provoqué de semblables urétrites, on n'a jamais rencontré

une femme complètement saine; on a trouvé soit de la métrite, soit de la salpingite.

La durée de ces urétrites est parfois très longue. Lentes à se montrer après la contamination, elles sont aussi lentes à disparaître.

Le plus souvent, ces sortes d'urétrites sont limitées à l'urètre antérieur. L'agent thérapeutique qui doit être employé de préférence est le *nitrate d'argent*, qu'on utilisera en instillations.

Lorsque le premier verre d'urine, sous l'influence de ces instillations, sera devenu tout à fait clair, on commencera les dilatations méthodiques et on terminera par les épreuves de guérison.

Le Dr Burnier a publié aussi une observation d'urétrite aiguë non gonococcique dont l'agent infectieux offrait tous les caractères du tétragène.

Voyons maintenant les deux sortes d'instillation : l'instillation-épreuve et l'instillation-traitement. Celle-ci se subdivise aussi en *instillation urétrale* pour le traitement de l'urétrite glandulaire chronique et en *instillation uréthro-vésicale* pour le traitement de la cystite du col, complication assez fréquente au cours de la blennorragie.

L'instrumentation.

L'instrumentation est des plus simples. Elle comporte :

1^o Une seringue dite « instillatrice de Guyon » (fig. 10), petite seringue de 5 centimètres cubes dont le piston gradué, muni d'une vis d'arrêt, permet à la fois de doser le nombre de gouttes que l'on veut déposer et de bien localiser l'injection à la portion urétrale où l'on désire faire l'instillation;

2^o Une série de bougies dites « instillatrices » (fig. 10) terminées à leur extrémité par un petit renflement oli-

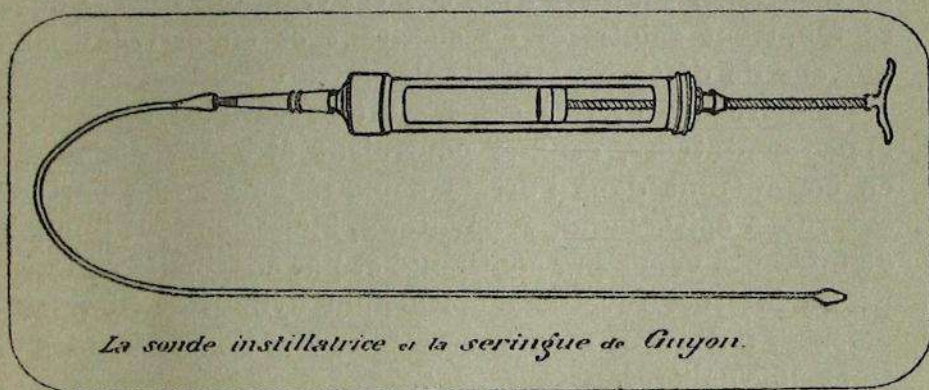
vaine destiné à jalonner les différentes portions de l'urètre ;

3° La solution de nitrate d'argent. La plus employée est celle à 1 pour 100. Rarement nous employons la solution à 1 pour 50.

Comment l'urètre se défend-il contre l'infection ?

L'urètre présente en réalité trois organes de protection successifs :

1° Le système^{leucocytaire}, le plus rapide, le plus actif



La sonde instillatrice et la seringue de Guyon.

FIGURE 10

et le plus puissant, qui agit d'abord par englobement, puis par ses sécrétions ;

2° Le système épithélial qui cherche à refaire sans cesse une nouvelle couche de cellules au-dessous de celle que le microbe vient d'envahir, dans une lutte de vitesse qui laisse en tout cas des traces morbides sous forme d'une accumulation de couches cellulaires plates, plus ou moins imprégnées d'éléidine ;

3° Le système conjonctif, qui circonscrit dans une cage fibreuse les tissus malades, qui oblitère et enveloppe d'une coque dure les glandes infectées.

Au point de vue thérapeutique, méfions-nous donc des violents antiseptiques, qui tuent les cellules fragiles de la muqueuse malade. Ils ne seront employés avec succès que si on leur demande seulement de remplir un rôle mécanique de balayage et d'amener une réaction locale légère, propre à favoriser la diapédèse et l'afflux leucocytaire; les doses élevées n'ont d'action microbicide qu'au prix d'effets cytologiques dangereux.

De même, les béniqués, les kollmann, l'urétroscope même sont de bonnes armes thérapeutiques à condition de rechercher toujours avec eux ces réactions légères qui se montrent salutaires en suscitant et en activant les moyens de défense naturelle de notre organisme.

La flore des urètres sains est très variable selon les expérimentateurs, ceux-ci pourraient être mis d'accord en considérant dans l'urètre deux régions : une partie externe, à épithélium pavimenteux, infesté en tout temps de microbes venus par contiguïté et par continuité — une partie interne, revêtue d'épithélium cylindrique où les défenses naturelles sont suffisantes pour éviter les infections journalières.

I. — L'instillation-épreuve.

Presque toujours, après une instillation dans un urètre de quelques gouttes de nitrate d'argent, on constate, le lendemain matin, une goutte purulente épaisse. Le malade, s'il n'en a pas été prévenu, s'en effraie. L'écoulement « endormi » *s'est réveillé* en quelque sorte; l'urétrite existait à l'état latent, elle n'attendait qu'une irritation pour se manifester.

Le cas classique et habituel est celui d'un malade porteur d'un écoulement urétral dont il ne connaît ni la gravité ni le degré de contagion. Il est porteur d'un suinte-

ment blanchâtre depuis des années, reliquat soit d'un traitement insuffisant, soit d'un traitement fait sans méthode. Un beau jour, le malade a cessé de se traiter parce qu'il ne souffrait plus; il ne sait pas exactement s'il est guéri. N'étant pas préoccupé d'une contagion conjugale possible, il se moque de cet écoulement, sur la nature duquel il n'est pas fixé. C'est là l'état le plus habituel de tous les porteurs de « gouttes militaires » qui vivent avec l'insouciance de leur goutte matinale. Celle-ci n'est dangereuse, en réalité, que par les contaminations qu'elle sème, et elle n'attirera l'attention du « porteur » que le jour où il voudra se marier, le jour enfin où il voudra savoir à quel degré et dans quelle mesure il pourrait être contagieux. Nous donnons à cette variété de gouttes le nom de « gouttes de nature indéterminée » en attendant l'examen plus approfondi.

Il faut au point de vue prophylactique, comme nous le dirons au chapitre de la prophylaxie individuelle, répandre le plus possible dans le public l'idée que ces gouttes matinales, de nature inconnue pour leur porteur, deviennent chez les génitaux un danger public du fait de la propagation continuelle et permanente de leurs germes contagieux. Or, quand un malade atteint de blennorrhée se décide à consulter un médecin, avant de prendre cette goutte et de l'examiner au microscope le médecin aura tout intérêt à conseiller à son malade les épreuves révélatrices dont l'instillation n'est qu'un des éléments destinés à mettre en valeur tous les germes que le malade porte dans son canal : elle est pratiquée pour que l'examen microscopique de l'écoulement réveillé soit porté à son maximum et donne tous les renseignements attendus.

Nous avons vu, en étudiant les caractères du microbe de Neisser, qu'il a la propriété de voir se réveiller sa viru-

lence sous certaines influences. On utilise justement cette propriété dans les épreuves révélatrices.

La pathogénie de cette recrudescence est simple. Les glandes de Littre renferment, dans les urétrites anciennes, du gonocoque profondément tapi dans les culs-de-sac glandulaires. La virulence du gonocoque sommeille.

On fait une instillation.

Le malade dont le canal, la veille, était presque sec ou accusait un léger suintement clair ou un peu opalin, se réveille le lendemain matin avec une goutte de pus épais, crémeux. « Je recoule ! » s'écrie-t-il, à son grand étonnement.

Sous l'influence du nitrate d'argent, une zone d'urétrite inflammatoire « chimique » s'est produite; le gonocoque, dont la virulence s'était atténuée, se réveille subitement et la suppuration reprend son cours sur un terrain favorable à son exaltation. Mais il importe de ne déterminer qu'un *minimum* d'irritation dont on a vu le processus au début de ce chapitre. Il existe chez les vieux porteurs de gouttes, avec une atténuation extrême de la virulence de leurs gonocoques, une sorte d'auto-vaccination, sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir, et il est incontestable que chez tous ces vieux « chaudepisards », à force de contracter des infections nouvelles et récidivantes, ils finissent par ne plus avoir de vraie blennorragie aiguë. Ils ne manifesteront une poussée nouvelle à allure aiguë que si leur urètre subit une irritation, et l'instillation provoquera chez eux cette irritation nécessaire pour la précision du diagnostic.

Comme adjuvant de cette épreuve démonstrative, on pratiquera très utilement les autres épreuves révélatrices, telles que l'épreuve de la bière, par exemple, en conseillant au malade de prendre dans la journée qui précède l'examen de la goutte au microscope un certain nombre

de bocks de bière, voire même un peu d'alcool à son repas du soir. A la suite de cette attaque offensive et sous l'influence de la triple épreuve révélatrice : nitrate d'argent, bière, alcool, etc., la goutte urétrale *répondra* si elle est contagieuse ou non.

L'instillation est encore un des éléments des épreuves *de guérison* à l'issue du traitement. C'est ainsi que dans le service hospitalier des blennorragiens, elle avait été instituée avant la sortie du malade pour donner la certitude scientifique de la guérison.

Voici la gamme des épreuves de guérison :

1° Le passage d'un gros béniqué entre 50 et 60;

2° Une instillation de nitrate d'argent;

3° L'épreuve de la bière et de l'alcool;

4° L'examen microscopique fait par la méthode de Gram, portant à la fois sur la goutte et sur les filaments en suspension dans le verre d'urine matinale. L'instillation devient donc de ce fait une manœuvre indispensable *au début et à la fin* de toute blennorragie.

Nous donnons habituellement à tous nos malades guéris une feuille sur laquelle sont énumérés les conseils pour l'avenir et les idées à répandre.

Voici le paragraphe qui a trait aux épreuves de guérison :

*Extrait des prescriptions données aux malades guéris
et sortant du service.*

Comment savoir si on est guéri. — Les épreuves en usage à la clinique et « surtout l'examen au microscope de la goutte » sont les garanties indispensables.

Ne jamais se marier porteur d'une goutte suspecte.

On est guéri si le matin au réveil, après être resté sept heures sans uriner, on ne voit plus de goutte à l'orifice du canal. Les bords du canal *ne doivent pas être collés.*

Une goutte claire et filante sans microbe ne doit pas inquiéter. On ne doit pas a confondre avec la goutte purulente.

Le microscope seul prononce la guérison.

Après le traitement, on doit se surveiller pendant un mois au moins. *Les rapports avec les femmes* ne devront pas être repris trop tôt après la guérison.

On trouvera le libellé complet des conseils à donner à tout blennorragien (voire même aux candidats à la blennorragie) au chapitre de *La Blennorragie dans l'armée*.

II. — L'instillation-traitement.

Elle se divise en deux parties :

1° *L'instillation urétrale* ;

2° *L'instillation uréthro-vésicale*.

1° **L'instillation urétrale.** — L'instillation urétrale est pratiquée depuis longtemps dans l'urétrite glandulaire et donne dans ces cas un excellent résultat.

Elle est un peu différente de l'instillation uréthro-vésicale en ce sens que la région à instiller n'est pas la même.

On fera d'abord uriner le malade pour qu'il vide complètement sa vessie. Ayant enduit l'extrémité de la bougie instillatrice d'huile goménolée au vingtième, on fait pénétrer l'instillateur jusqu'au sphincter membraneux, qu'on repère facilement en raison de cette sensation si caractéristique d'arrêt éprouvée par la boule. On franchit cette barrière avec douceur ; c'est d'ailleurs la portion sensible de l'urètre. Elle s'appelle portion « membraneuse ». C'est à ce passage que tous les malades accusent une douleur aiguë, comme un coup d'aiguille, lorsqu'on introduit même un simple explorateur dans l'urètre. L'instillatrice ayant dépassé l'urètre membraneux, on pénètre lentement jusqu'au col vésical, à 5 centimètres environ plus profondément.

Plaçant ensuite la seringue remplie de nitrate et le piston préalablement guidé par la vis régulatrice, on retire la sonde jusqu'à ce qu'elle vienne buter à nouveau ; on dépose alors plusieurs gouttes de la solution contenue dans la seringue sur ce tout petit trajet. Au retour, on

pourra instiller encore quelques gouttes dans l'urètre antérieur. Une méthode également bonne consiste à faire l'inverse, c'est-à-dire à déposer progressivement le liquide en faisant l'instillation en sens contraire depuis l'urètre antérieur jusqu'au sphincter membraneux et au col.

Solution à employer. — Pour l'instillation urétrale, nous nous servons habituellement de la solution à 1 %. On instille en général le contenu total de la seringue (5 centimètres cubes).

L'instillation urétrale, dont à notre avis on a souvent exagéré l'emploi, soit parce qu'on la pratiquait sans directive, faite absolument empiriquement, dans des urétrites aiguës par exemple, où elle est contre-indiquée, soit dans des urétrites chroniques encore tellement actives qu'elle avait un rôle plutôt nocif, trouve au contraire son application dans ces urétrites glandulaires se traduisant par un verre d'urine claire avec filaments « en vol d'alouettes » qui gagnent le fond du verre immédiatement après l'émission. Il s'agit alors d'urétrites bâtardes, torpides mais toujours glandulaires. Or, dans ces cas elle peut avoir des résultats remarquables. Personnellement, nous ne la pratiquons toujours qu'au centième, et cela pour éviter la production de ces placards destructifs de la muqueuse que l'on constate très nettement à l'urétroscope dans les urètres qui ont été longtemps « nitrates ». Nous avons vu certains malades qui avaient en effet subi jusqu'à cent instillations !

Cette instillation sera répétée tous les deux jours, puis tous les trois jours, jusqu'à disparition complète dans la goutte de tous les polynucléaires signes d'une suppuration glandulaire persistante.

Dans certains cas, mais rarement, et sur des muqueuses dont on aura préalablement étudié les réactions, on pourra se permettre d'instiller le nitrate d'argent à 1 pour 50,

mais il nous semble que cette instillation devra être faite avec beaucoup de précaution, et nous ne sommes pas certain qu'à ce degré de concentration la destruction de la muqueuse urétrale ne soit pas parfois un danger. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir, en étudiant les récurrences de chaudepisses, sur ces « urètres sans défense » dont la muqueuse ne réagit plus et qui sont particulièrement « infectants », comme nous l'avons dit, pour la moindre sécrétion vaginale, sans que pour cela le contagionné puisse incriminer la présence de gonocoques dans les sécrétions de la femme. Après l'instillation, on garnira l'orifice urétral d'un tampon d'ouate pour éviter de maculer le linge du malade.

2° **L'instillation uréthro-vésicale.** — Un autre traitement excellent que l'on peut attendre de l'instillation de nitrate d'argent, toujours au centième, est le traitement des cystites du col d'origine blennorragique. Sous l'influence parfois de manœuvres maladroitement, l'infection urétrale se propage à toute la région du col de la vessie. Il en résulte immédiatement des envies fréquentes d'uriner, du ténesme vésical, un besoin tellement impérieux que le patient ne peut retenir ses urines au moment où le besoin de la miction se fait sentir. Les urines sont extrêmement troubles dans les deux verres. Les derniers efforts mictionnels s'accompagnent même de l'écoulement de quelques gouttes de sang venant du col vésical sous l'influence de ses contractions.

L'instillation déposée dans la région du col vésical calme merveilleusement ces cystites.

Technique de l'instillation uréthro-vésicale. — Introduire l'instillatrice dans la vessie. Injecter 3 centimètres cubes dans la vessie, puis revenir buter contre le col vésical. Déposer dix gouttes dans la région du col et quelques

gouttes dans l'urètre postérieur, en retirant la sonde instillatrice.

Les instillations seront faites tous les deux jours; on y joindra très utilement le régime lacté, les boissons diurétiques, le repos et les petits lavements chauds.

Telle est la technique très simple de l'instillation urétrale et uréthro-vésicale.

On se servira le plus souvent d'instillatrices assez fines; les n^{os} 10, 11, 12 sont les plus souvent employés. Elles franchissent le sphincter membraneux sans provoquer trop de réaction douloureuse.

L'instillation est à la portée de tous les praticiens, même non spécialisés. On voit ce que l'on peut en attendre, son rôle étant nettement défini.

Muni des renseignements que donne le trépied fondamental que nous venons d'étudier, la goutte, le verre d'urine et l'instillation, nous allons voir maintenant l'*urétroscopie*. C'est le moyen de contrôler les renseignements de la clinique, c'est le quatrième moyen à notre disposition pour établir de façon nette et précise le diagnostic d'une blennorrhagie.

CHAPITRE V

L'URÈTRE VU A L'URÉTROSCOPE

L'urétroscopie n'est pas « tout » ;
c'est « quelque chose », un excel-
lent moyen d'accès et de contrôle.

L'URÈTRE VU A L'URÉTROSCOPE.

- 1° Le principe de l'urétroscope. Son instrumentation.
- 2° La description de la muqueuse normale de l'urètre.
- 3° La manœuvre de l'urétroscope.
- 4° L'étude du cône urétral.
- 5° L'urétroscopie moyen de diagnostic.
- 6° L'urétroscopie moyen de traitement, comprenant : a) la galvano-cautérisation ; b) l'ionisation ; c) l'étingelage de l'urètre ; d) le cathétérisme des canaux éjaculateurs.
- 7° Le schéma urétroscopique en usage dans le service d'hôpital.

L'emploi d'un instrument qui peut permettre de contrôler un diagnostic ou d'appliquer un traitement ne doit pas être négligé. C'est le rôle de l'urétroscope.

L'urétroscopie a peut-être été trop vantée par certains auteurs, abandonnée trop systématiquement par d'autres. Elle ne mérite, en réalité, « ni cet excès d'honneur ni cette indignité ».

C'est un procédé d'exploration que l'on doit connaître ; il a son utilité, ses indications, et l'urétrologue doit le compter au nombre de ses procédés d'investigation.

Nous n'avons pas l'intention de faire ici un traité de l'urétroscopie. Certains auteurs ont magistralement exposé ses indications et les modes de traitement qu'elle facilite.

Luys, Demonchy, etc., ont trouvé des perfectionnements très intéressants à cet appareil ; ils n'intéressent

pas évidemment le praticien et restent tout à fait dans le domaine de la spécialité urologique.

Ce que nous avons voulu exposer ici, c'est le résumé sommaire de ce qu'on doit connaître de la pratique de l'urétroscope.

Historique de l'urétroscopie.

Le principe de l'urétroscopie est basé sur l'éclairage des cavités, qui fut utilisé pour la première fois par Desormaux. Se servant d'une source lumineuse placée derrière lui, il mettait une sonde avec pavillon dans l'urètre; la sonde recevait le faisceau lumineux. Ce fut la première urétroscopie dans toute sa simplicité. Puis, imitant les laryngologistes, on eut l'idée de placer la lumière sur le front; avec un miroir réflecteur éclairant la cavité de la sonde; puis enfin l'idée de rapprocher toujours la lumière du point à examiner fut mise à exécution par Caseper, Otis, etc. L'urétroscope était inventé.

Valentine fit le premier un appareil auquel il donna le nom d'urétroscope. Cet appareil a été modifié successivement par un grand nombre d'auteurs. C'est toujours le même principe : une petite lampe électrique extrêmement fine éclairant l'intérieur d'un tube du volume d'une grosse sonde. Ce tube permet de regarder une région minime de l'urètre et d'y constater les lésions en cours.

Le but de l'urétroscopie est double. Elle sert au diagnostic et au traitement.

I. — L'urétroscopie moyen de diagnostic.

L'urétroscope permet de définir aussi exactement que possible les lésions rencontrées dans l'urètre antérieur ou postérieur et de mettre en valeur leurs caractères macroscopiques.

En effet, dans bien des cas l'explorateur à boule, qui est pourtant le meilleur instrument de diagnostic, nous donne des renseignements qu'il importe de préciser; le cathétérisme, la palpation de l'urètre nous ont permis parfaitement de sentir les adénites urétrales et les infiltrations glandulaires, mais ils ne peuvent donner de résultat bien formel que pour l'urètre pénien.

Il reste encore des régions, comme l'abouchement des glandes de Cooper, la région prostatique, qui sont logées trop profondément pour que la palpation puisse, d'une façon complète, révéler les lésions qui y sont dissimulées.

L'examen incomplet, avec les moyens simples, a donné lieu quelquefois à des erreurs. Nous avons eu l'occasion de voir un malade qui en était un exemple typique. Ce malade était porteur de trois grosses végétations ayant fait croire à un rétrécissement. Dans d'autres cas, il est arrivé que l'on attribue à de grosses prostatites, avec induration de la glande, l'entretien d'un écoulement qui n'est dû qu'à des lésions de l'urètre antérieur. Plus souvent encore, la prostate étant toute petite, l'urètre antérieur présentant quelques indurations folliculaires, on croit que l'urètre antérieur seul est malade, alors que les lésions prostatiques doivent être mises au premier plan.

D'après ce très court aperçu, on voit que l'urétroscope n'est pas quantité négligeable. Y recourir systématiquement est peut-être trop dire, mais il faut s'en servir à « bon escient », considérant ce moyen comme très utile dans certains cas, voire même indispensable dans d'autres.

L'urétroscopie a aussi un rôle de contrôle.

Rôle de contrôle. — Au cours d'une urétrite, en présence des résultats microscopiques, on pourra contrôler les lésions de la muqueuse pour les mettre en parallèle avec les éléments trouvés dans les exsudats.

Le diagnostic en sera ainsi plus solidement établi.

L'urétroscopie permettra encore de se rendre compte de l'effet du traitement des rétrécissements blennorragiques par une méthode très intéressante que nous exposons au chapitre des *Complications*. C'est la méthode « d'assouplissement électrolytique du rétrécissement ». Contrairement à ce que produit l'électrolyse linéaire, méthode très discréditée, on voit à l'urétroscope, après une séance de dilatation électrolytique, que l'on n'a déterminé aucune lésion de l'urètre sur les régions qui ont été soumises à l'action du courant, et l'urètre traité diffère fort peu de l'urètre normal. On trouve tout au plus quelques taches blanches ou jaunâtres sur les parois de l'infundibulum, et il faut véritablement savoir que l'urètre a été électrolysé pour s'apercevoir d'une différence avec l'aspect physiologique normal.

II. — L'urétroscopie moyen de traitement.

Nous verrons tout à l'heure, au chapitre spécial de la technique, quels sont les différents traitements que permet d'appliquer l'urétroscope. Ils sont une ressource précieuse pour l'urétrologue qui, ayant tenté divers procédés de traitement, peut encore recourir à cette arme, qui devient ainsi une « corde de plus à son arc » et permet d'appliquer *loco dolenti* certains traitements impossibles sans l'urétroscopie.

INSTRUMENTATION NÉCESSAIRE. — L'instrumentation comprend :

1° *L'urétroscope lui-même*. — Tantôt il se présente sous l'aspect d'une série de tubes droits, courbes et béquillés, du volume de 44, 46, 48, 50, 52 et 54, béniqués munis à leur intérieur d'un mandrin pour en faciliter l'introduction.

Les tubes droits sont faits pour l'urètre antérieur, les tubes béquillés ou courbes pour l'examen du bulbe et du véru-montanum.

Il est bon d'avoir un tube n° 50 spécialement pour le « véru », qui ne peut bien se voir qu'avec un tube de cette dimension.

Tantôt c'est « une lunette ». Pour l'examen de l'urètre postérieur, les instruments divers, produits du perfectionnement de l'urétroscope primitif, ont été très nombreux ces dernières années. Nous pensons que les appareils « à vision directe » doivent être préférés aux autres.

Il y a surtout deux éléments de cet appareil sur lesquels nous voulons donner notre avis : la longueur et le grossissement.

Pour l'urètre postérieur, la longueur de l'appareil est extrêmement importante. *L'appareil le plus long est le meilleur* (Demonchy).

L'appareil, de cet auteur mesure 15 centimètres de longueur, permet la pénétration dans la vessie. L'écoulement de l'urine pendant la durée de l'examen supprime la nécessité de l'assèchement continu à l'aide d'un tampon de ouate qui est parfois une gêne et un trouble pour l'examen.

D'un autre côté, les appareils « avec grossissement » ne présentent pas, à notre sens, une utilité primordiale. La muqueuse urétrale peut être très bien vue à l'œil nu par les appareils à vision directe. L'appareil de Demonchy, qui grossit six fois la muqueuse, est un appareil excellent, mais nous avons l'habitude, personnellement, de nous contenter de la vision sans grossissement et d'utiliser pour nos examens d'urètre un appareil qui est le cysto-urétroscope de Mac-Carthy, que nous avons fait un peu modifier pour notre usage personnel (fig. 11).

2° *La source lumineuse.* — Pour alimenter la lampe de l'urétroscope, on utilise une source électrique qui peut

être le courant de la ville avec un transformateur destiné à permettre l'utilisation d'une lampe d'un petit voltage. Si l'on se déplace, on peut avoir recours soit à une petite pile de poche avec un rhéostat, soit à de petits accumulateurs de voltage également très réduit.

Il est préférable de se servir de petites lampes de 2 volts, à filaments métalliques. Si l'on utilise des lampes à filaments de charbon, la source électrique devra être de 3 volts. La maison Gentile fabrique un petit rhéostat très pratique, de la grosseur environ du petit doigt, que l'on interpose entre les accumulateurs et l'urétroscope pour régler le voltage de la source lumineuse.

La cavité est alors éclairée. L'appareil est prêt à fonctionner.

L'instrumentation comprend encore :

3° *Une pipette aspiratrice* avec un tube stérile, munie d'une partie détachable pour la stérilisation à l'eau bouillante; c'est la partie métallique de l'aspirateur que l'on introduit dans le canal de l'urètre. Le vide se fait dans ce petit tube aspirateur par une petite poire en caoutchouc. Un tube de verre suspendu à l'extrémité de cet aspirateur permet de recevoir le pus aspiré et permet d'assécher la muqueuse. Un peu de solution d'oxycyanure dans le fond du tube de verre est destiné à recevoir le pus aspiré.

4° *Une douzaine ou deux de porte-coton* sont indispensables.

5° *Un manche de galvanocautère* avec un petit cautère très fin pour les glandes urétrales.

6° *Une pince à corps étrangers*, avec deux becs de canard qui se déplacent, servant à retirer les petits tampons de ouate oubliés ou autres corps étrangers.

7° *Un manche pour l'aiguille électrolytique* et une aiguille électrolytique en zinc de 18 centimètres pour l'ionisation.

8° *Une sonde pour l'étincelage et la haute fréquence.*

9° *Un jeu de lampes de rechange à filaments métalliques.*

L'urétrocystoscope de Mac-Carthy.

Cet appareil que nous avons adopté pour nos examens présente un grand nombre d'avantages. Son emploi d'abord n'est nullement douloureux, il ne traumatise en rien la muqueuse de l'urètre et cette qualité est des plus appréciables quand il s'agit d'examiner un urètre plus ou moins endolori par les traitements intempestifs auxquels ont été soumis la plupart des malades.

Le courant d'eau qui passe entre l'appareil et la muqueuse la protège et facilite le déplacement de la source lumineuse sur toute l'étendue de l'urètre.

Il ne chauffe pas (toujours à cause du courant de liquide); on peut examiner pendant tout le temps qu'on désire la muqueuse urétrale sans provoquer cette sensation de brûlure qui, avec d'autres appareils, est pénible pour le malade.

On peut s'en servir même en cours de traitement, c'est un lavage que l'on pratique en même temps que l'examen et à presque toutes les périodes d'une urétrite il est possible et sans inconvénients pour le patient.

Enfin, avantage primordial, il permet de voir, d'examiner, de parcourir la totalité de l'urètre, c'est-à-dire les trois urètres, voire même la vessie. Il est le prélude d'un examen plus complet qui comprendra la région prostatique, le véru-montanum, etc..., il rend possible et facile l'examen de la vessie qui, dans certains cas, peut présenter une extension des lésions urétrales. On peut grâce à lui pratiquer aussi le cathétérisme urétral.

C'est dire tout ce qu'on peut attendre de cet appareil.

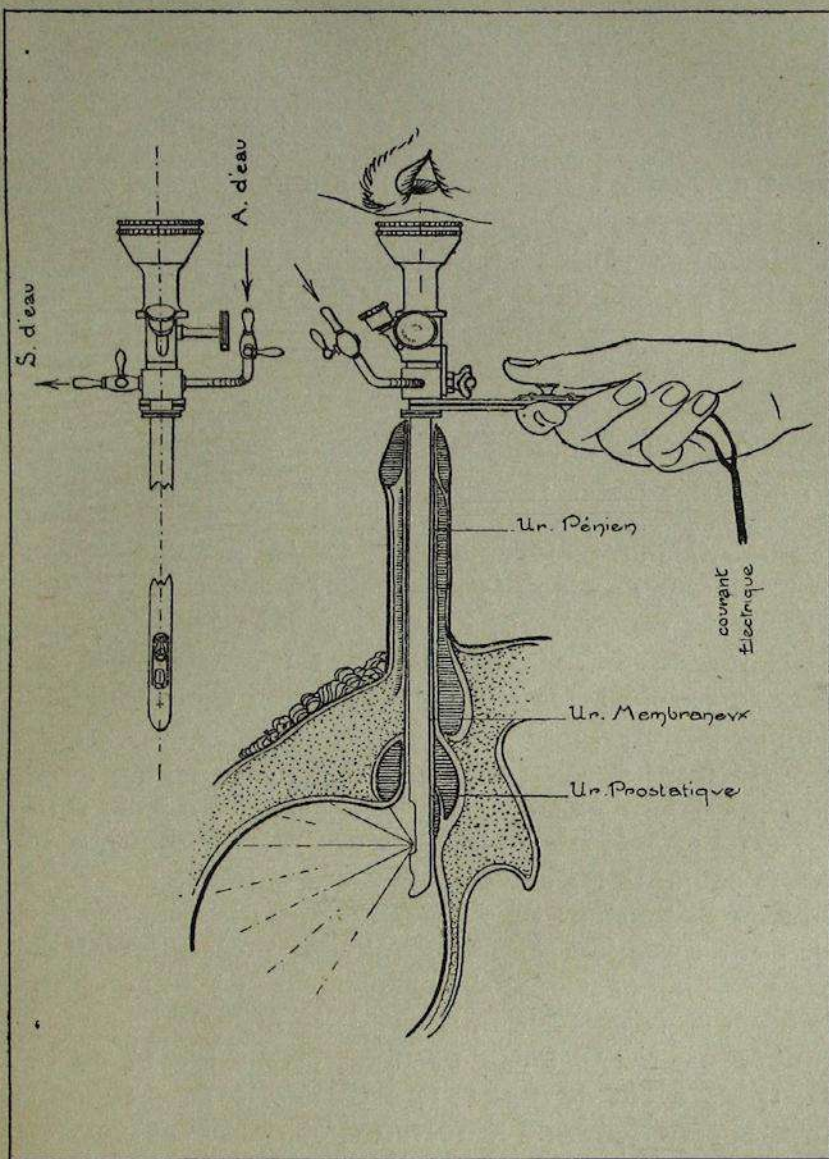


FIGURE 11
 Urétrocystoscope à double courant d'eau.

PREMIÈRE PARTIE

L'urétroscopie moyen de diagnostic.

Avant d'étudier les lésions de la muqueuse de l'urètre vues à l'urétroscope, il importe de bien décrire cette muqueuse, siège de toutes les lésions de la blennorragie. Sa description à l'état sain, avant qu'elle n'ait subi les ravages du gonocoque et ceux, hélas trop fréquents, du traitement, doit être bien connue.

L'aspect normal de la muqueuse urétrale.

(Description empruntée en partie à l'*Anatomie* de CHARPY.)

La muqueuse urétrale, épaisse de 1 demi-millimètre, est blanc jaunâtre; aux points déclives, on constate des taches roses ou rouge brun, lividités cadavériques dues à la couche spongieuse sous-jacente. Sa consistance est faible; elle résiste assez bien à l'extension mais se laisse facilement perforer.

Sa surface est couverte de plis très fins, surtout dans l'urètre postérieur et surtout en avant. On en voit souvent d'assez gros partir de la crête urétrale et contourner en reliefs saillants les côtés de la fosse bulbaire : ce sont des plis de distension; ils s'effacent dans l'ampliation du canal. Leur direction est longitudinale; incapables d'ailleurs de former obstacle, si on en excepte les cas anormaux où la crête urétrale finit par deux branches courbes limitant deux petits culs-de-sac ouverts du côté de la vessie. Il n'y a pas de raphé; la crête décrite sous ce nom à la partie supérieure de la région spongieuse est simplement le trousseau fibreux d'insertion du corps spongieux à la gouttière des corps caverneux.

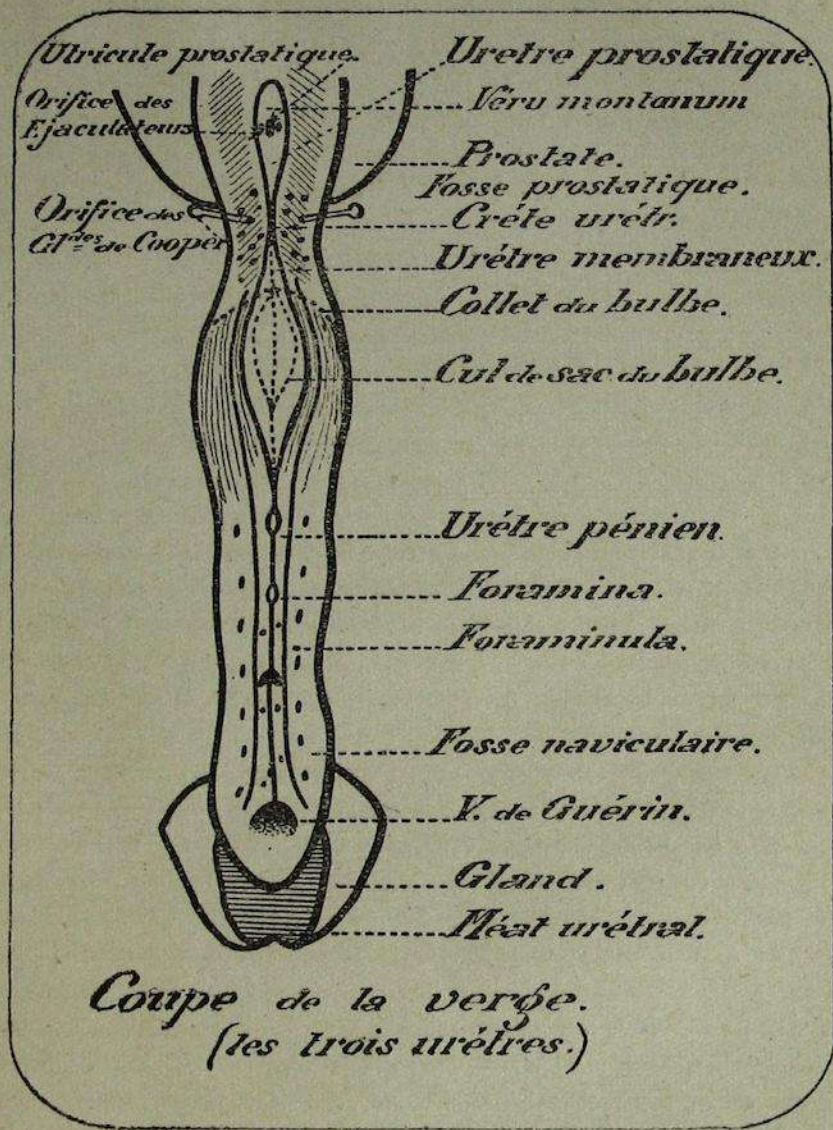


FIGURE 12.

La surface de la muqueuse (fig. 12) *présente des orifices bien visibles à l'œil nu*, pris autrefois à tort pour des orifices glandulaires; ce sont les *lacunes* ou *sinus de Morgagni*. On les divise en deux catégories : les grands ou *foramina*, les petits ou *foraminula*, en négligeant les intermédiaires; les grands sont du reste les seuls que Morgagni ait décrits.

Les grandes lacunes, les *foramina*, existent presque uniquement sur la paroi antérieure et le long de la ligne médiane; on en compte ordinairement douze (de quatre à vingt) alignées à partir de 1 centimètre du méat jusqu'à la fosse bulbaire, qu'elles atteignent rarement; on peut en voir aussi dans l'urètre postérieur, mais elles sont plus rares et plus petites. Chacune est une cavité en cul-de-sac, ordinairement canalisée et de longueur variable, de quelques millimètres, courant obliquement dans la muqueuse même, exceptionnellement au-dessous d'elle. L'orifice elliptique ouvert à la surface et tourné du côté du méat peut recevoir un stylet; il est ou non valvulé.

Les petites lacunes, *foraminula*, en nombre inverse des grandes, se remarquent surtout sur les côtés du canal; la région membraneuse en est parfois criblée. Elles sont assez fines pour être à peine visibles à l'œil nu et ne recevoir que la pointe d'une épingle.

Il est difficile de saisir la signification de ces invaginations muqueuses que tapisse l'épithélium, mais qui ne servent à peu près jamais de débouché à des glandes; ce ne sont ni des glandes ni même des cryptes glandulaires. On ne peut que les comparer aux formations réticulées de la muqueuse dans les vésicules séminales, les canaux déférents et les voies hépatiques.

Rudimentaires chez l'enfant, elles ne se dessinent bien qu'à un âge avancé; cependant, Charpy signale des urètres de vieillards qui ne présentaient aucun foramen, pas

même la valvule de Guérin, et seulement quelques foraminula à peine reconnaissables.

La plus intéressante de ces lacunes est celle qu'on voit dans la portion balanique de l'urètre (fig. 12), le long de la face supérieure; elle était connue depuis longtemps, mais Guérin (de Vannes) a signalé son intérêt au point de vue chirurgical et lui a attaché son nom. La *valvule de Guérin* est située à 2 ou 3 centimètres du méat; elle peut s'avancer jusqu'à 1 centimètre ou reculer à 5 centimètres; ordinairement, l'extrémité supérieure de son conduit correspond à la couronne du gland sur la face dorsale. Elle peut manquer (une fois sur sept), être précédée ou suivie de valvules semblables; son conduit, de 5 millimètres de longueur moyenne, n'a parfois que 2 millimètres et d'autres fois 8 et 10. *Le cas intéressant est celui où son orifice large est muni d'un repli muqueux résistant faisant valvule*, car la pointe d'une bougie court le risque de s'y engager. Pour éviter une fausse route, *il suffit alors de suivre la paroi postérieure ou inférieure du canal.*

La muqueuse urétrale est composée d'un épithélium et d'un chorion. *L'épithélium est cylindrique*, à plusieurs couches, depuis le méat jusqu'à la vessie; seul le détroit du méat, sur une étendue de 1 centimètre au moins, est couvert d'un épithélium pavimenteux *stratifié, comme le gland dont il semble une invagination.* Le chorion est remarquable par sa pauvreté en fibres conjonctives et sa *richesse en fibres élastiques*, qui le font ressembler à la muqueuse de la trachée. Ces fibres sont groupées en faisceaux dont on voit les reliefs sous forme de plis et qui donnent à la muqueuse sa teinte jaunâtre; leurs directions suivent l'axe du canal et les mailles qui résultent de leurs anastomoses sont toutes allongées. C'est grâce à cette structure que le canal *est éminemment élastique, qu'il s'allonge dans l'érection, qu'il se ferme étroitement après la*

miction, qu'il se rétracte en arrière quand on sectionne l'urètre, au point qu'on peut avoir de la peine à retrouver dans la plaie le bout postérieur.

Nous avons eu deux fois l'occasion de constater la section complète du canal de l'urètre par un coup de rasoir chez des déments.

Le deuxième cas fut opéré par nous pendant la guerre. Cette observation n'est pas banale.

Le bout postérieur fut très difficile à retrouver, bien que l'opération ait été faite une heure après la section.

Voici cette observation :

Section complète de l'urètre par un coup de rasoir chez un pédéraste.

Le soir du 25 octobre 1917, pendant la guerre, au cours d'une crise d'érotisme deux « malades » (c'est le nom qu'il faut maintenir à cette catégorie d'anormaux) en proie à une surexcitation génitale et sanguinaire se blessaient à coups de rasoir.

L'un d'eux tranchait les bourses et l'origine de la verge à son partenaire, puis se suicidait en se coupant la gorge.

De ce drame répugnant, il ne restait qu'un survivant qui fut transporté à notre hôpital.

C'est là que nous le vîmes à son arrivée; l'hémorragie était formidable, une ligature placée sur le corps caverneux et un tamponnement nous permit de réaliser l'hémostase et on attendit le lendemain pour faire une intervention méthodique et régulière.

Le 27 octobre, avec l'aide d'un de nos confrères, le Dr S... de Lille, nous opérâmes le blessé.

La plaie bien mise à nu et rendue béante par la pose de pinces de chaque côté montrait les tissus sectionnés de la façon suivante : l'urètre était sectionné dans la partie membraneuse, on apercevait les corps caverneux dont la ligature avait arrêté l'hémorragie, la peau du

scrotum était coupée sur une étendue de 20 à 25 centimètres mais la section s'était arrêtée aux deux cordons demeurés intacts. L'urètre membraneux seul était béant.

Le premier temps fut le repérage du bout inférieur, une sonde cannelée placée dans la partie post du canal servait de guide. A l'aide de fins catguts n° 0 nous plaçons un fil sans le nouer aux quatre points cardinaux du bout inférieur qui est bien tendu par l'aide.

Au moyen d'une petite curette nous avivons la surface de section du canal.

Ceci fait, par le méat urétral nous introduisons dans la verge une sonde béquille n° 19. La béquille apparaissant à l'extrémité du bout supérieur est dirigée à l'aide d'une pince dans le bout inférieur jalonné par la sonde cannelée.

Une fois la sonde bien placée dans la vessie, nous tentons le rapprochement des deux bouts du canal urétral; pour cela, procédant méthodiquement, nous réunissons les fils placés aux quatre points cardinaux du canal (bout inférieur) aux quatre points correspondants du bout supérieur et nous lions.

Nous complétons ensuite cette réunion par un fin surjet tout autour de la surface de section en nous servant de la sonde béquille comme plan résistant.

Réunion au catgut du plan sus-jacent. Suture aux crins de Florence, avec gros drain. On laisse, bien entendu, la sonde à demeure.

Le deuxième jour de l'opération, le 28 octobre, le sphacèle des corps caverneux est assez marqué, la verge présente des traînées légèrement noirâtres et violacées, tuméfaction légère de la région.

On fait un grand lavage à l'eau oxygénée dans le drain, après avoir fait sauter quelques crins on nettoie et on détache tous les débris sphacelés.

Pansement et grandes irrigations d'eau oxygénée dans la plaie.

6 novembre. — La sonde marche très bien. Les urines sont claires, la plaie bourgeonne, on continue les irrigations à l'eau oxygénée.

8 novembre. — Amélioration progressive, la sonde est bien tolérée.

19 novembre. — On retire la sonde en glissant une filiforme pour ne pas abandonner le trajet, on monte le conducteur et sur celui-ci on glisse une nouvelle sonde n° 19 à bout coupé.

Le malade quitte l'hôpital quinze jours après. Avant sa sortie on peut passer une bougie n° 12.

Ce malade dut être « urotrotomisé » secondairement.

Ce qui est certain, c'est que le tissu élastique du canal urétral ne se régénère pas. Après toute lésion qui le détruit (traumatisme, ulcérations) il est remplacé par du tissu fibreux, rigide et rétractile. *C'est le tissu des rétrécissements.*

La muqueuse urétrale renferme en outre des papilles vasculaires sur toute son étendue. Rares et petites ailleurs, elles ne sont bien développées que dans la portion balanique, au niveau de l'épithélium pavimenteux, sur une longueur de 1 à 2 centimètres; elles s'y disposent en séries régulières ou sont disséminées sans ordre.

Les glandes urétrales, outre la prostate et les glandes de Cooper, sont des glandes muqueuses de développement variable, les unes très petites en simples follicules, les autres en grappe et volumineuses, placées sous la muqueuse. Leur conduit est perpendiculaire ou oblique en avant par rapport à la surface. Elles existent sur tout le canal, depuis la fosse naviculaire, en arrière de la région pavimenteuse et papillaire du méat, jusqu'à la vessie, où quelques glandes rudimentaires se voient sur le trigone.

Celles de la région prostatique se confondent avec la prostate même, dont elles représentent des grains isolés et plus petits; celles de la région membraneuse, nombreuses et grosses, sont appelées par quelques auteurs *glandes de Littre*. Il faut savoir que Littre (1700) avait pris le muscle sphincter de l'urètre pour une vaste glande analogue à la prostate, et dans les foraminula il croyait reconnaître les orifices de cette glande péri-urétrale. *Littre n'ayant pas vu les glandes réelles*, et celles-ci ne différant pas des autres qu'on voit à la région spongieuse, il n'y a aucune raison historique ou anatomique, dit Charpy, de conserver cette dénomination...

Les glandes urétrales sécrètent du mucus. Toutes, comme la prostate, sont sujettes à s'infiltrer de concrétions brunes appelées corps amyloïdes. Elles donnent abri, dans la blennorrhagie chronique, au gonocoque, qui s'y enkyste et y demeure jusqu'à ce que le traitement bien dirigé arrive à l'en expulser.

L'urétroscope introduit dans l'urètre détermine la production d'un cône, dit cône urétral, que nous allons étudier.

Le cône urétral.

Manœuvre de l'urétroscope ordinaire. — Après examen du méat urétral, on choisira un tube muni de son mandrin que l'on trempera dans une solution de glycérine stérile. On introduira cet appareil dans le canal urétral, comme un béniqué ordinaire, en plaçant en haut la goupille destinée à recevoir l'appareil lumineux. Tenant le pavillon du tube entre le pouce et l'index de la main gauche, on retire le mandrin et la main droite va placer la lampe électrique dans l'intérieur du tube. On se sera assuré préalablement de son réglage, c'est-à-dire que montée sur le manche régleur, la lampe donnera son

maximum d'éclairage. La main droite introduit donc dans l'appareil, tenu de la main gauche, la lampe dans le tube; la goupille permettra la fixation de la source lumineuse. Une grosse vis de serrage placée en dessous rendra les deux parties inséparables.

L'appareil entier doit être tenu de la main gauche pour laisser à la main droite sa liberté opératoire. On commencera, une fois l'appareil posé, à l'incliner suffisamment vers le sol pour examiner l'urètre postérieur, de façon à faire couler l'urine au dehors. Un bon urétroscope doit, en effet, en raison de sa longueur, avoir pénétré dans le col (ceux qui n'ont que 13 centimètres, nous l'avons dit, imposent l'obligation d'éponger tout le temps l'urine qui s'écoule.

Technique d'examen. — Le tube est placé dans l'urètre postérieur, l'urine s'expulse par jet, la lampe est allumée, le manche a été abaissé pour faciliter cet écoulement. Que voyons-nous au fond du tube de l'urétroscope?

Disons de suite que, pour avoir ses deux mains libres, l'opérateur pourra se servir du support de cystoscope (modèle Gentile) adapté à l'urétroscope.

Étude du cône urétral. — L'étude du cône urétral permet de se renseigner sur l'aspect de la muqueuse de l'urètre. Nous la connaissons maintenant et nous savons quel doit être son aspect quand elle est saine.

Reconnaître les changements de coloration de la muqueuse à la suite des infections urétrales, c'est étudier ce qu'on a appelé « le cône urétral ».

Ce cône est plus ou moins long, selon que la paroi de l'urètre est plus ou moins souple, cela se comprend. L'urétroscope étant introduit complètement au fond du tube, on aperçoit une surface brillante, jaune orangé, sur laquelle se détache un réseau vermillon; c'est la paroi vésicale avec ses vaisseaux sanguins. Retirons douce-

ment l'appareil au dehors, un petit flot d'urine vient brusquement envahir tout le tube et obscurcir la lumière pendant un court instant : c'est que l'extrémité du tube de l'urétroscope se trouve juste au bord du sphincter, qu'il maintient largement ouvert et qui apparaît comme un croissant ou un petit anneau rouge se détachant toujours sur la vessie qui fait plus ou moins hernie au centre de la figure.

Retirant encore un peu notre appareil au dehors, nous constatons progressivement que le petit anneau de tout à l'heure se transforme en un « tronc de cône » régulièrement plissé; puis, c'est le début de l'« aspect en Y », sorte de cône présentant deux sillons bien marqués qui limitent un petit triangle dont la base est le bord même du tube et le sommet au fond de l'entonnoir. La surface présente des plis déjà plus gros et plus nombreux. Plus en avant encore, la figure se transforme, le champ se trouve divisé nettement par un Y en trois portions. Entre les deux branches, la surface plissée, qui est la suite du triangle précédent; puis, de chaque côté, des surfaces lisses légèrement convexes, qui sont les parois latérales et antérieures du canal de l'urètre. Nous arrivons ainsi à la fosse prostatique.

Étude de la fosse prostatique. — Limitée en bas par le « véru-montanum ». Ce véru se présente à nous sous la forme d'un petit bourrelet. La fosse prostatique (fig. 12), est lisse comme les parois latérales de tout à l'heure, mais plus jaune que le reste de la muqueuse. Relevant le manche de l'appareil et l'attirant à nous, nous allons voir le véru de face, avec les orifices qu'il présente.

A la partie antérieure, le véru; sur les côtés, les freins du véru (région d'élection pour les végétations et les lésions d'infiltration) (fig. 12).

Le véru présente des modalités extrêmement diverses

selon les individus. Son étude, qui a été remarquablement faite par Luys, dans son *Traité de la cystoscopie*, révèle des aspects variables (aspect en scaphandrier ou encore « véru hypertrophié du masturbateur », etc.). Retirant encore l'appareil au dehors, brusquement la figure change d'aspect; nous sommes au niveau du bulbe. C'est là que se trouve l'orifice des glandes de Cooper.

Faisant varier la position du tube de droite à gauche et de haut en bas, on facilite ainsi l'exploration. Il faudra surtout bien relever l'instrument pour suivre la paroi inférieure et chercher les orifices des glandes de Cooper.

Une fois le bulbe franchi, l'examen est facile, l'aspect est celui d'un cône plus ou moins plissé, sauf à la partie voisine de la fosse naviculaire, où les plis disparaissent. Comme dans le bulbe, il faut là aussi orienter l'extrémité du tube en tous sens pour bien voir la muqueuse. Pour l'examiner de profil, on maintiendra la verge sur le tube de la main droite et on attirera le tube à soi. La figure se transforme ainsi en tronc de cône très allongé sur les parois duquel se détacheront les moindres reliefs. Si on repousse au contraire le tube à l'intérieur, on juge et on apprécie l'élasticité de la muqueuse urétrale, qui vient faire hernie sur la bordure du tube.

Quelles sont les lésions visibles à l'urétroscope et curables par lui?

1° **Toutes les infiltrations de l'urètre**, que l'on peut diviser en deux sortes : infiltrations *molles* et infiltrations *dures*, l'infiltration dure étant justiciable de l'instillation au nitrate d'argent à 1 % et des badigeonnages de teinture d'iode, avec dilatation de la muqueuse urétrale.

2° **Le développement exagéré des cryptes de la muqueuse.**

3° **Les lésions d'inflammation chronique**, arborisations vasculaires, desquamations épithéliales, exulcérations

tions, infiltrations du tissu sous-muqueux, etc. (lacunites, littrites), toutes ces lésions particulièrement susceptibles de bénéficier de l'électrolyse et de l'« ionisation ».

4° Les polypes de l'urètre, justiciables du galvanocautère.

5° Les kératinisations, créées souvent par l'usage prolongé du béniqué, usage qui doit alors cesser et auquel on pourra substituer avantageusement les badigeonnages de teinture d'iode.

6° L'infiltration dure ou molle du véru avec orifices enflammés des canaux éjaculateurs, engendrant les troubles de l'éjaculation et bénéficiant de la cautérisation au nitrate à l'urétroscope, et qui s'accompagnent de symptômes cliniques connus et dont nous parlerons sous le nom de « spermato-cystite avec rétention ».

Enfin, l'urétroscope permettra, s'il n'y a pas d'infiltration ni de sécrétion retenue dans les lacunes, de supprimer la dilatation quand elle ne donne plus aucun résultat, ou les lavages quand ils sont devenus eux-mêmes nuisibles (urètres trop lavés, examens microscopiques de la troisième catégorie, septième groupe). Rappelons-nous les affections urétrales qui guérissent d'une façon presque constante après la cessation du traitement (chapitre des *Gouttes éternelles*).

DEUXIÈME PARTIE

L'urétroscopie moyen de traitement.

Opérations pouvant être faites à l'aide de l'urétroscope.

On peut, à l'aide de cet appareil, pratiquer quatre genres d'interventions diverses également importantes :

1° *La galvanocautérisation ;*

2° *L'ionisation ;*

3^o *L'étincelage de l'urètre* (haute fréquence);

4^o *Le cathétérisme des canaux éjaculateurs.*

1^o **Galvanocautérisation.** — La galvanocautérisation se pratiquera le plus souvent à l'aide d'un petit cautère urétral spécial. Un autre procédé excellent est le portecoton chauffé au rouge blanc et approché d'un cristal de nitrate d'argent; on l'applique ensuite sur la muqueuse. A l'aide du cautère on pourra pratiquer l'excision des polypes sessiles ou pédiculés de l'urètre.

On peut encore, dans certains cas de prostatite chronique (prostatite petite, dure, avec œdème bulleux de la muqueuse, « sorte d'œdème en grappe de raisin »), recourir à la galvanocautérisation, qui améliore beaucoup cette variété de prostatite. On couvre la région prostatique de pointes de feu faites au galvanocautère sous le contrôle de la lumière urétroscopique.

2^o **Ionisation.** — L'ionisation a donné les meilleurs résultats dans les urétrites très anciennes et très rebelles, pour lesquelles on a déjà essayé les lavages, les béniqués, le kollmann, etc.

L'ionisation se fait à l'aide de l'aiguille électrolytique en zinc. Pour produire du chlorure de zinc à l'état naissant, on pratiquera l'ionisation à l'aide de l'aiguille électrolytique de Gentile. Une application à l'orifice de la glande fera cesser quelquefois une sécrétion persistante. Les lésions rebelles siègent le plus souvent au-dessus du véru, entre le véru et le col de la vessie.

Il faut placer le pôle négatif sous les fesses du malade; le pôle positif doit être relié à la pointe de l'aiguille.

(Si l'on faisait passer le courant en sens inverse du sens où il doit passer, on ne déposerait que de la soude.)

On fera donc en sorte que le pôle positif soit bien au bout de la pointe de l'aiguille électrolytique. De cette

façon. on dépose du chlorure de zinc sur la lésion urétrale.

3^o *Étincelage* (haute fréquence). — Cette méthode s'adresse aux blennorragiens dont les grands lavages, les instillations, les dilatations poussées très loin avec tous les instruments ont été impuissants parfois à tarir l'écoulement ainsi que les sensations pénibles qui l'accompagnent.

L'appareil à produire les courants de haute fréquence dont se sert Demonchy est l'appareil de la maison Lowestein modifié par le D^r Heitz-Boyer et muni d'un résonateur de Houdin.

L'électrode. — L'électrode construite par Gentile est formée d'une petite tige de cuivre rouge bicoudée en baïonnette, montée sur un manche isolant et recouverte d'un tube de caoutchouc facile à changer quand il vient à se percer, d'un diamètre de 2 millimètres, celui d'un galvano. Son encombrement est donc des plus réduits et permet de travailler facilement sous le contrôle de la lampe de l'urétroscope.

Voilà pour l'instrumentation.

La technique. — L'électrode est reliée au résonateur et l'appareil est réglé. On repère la lésion à l'urétroscope.

On place l'électrode, puis on l'éloigne de 2 ou 3 millimètres.

La région malade est criblée d'étincelles pendant quelques secondes. Elle se transforme en une surface cendrée blanchâtre.

Pendant toute la durée de l'opération, on suit de l'œil le jet d'étincelles, que l'on dirige à son gré en insistant plus ou moins suivant les points.

Pas de fumée, pas de sang, pas de douleur. Les suites du traitement se réduisent à un léger suintement muco-

purulent pendant une huitaine de jours; puis disparition progressive des filaments.

Au bout d'un mois, l'examen urétroscopique ne permet plus de trouver trace des lésions et des cautérisations. La muqueuse présente un aspect normal; elle est fine et plissée.

4^o Le cathétérisme des canaux éjaculateurs. — L'urétroscopie permet dans certains cas de spermato-cystite avec rétention de pratiquer le cathétérisme des canaux éjaculateurs.

Nous conseillons de se reporter aux traités spéciaux dans lesquels cette intervention est déjà décrite (*Traité de la cystoscopie*). On se servira du tube courbe de l'urétroscope et le cathétérisme se fera à l'aide d'un filiforme n^o 4 ou mieux encore à l'aide du petit cathéter en argent et gradué, à extrémité tout à fait mousse.

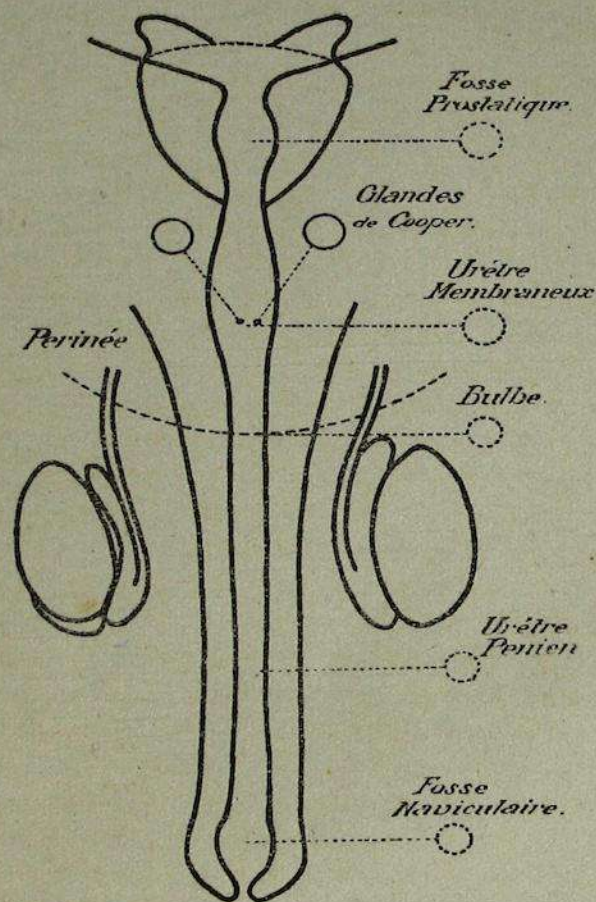
Nous avons signalé au chapitre des complications de la blennorragie l'indication de cette intervention dans certains cas rares de vésiculite blennorragique avec oblitération du déférent et collection vésiculaire.

Elle est en tout cas tout à fait du domaine des chirurgiens spécialistes.

La figure 13 montre notre modèle de schéma urétroscopique sur lequel, dans le service, après chaque urétroscopie nous inscrivons les lésions constatées dans les différentes zones urétrales explorées. Ce type de schéma est reproduit également au verso des feuilles d'observation du service des blennorragiens. (Voir *La Blennorragie dans l'armée et le fonctionnement du service*.)

L'urétroscopie n'a pas autant d'intérêt chez la femme, dont l'urètre est plus accessible que chez l'homme sur la totalité de son trajet.

Tels sont les renseignements et les interventions que l'on peut attendre de l'urétroscopie.



Type de Schéma Uréthroscopique.

FIGURE 13

Le praticien n'a certes pas à la pratiquer, mais il doit la connaître, car en de certaines mains exercées elle peut rendre de très grands services.

Nous savons maintenant ce qu'est la blennorragie; nous allons dans la deuxième partie de cet ouvrage apprendre comment on la guérit.

DEUXIEME PARTIE
COMMENT
ON GUÉRIT LA BLENNORRAGIE

CHAPITRE I

LA BLENNORRAGIE DE L'HOMME

COMMENT ON GUÉRIT UNE BLENNORRAGIE EN QUINZE JOURS

Une chaudepisse est un cas d'urgence. La blennorrhagie doit être traitée et vaincue « dans l'œuf ».

COMMENT ON GUÉRIT UNE BLENNORRAGIE EN QUINZE JOURS.

- 1° **Ce qu'est le traitement abortif.**
- 2° **Les neuf conditions du traitement abortif :** 1. le coût de moins de trente-six heures ; 2. l'incubation normale ; 3. le méat ni rouge ni tuméfié ; 4. le verre d'urine sans vrais filaments ; 5. le deuxième verre d'urine clair ; 6. l'examen de la goutte « sans gonocoques intra-cellulaires » ; 7. pas de traitement antérieur ; 8. le traitement sera confié au médecin ; 9. le traitement sera continué pendant douze jours.
- 3° **La technique détaillée.**
- 4° **La technique du traitement abortif consiste dans :** le grand lavage au permanganate fait trois fois par jour, si possible, en tout cas au moins deux fois, combiné avec les injections à la seringue faites par le malade lui-même.
- 5° **Le vrai début apparent d'une blennorrhagie.**
- 6° **L'échec du traitement abortif ; sa définition :** l'abortion a échoué si, après huit jours de traitement, la goutte persiste trois heures après la miction.
- 7° **La théorie néfaste du « laissez couler ».**
- 8° **Le traitement précoce doit succéder immédiatement à l'échec du traitement abortif.**

Le traitement abortif de la blennorrhagie.

Le traitement abortif de la blennorrhagie est peut-être le chapitre le plus intéressant du traitement de cette maladie. Il importe de bien préciser ce qu'est le traitement abortif et de le définir d'une façon extrêmement précise. Ce n'est pas le *traitement précoce*, qui, comme nous le verrons plus loin, doit être institué systématiquement.

quement, c'est le traitement qui, comme son nom l'indique, poursuit le but extrêmement intéressant d'*enrayer la blennorragie avant son apparition clinique*; c'est la méthode qui consiste à traiter le malade dans cette phase préblennorragique pendant laquelle il «*incube*» son infection, phase trop courte, hélas! pendant laquelle le gonocoque n'a pas encore produit des dégâts irrémédiables et pendant laquelle il est encore très facilement vaincu.

Tous les urétrologues sont d'accord pour vanter les avantages de ce traitement qui, malheureusement, pour des raisons que nous allons exposer tout à l'heure, n'est pas assez souvent à notre portée. Si l'on pouvait tenter plus souvent l'abortion, la maladie serait enrayerée beaucoup plus souvent. Pourtant, il importe que tous les praticiens la connaissent et que tous la mettent en pratique lorsque les circonstances le leur permettront. Il y aurait donc de ce fait trois sortes de traitement de la blennorragie :

1° *Le traitement abortif ou abortion* ;

2° *Le traitement précoce*, qui doit être institué systématiquement en n'ayant jamais recours à la vieille pratique néfaste du «*laissez couler*» ;

3° *Enfin, le traitement classique de la forme chronique de la maladie*, qui est celui que l'on a, hélas! le plus souvent l'occasion d'appliquer, parce que c'est toujours à cette période que les malades viennent nous consulter.

Dans quel cas le traitement abortif est-il possible?

C'est ce que nous allons poser sous la forme des neuf conditions indispensables à son succès.

Les neuf conditions du traitement abortif.

Pour qu'une chaudepisse guérisse en quinze jours. il y a neuf conditions à remplir :

1° Le coït sera de moins de trente-six heures. — Il est bien évident que s'il est plus récent encore, les conditions vont être encore plus favorables. Mais combien, hélas ! sont rares les cas où les malades viennent consulter le spécialiste aussitôt après un coït suspect, ou du moins dans les premières heures qui suivent ce coït !

2° La durée d'incubation aura été normale. — Ceci demande une explication. C'est-à-dire que si le coït est très récent et que l'infection se soit manifestée rapide et foudroyante, si l'écoulement est apparu « très vite » (incubation courte), le pronostic est très mauvais, les chances d'abortion sont presque perdues et l'on comprend tout de suite qu'il s'agit, dans ces cas, d'une virulence exagérée du microbe, en tout cas d'un terrain tout préparé à une infection plus grave, en un mot, d'un défaut spécial de résistance du sujet.

3° Le méat ne sera ni rouge ni tuméfié. — La tuméfaction très rapide du méat prouve, en effet, un degré maximum de virulence de l'infection et diminue encore les chances de l'abortion.

4° La lecture du verre d'urine ne révèle pas de vrais filaments : ni filaments lourds ni filaments purulents (Engelbreth) dans le verre. — On constatera plutôt de rares flocons muqueux.

5° Les deux premiers verres d'urine ne sont pas troubles. — Si les deux premiers verres d'urine étaient troubles, inutile de compter sur l'abortion ; l'urètre postérieur est déjà infecté.

6° L'examen de la goutte révèle de rares gonos, tous extra-cellulaires. — L'examen de la goutte ne devra montrer que des gonocoques extra-cellulaires et en tout cas

beaucoup plus nombreux « en dehors » des cellules et des leucocytes qu'à leur intérieur.

7° Le malade n'aura pas fait de traitement antérieur. — Il faut donc bien se garder d'avoir recours à toutes ces prétendues injections abortives ou à ces traitements intempestifs et faits sans méthode. Ils compromettraient irrémédiablement les chances d'abortion.

8° Le traitement abortif ne sera pas confié au malade.

9° Le traitement sera continué environ dix à douze jours.

Voici donc quelles sont les conditions indispensables et fondamentales pour espérer du traitement abortif ce qu'on est en droit d'en attendre. Disons de suite combien ces neuf facteurs sont rarement rencontrés.

D'abord, la plupart du temps les malades ne viennent à nous que lorsque leur blennorragie est nettement déclarée, c'est-à-dire remonte à trois ou quatre jours au minimum. Il faut même reconnaître que tout début apparent déclaré par le malade est toujours inférieur à la vérité. Pour être sûr de l'horaire exact de la contagion, il n'y a qu'un moyen : c'est de savoir exactement l'heure à laquelle le malade a coïté.

Il est extrêmement rare, en dehors de quelques malades récidivistes, anciens clients vétérans de la chaudière ou gens avertis par des infections antérieures, de voir à nos consultations les malades auxquels profiterait le traitement abortif pendant cette période si courte des trente-six heures. Il est classique, au contraire, de les voir se précipiter soit chez le pharmacien, soit chez un donneur quelconque de conseils qui va compromettre tout le succès qu'on serait en droit d'espérer.

Nous verrons au chapitre de la prophylaxie individuelle combien nous souhaiterions que des conférences pratiques et instructives soient instituées pour renseigner les futurs candidats à la blennorragie sur l'importance de se confier avant tout au médecin dès qu'ils ont affronté un coït suspect et qu'ils redoutent l'apparition d'une blennorragie. Voulant même multiplier les avertissements dont le malade a besoin, nous avons cru bien faire de préciser exactement les signes du « début apparent d'une chaudepisse »; nous avons tenu à exposer dans un chapitre spécial quels étaient ces symptômes révélateurs de la contagion pour les ignorants et les novices, de manière que le malade puisse constater « sur lui-même » les symptômes qui l'obligeront à courir chez le médecin. Il faudrait donc que tous les praticiens fassent un peu l'instruction de leurs clients quand l'occasion s'en présente et soient édifiés eux-mêmes sur l'importance et les résultats du traitement abortif, de façon à l'employer systématiquement dans leur clientèle. Il serait bien désirable que les malades évitent toujours les fâcheuses tergiversations avant de recourir au *vrai* traitement rapide et *sûr* de la blennorragie. Il faudrait donc vulgariser et répandre l'utilité du traitement abortif; c'est, à notre sens, une mesure prophylactique des plus intéressantes.

Nous avons dit que le traitement abortif doit être l'œuvre du médecin exclusivement. En effet, la confier au malade, c'est courir à un échec, et c'est pour cela que nous dirons à ce même chapitre de la prophylaxie individuelle masculine que nous avons pris l'habitude de déconseiller à nos clients, déjà traités pour des blennorragies successives, la pratique systématique du lavage au permanganate, qu'ils ont tendance à vouloir employer eux-mêmes après un coït suspect, en se souvenant de leur

heureuse guérison antérieure par des lavages au perman-ganate.

Parmi ces neuf conditions essentielles et fondamentales, nous devons répéter qu'il faut que le malade n'ait commencé aucun traitement, soit à la seringue, soit avec les multiples « solutions merveilleuses » que la réclame la plus éhontée sème sur les pas des jeunes débutants...

Beaucoup d'auteurs fixent pour la durée du traitement, dans les cas de virulence moyenne et d'incubation normale, une période d'une huitaine de jours. Nous pensons que c'est là un minimum, et pour les cas pris un peu tardivement *dix à douze jours sont nécessaires*. Nos livres classiques montrent, à notre sens, un optimisme excessif.

La durée du traitement doit dépasser largement le jour supposé de la guérison si l'on ne veut pas assister à des rechutes trop fréquentes. Évidemment, on pourra objecter dans ces cas qu'il s'agit plutôt d'une guérison rapide que d'une véritable abortion de la blennorragie.

C'est exact, mais je demande à ces malheureux malades qui traînent depuis des mois une chaudepisse rebelle et interminable s'ils n'auraient pas été satisfaits de guérir en dix et même en quinze jours ! Ce n'est pas un mince avantage que d'éviter la propagation du gonocoque à l'urètre postérieur, les complications locales et générales, les lésions interstitielles à tendances chroniques, en un mot de transformer en une maladie de quinze jours, simple et sans symptômes apparents, une affection de plusieurs mois, répugnante et douloureuse.

L'histoire d'un malade de notre clientèle d'avant-guerre soigné et guéri par l'abortion est des plus instructives.

On a toujours l'habitude de citer les cas heureux, mais celui-ci est si typique, que nous nous reprocherions de ne pas le faire connaître.

M. X..., vingt-cinq ans, un de nos anciens clients guéri

depuis plusieurs années d'une première blennorragie, commet la faute insensée, quelques jours avant son mariage, après le classique dîner d'enterrement de vie de garçon, de pratiquer dans une maison de tolérance un coït suspect.

Le lendemain matin, nous voyons arriver ce garçon très sérieusement et très justement inquiet sur le sort immédiat de son urètre et, par répercussion, sur celui si proche de son hyménée.

Nous instituons immédiatement le traitement abortif par les grands lavages au permanganate à 1 pour 10.000.

Le surlendemain nous recevons la visite d'un ami du fiancé, qui nous avoue avoir partagé les faveurs de la dame « donneuse de gonocoque », et il se présente porteur de cette superbe suppuration de l'urètre compliquée de balanite qui la faisait comparer par un de nos infirmiers, sans doute expert en pâtisserie, à un « cornet à la crème ».

Nul doute sur la nature contagieuse du cadeau qui avait été largement octroyé par la dame à ses deux adorateurs « subintrants »; seulement, cette deuxième victime, moins ombrageuse que la première puisque le mariage ne l'attendait pas, avait remis au lendemain le soin de s'occuper de son urètre; quarante-huit heures s'étaient écoulées et la blennorragie à l'état floride s'était installée!

Nous avons ainsi la preuve évidente de la nature ultra-contagieuse du coït pratiqué par les deux amis.

Les jours suivants, nous constatons l'arrêt de l'infection gonococcique chez le premier, soigné à 8 heures du matin (le coït datait de 3 heures du matin), et nous avons en même temps la preuve indéniable de l'opportunité et de l'heureux effet du traitement abortif.

Nous pratiquions à notre fiancé trois lavages par jour et à 1 pour 10.000, et nous eûmes la chance et la joie de le

guérir assez à temps pour que cette faute ne fût pas pour lui la cause d'un avenir à jamais compromis.

Ce qui se dégage de cette observation, c'est que, même cinq heures après un coït très infectant, le gonocoque peut n'avoir pas encore progressé au point d'avoir infecté en étendue et en profondeur tout le canal de l'urètre (fig. 14); c'est donner le droit de penser que l'« épi » ne grimpe qu'avec une certaine lenteur; c'est justifier la pratique précoce, rapide, immédiate du grand lavage, qui est alors plus qu'abortif, presque préventif et permet d'enrayer sur place l'infection en puissance.

Technique du traitement abortif.

1° *La solution antiseptique à employer.* — Les urétrologues ont préconisé différentes substances antiseptiques pour le traitement abortif. Janet a vanté les mérites de l'argyrol à 10 %, d'autres emploient le sublimé à très faible dose; certains, plus rares, emploient le nitrate d'argent très étendu. Les Allemands ont préconisé tout particulièrement l'usage du protargol.

Nous allons exposer ici le traitement qui nous a donné personnellement les meilleurs résultats. Dans la pratique civile, nous avons eu recours à deux solutions : l'argyrol à 10 %, le permanganate à 1 pour 10.000.

Depuis ces dernières années, en raison des difficultés à se procurer de l'argyrol, nous employons le permanganate exclusivement. Si l'on veut une définition du traitement abortif, la voici :

Pour nous, la méthode du traitement abortif de la blennorrhagie consiste essentiellement dans le grand lavage au permanganate faible, trois fois par jour si possible, en tout cas au moins deux fois, combiné avec les injections à la seringue, faites par le malade lui-même.

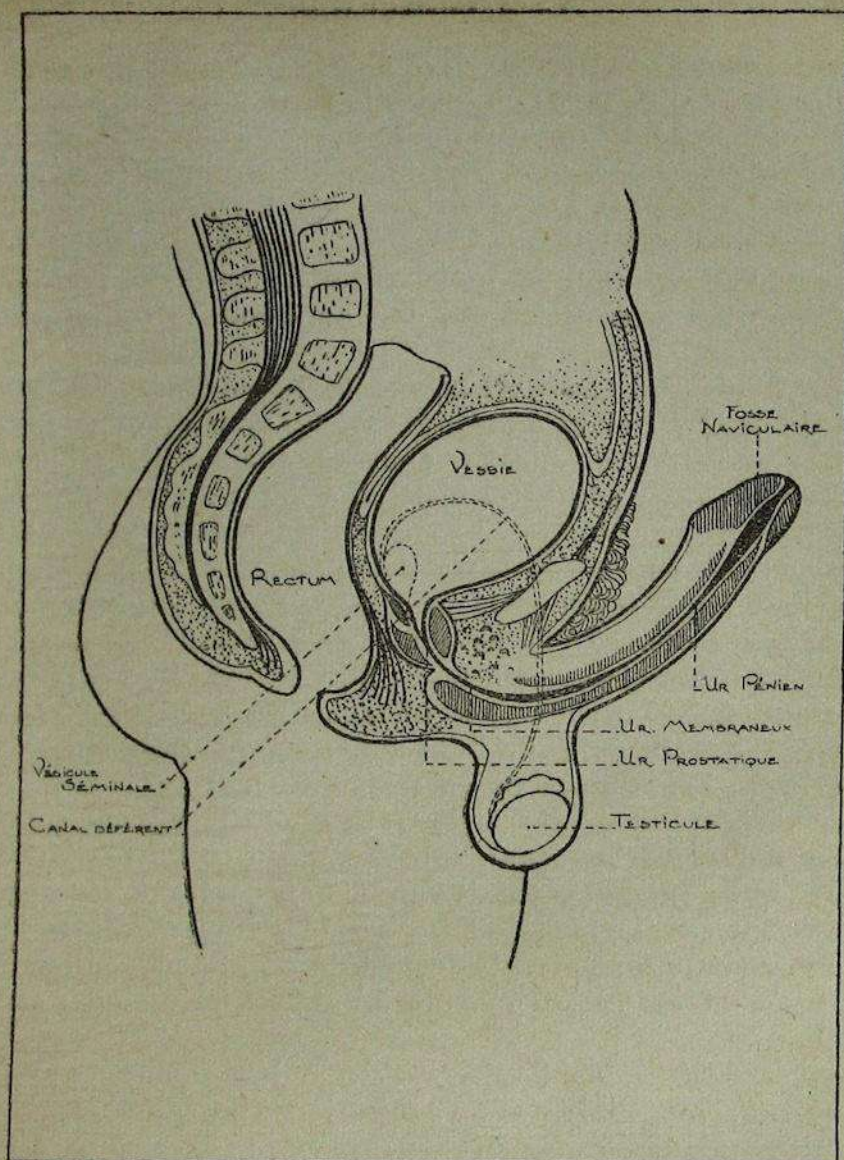


FIGURE 14

Coupe de l'appareil génito-urinaire de l'homme (les trois urètres).

2^o *Nombre de séances.* — Le malade subira trois lavages urétro-vésicaux (avec cocaïnisation s'il y a lieu) dans la même journée, le matin, à midi et le soir. Il est important de passer dans la vessie, c'est-à-dire de pratiquer le lavage « urétro-vésical ». On y arrivera par les procédés habituels de cocaïnisation de l'urètre. Il faut ici redoubler de soins; l'observation scrupuleuse de la méthode, pour le médecin ou le praticien qui doit appliquer le traitement abortif, est tout.

3^o *Technique exacte du lavage au permanganate.* — Ce mode de traitement, en effet, entre les mains de quelques rares malades très adroits, pourrait donner d'excellents résultats; mais pour être institué à l'état de système ou de méthode, il faut tenir compte du nombre plus grand de malades pour lesquels il deviendrait même dangereux, en tout cas très délicat à pratiquer. Le succès, en effet, est ici subordonné à la perfection de la technique, c'est-à-dire au passage sans heurts du liquide dans l'urètre postérieur, après désinfection soigneuse et méticuleuse de l'urètre antérieur. Un défaut de technique provoquerait une réaction intense de la région du col vésical, d'où impossibilité de continuer le traitement, d'où échec complet d'une méthode qui, mieux dirigée et laissée entre des mains expertes, aurait conduit au succès. C'est que, dans ces cas, la faute est irréparable. Nous considérons donc comme un précepte formel de ne jamais confier le traitement abortif au malade lui-même, au moins à son début.

4^o *Les injections à la seringue.* — Nous pensons avec Lebreton que l'usage d'une injection à la seringue faite par le malade lui-même est une pratique excellente, à la condition de bien spécifier ce que doit être la technique de cette intervention confiée au malade.

Celui-ci se servira d'une seringue de petite dimension

(fig. 15), ne dépassant pas 5 à 6 centimètres cubes de capacité. On injectera lentement son contenu de façon à ne jamais distendre l'urètre membraneux, ce qui causerait de la douleur; en un mot, à ne jamais rien refouler vers l'urètre postérieur, ce qui créerait immédiatement un besoin d'uriner douloureux et irrésistible. Le titre de la solution de permanganate employée sera à 1 pour 5.000. Le malade gardera dix minutes cette solution dans l'urètre antérieur. L'injection sera répétée deux fois par jour, à midi et à 11 heures du soir, par exemple, dans l'intervalle des lavages, qui ont lieu le matin et le soir vers 5 heures.

Telle est la technique du traitement abortif par le permanganate, qui nous

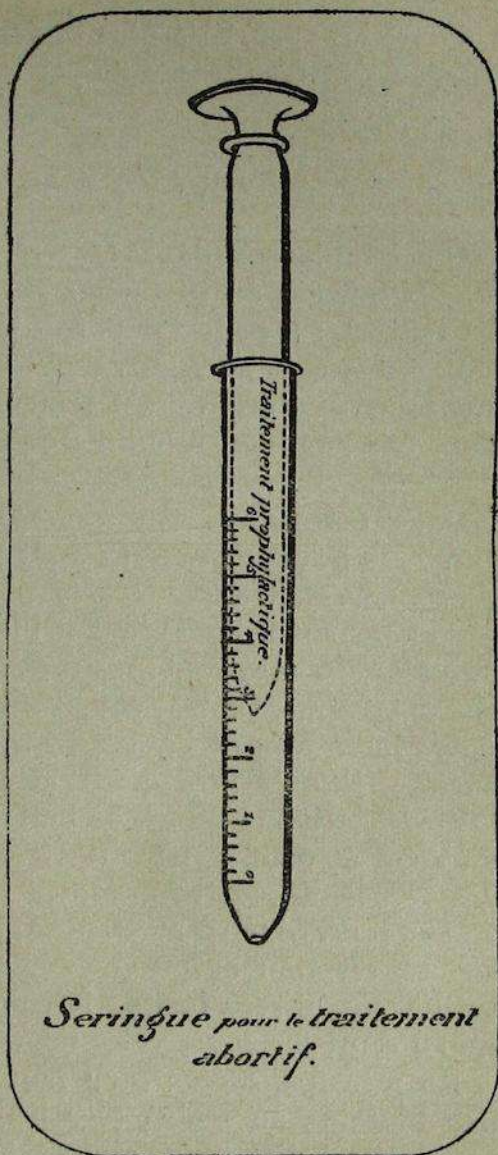


FIGURE 15

a donné les succès les plus intéressants. Le tableau statistique des résultats obtenus est tout à fait éloquent.

Technique avec l'argyrol.

On remplacera dans la technique par l'argyrol les grands lavages au permanganate par de grands lavages à l'argyrol à 5 pour 1.000. Les injections intercalaires seront faites à la seringue, par le malade lui-même, avec une solution d'argyrol à 1 pour 6 (Janet) ou à 1 pour 10 deux fois par jour, selon d'autres auteurs.

CONCLUSIONS. — En résumé, *la totalité du canal de l'urètre se trouve de ce fait traitée quatre fois dans les vingt-quatre heures*. On prendra la précaution de débarrasser complètement le canal, avant l'injection, de son contenu purulent, au moyen de quelques pressions sur le périnée et sur la verge. Ce traitement sera continué pendant plusieurs jours jusqu'à l'assèchement complet et définitif de l'urètre, jusqu'à la disparition de la rougeur inflammatoire de l'orifice urétral, de la douleur ressentie à l'entrée du méat et dans la fosse naviculaire. Habituellement, la disparition de ces symptômes se produit vers le quatrième jour. Si, à ce moment-là, la guérison ne paraît pas encore certaine et progressive malgré l'application du traitement, il sera bon de le continuer quand même jusqu'au septième jour, voire même jusqu'au douzième.

En principe, disons qu'il faut continuer le traitement une huitaine au moins (cas heureux) et douze jours au plus, c'est-à-dire que, malgré les apparences de succès qui se manifestent dès les premiers jours, on ne doit pas l'abandonner. Il faut suivre le traitement pendant un minimum de dix jours environ pour être bien certain

d'avoir réussi à enrayer l'infection gonococcique de façon définitive.

Il est bon de pratiquer un nouvel examen de goutte le *quatrième jour* pour se rendre compte de la disparition du microbe de Neisser.

Il faudra éviter de prendre pour une preuve de non-guérison, en cas de traitement argentique, la goutte purulente que l'on peut ramener au méat par pression pendant les heures qui suivent l'injection faite par le malade, tant que ce dernier n'a pas uriné, ce qui est un symptôme inhérent au traitement lui-même, l'argyrol provoquant classiquement cette réaction purulente dont la valeur ne peut être appréciée que microscopiquement.

Presque tous les malades que nous avons traités ainsi, et notre statistique est basée sur plusieurs centaines de cas, ont guéri dans les cinq ou sept jours qui ont suivi le début apparent de la maladie. On nous accordera donc qu'après une durée aussi minime de traitement et des succès aussi remarquables, il est de toute importance que le praticien, même non spécialisé, s'intéresse au traitement abortif et ainsi à la lutte organisée contre la blennorragie, faisant litière de l'ancienne thérapeutique, si défectueuse, des ordonnances routinières et de la thérapeutique des bras croisés.

Mais s'il faut traiter une blennorragie de si bonne heure, il est de toute importance que le malade sache bien QUAND il est sous la menace d'une blennorragie. Or, si simple en apparence que paraisse la question, elle est assez délicate parfois, et c'est cette ignorance *du vrai début apparent* d'une chaudepisse qui tient quelquefois le malade dans l'expectative. Nous croyons devoir, pour les inexpérimentés, dresser le tableau précis du début symptomatique de la chaudepisse.

Le vrai début d'une blennorrhagie.

A quoi reconnaît-on qu'on a la chaudepisse ?

Cette question prouve combien tout en matière de blennorrhagie est encore imprécis et confus, car l'importance de ce diagnostic précis au moment même où la maladie se déclare présente une grosse importance au point de vue du traitement abortif. Il faut donc spécifier les caractères cliniques auxquels le malade reconnaîtra qu'il a eu la malchance de contracter cette maladie.

Le naïf, l'insouciant et le froussard sont les trois candidats désignés pour les chaudepisses rebelles.

Il existe en effet trois catégories de malades qui, par leur tempérament, vont tomber dans les trois écueils qui empêchent le succès d'un traitement abortif. Pour eux, il n'existera comme planche de salut *que le traitement précoce* ; le traitement abortif est irrémédiablement perdu. Il faut donc préciser, pour ceux qui ne veulent être ni naïfs, ni insoucians, ni timorés, les caractères tout à fait exacts auxquels ils reconnaîtront qu'il faut se précipiter chez le médecin, ce qui arrive à dire quel est le début apparent d'une chaudepisse.

On peut le définir : *la première sensation de chatouillement naviculaire, la première apparition de liquide opalin au méat.*

C'est un fait courant que les malades croient toujours le début de leur blennorrhagie plus récent qu'il ne l'est en réalité ; aussi dans toutes nos observations du service hospitalier avons-nous dû nous baser, pour savoir exactement la date du début de la contagion, sur la déclaration de la date, de l'heure du dernier rapport. Il n'y a pas d'autre moyen de préciser la question.

Il est évident que la précision de ce début apparent

n'est intéressante que pour le malade lui-même. Tous les praticiens étant très au courant des caractères cliniques du début d'une blennorragie, ce n'est donc pas pour eux que nous écrivons ceci, mais plutôt pour renseigner le malade et lui indiquer les signes avertisseurs de la contagion.

Malgré ces avertissements, il y a trois types de malades pour lesquels, nous le disions plus haut, le bénéfice du traitement abortif sera perdu.

Le *naïf* a confiance dans la compagne de ses joutes amoureuses, et comme il nous déclare avec sérénité qu'il s'agit d'une femme mariée, ou encore d'une femme honnête et... « ne faisant pas la vie » (voire même de la femme d'un ami!), autant d'arguments décisifs qu'il considère comme probants, il s'endort dans une douce quiétude, béate et sereine, dont le réveil sera, hélas! cuisant et révélateur. Le médecin, doublé du psychologue, auquel le malade fera ces naïves déclarations, n'insistera pas, mais il pensera que cette naïveté a fait perdre à son malade les chances d'un traitement radicalement abortif. Il devra donc s'employer non pas à dessiller les yeux de son client, besogne dangereuse et souvent inutile, mais s'occuper le plus rapidement possible de guérir son urètre.

L'*insouciant* est l'homme fort, qui se vante de ses chaudepisses comme un poilu de ses chevrons. Il répète volontiers la maxime : « Il y en a qui l'ont eue, qui l'ont et qui l'auront. » Sur l'impénitence de ceux-là nous n'insisterons pas, regrettant seulement que les jeunes écoutent et retiennent ces divagations.

Le *timoré* prend généralement toutes les précautions, choisit ses sujets, consent à quelques sacrifices pour éviter du moins le fatal « coup de pied ». Par une ironie du sort qui fait sourire l'insouciant, toutes ces précautions aboutissent un jour à l'inévitable...

Parfois sa crainte est prématurée; immédiatement

alors, affolé, il se précipitera dans une officine, d'où il sortira les bras chargés de munitions aussi différentes que dangereuses (seringues, solutions), puis, avec toute la hâte d'un homme terrorisé par ce coup du sort, il se donnera la plus belle urétrite qu'on puisse voir : chimique et gonococcique, parfois compliquée de cystite. Pour celui-là, l'abortion n'existe pas; il est voué à l'urétrite interminable!

Ce sont nos clients rebelles et qui, même guéris, versent dans la névrose. Il faut donc que les malades soient bien renseignés sur les signes qui indiquent le début de leur chaudepisse, et une fois cette constatation faite qu'ils ne fassent pas de fautes.

Après un coït suspect, on surveillera le méat urinaire, on guettera la sensation du premier chatouillement naviculaire, qui ne tardera pas à être suivi de l'apparition du liquide séro-purulent au méat. **Le vrai début réel, c'est donc, avec le liquide opalin, le chatouillement naviculaire.** Il faut dire et répéter que la seule conduite salutaire pour un malade qui a un début apparent de chaudepisse est de se faire soigner le plus tôt possible, et *surtout de ne pas essayer de se traiter lui-même.*

Voici ce que doivent lire les malades sortant de notre service sur l'ordonnance prophylactique qu'on leur remet à la sortie :

Ordonnance à répandre.

Ce qu'il faut savoir :

La blennorragie, vulgairement appelée « chaudepisse », n'est pas une maladie insignifiante. Les conséquences en sont trop graves pour que cette affection soit traitée à la légère.

On doit voir un médecin dans les trente-six heures qui suivent le coït si l'on veut guérir en quinze jours.

Le premier signe révélateur d'une « chaudepisse » est le chatouillement de l'urètre.

Quand on constate la goutte de pus, il est trop tard pour le traitement abortif.

Échec du traitement abortif.

L'abortion a échoué si après huit jours de traitement la goutte purulente persiste trois heures après la miction.

Lorsque le traitement abortif a échoué, quelle doit être la conduite à tenir? Faut-il recourir, comme certains l'ont conseillé, à la vieille expectative de Ricord et attendre jusqu'au vingtième jour? Nous affirmons formellement que « non », nous basant sur les résultats acquis.

Quand nous avons continué le traitement après échec de l'abortion ou même en désespoir de cause, cela nous a permis quelquefois de récupérer une guérison inespérée.

Dans le cas très net où le traitement abortif a échoué, c'est le moment d'instituer alors le traitement précoce.

Technique du traitement précoce.

Comme il n'y a plus d'abortion pour une chaudière vieille de sept jours, nous préconisons systématiquement le traitement précoce, considérant la pratique du laissez couler comme complètement à abandonner. Le traitement précoce peut être soit celui d'un blennorragien qui vient consulter au quatrième ou au cinquième jour de sa maladie, soit le traitement institué après échec du traitement abortif.

Le traitement précoce consiste à faire deux grands lavages deux fois par jour au moins, selon la méthode instituée au chapitre *Code du lavage*. Ceci revient à dire que, contrairement à ceux qui ont fait un essai de traitement abortif puis y renoncent, nous sommes formellement d'avis de le continuer et que seul le pronostic de la durée du traitement est alors en jeu et se pose.

Le traitement précoce est donc une simple modifica-

tion du traitement abortif. Le malade ne fait plus ses injections lui-même à la seringue, il est soumis au lavage du matin et du soir. Avec ce traitement, non seulement nous sommes certains que la durée sera plus courte, mais en même temps nous organisons toutes les précautions nécessaires pour parer aux éventualités de complications qui se produisent classiquement dans cette période (orchites, cystites).

Les objections qui ont été données contre le traitement précoce sont les suivantes : les adversaires nous disent : « N'arrive-t-il pas, au bout de quelques lavages, qu'un liquide séro-sanguinolent apparaît, les douleurs mictionnelles sont extrêmement violentes, la cystite du col s'installe. Or, à l'apparition de ces symptômes cliniques, le médecin est forcé de renoncer au lavage et de recourir aux boissons émollientes pendant quelques semaines avant de reprendre la méthode classique. Mieux valait s'abstenir! »

A cela nous répondons : *les lavages ONT ÉTÉ MAL FAITS. C'est parce que la méthode a été appliquée d'une façon défectueuse ou maladroite* que l'on n'a pu continuer le traitement précoce. Le médecin qui constate des réactions de la muqueuse urétrale après certains traitements prématurés l'obligeant à recourir, après cette tentative malheureuse, à l'expectative, a dû commettre une faute. C'est cette faute seule qui le contraint à abandonner le traitement précoce et ce n'est pas la méthode qui est en défaut. Car, encore une fois, lorsque le traitement est bien dirigé, ces complications sont totalement évitées et le traitement peut être continué jusqu'à la guérison.

La réaction de la muqueuse, tout est là. « Méfiez-vous de la réaction de l'urètre déjà enflammé, déjà irrité par l'infection », nous disent les vieux partisans du « laissez couler ». Nous répondons avec plus de vingt années de

pratique, *que plus vite un urètre sera lavé, plus vite il sera guéri.*

Maintenant, comment doit-il être lavé? Telle est la question tout entière. On ne peut pas différer sur le principe, il faut simplement que la méthode soit nettement mise au point. En somme, d'après ce que nous venons de voir, le traitement est toujours le lavage au permanganate; seulement la façon de le pratiquer diffère. *Dans le traitement abortif*, celui-ci doit être exécuté pendant les quatre premiers jours au moins par le médecin lui-même, avec injections faites par le malade dans l'intervalle. *Dans le traitement précoce*, plus d'injections à la seringue; le médecin tâchera d'obliger son malade à se faire faire par lui ses premiers lavages, en tout cas à ne les faire qu'en employant des solutions *extrêmement faibles* (1 pour 10.000). Ce n'est qu'une fois le traitement bien mis en train, sans menace de complications, qu'il autorisera son malade à se faire les lavages lui-même et encore à la condition de suivre très attentivement les réactions de son urètre au traitement. C'est d'ailleurs notre rôle habituel de parer aux éventualités qui peuvent surgir.

Inutile de nous étendre davantage sur la technique du traitement précoce; elle est assez détaillée au chapitre du *Lavage urétral*; nous insisterons seulement sur ce fait qu'il doit toujours être pratiqué avec des solutions extrêmement faibles et en faisant d'abord, et avec précaution, un lavage exclusif de l'urètre antérieur, puis progressivement (soit à l'aide de la cocaïnisation dans les cas difficiles, soit sans anesthésie) le lavage uréthro-vésical répété deux fois par jour, dans les conditions longuement expliquées au chapitre du *Code du lavage*.

D'après cet exposé, que doit-il rester de la vieille pratique du laissez couler?

Théorie néfaste du « laissez couler ».

La plus grossière erreur sur le traitement de la chaude-pisse est la pratique néfaste du laissez couler.

Nous vivons depuis cinquante ans avec la vieille formule du maître Ricord, qui prescrivait, du sixième au vingtième jour de la blennorrhagie, de laisser le malade sans aucun traitement local, mais de boire de l'eau de Vichy, de prendre des tisanes rafraîchissantes, des bains émollients, etc. Le traitement n'était repris que le vingtième jour. De nos jours, quelques urétrologues, forcés de s'incliner devant la valeur du traitement abortif, conseillent encore, après la certitude de l'échec de l'abortion, qu'il faut laisser le malade sans traitement local *jusqu'au vingtième jour*. Ils sont d'accord, par contre, pour reprendre le traitement le vingtième jour de la maladie.

Nous voyons combien, d'après cet exposé, est imprécise encore la formule dans laquelle les praticiens non renseignés peuvent puiser une directive pour le traitement de leurs malades. Les uns, partisans de la vieille méthode de Ricord, mettent le patient au régime de l'eau, du lait, des mets fades, attendent patiemment que l'écoulement, moins épais, de vert qu'il était devienne blanchâtre. A ce moment, ils donnent immodérément et sans raison le copahu, le cubèbe et le santal. D'autres ont recours aux injections à la période de blanchissement de l'écoulement. Les uns conseillent la seringue et la petite injection répétée; d'autres, plus nombreux, pratiquent le grand lavage au permanganate, au sublimé, au sulfate de cuivre, au sulfate de zinc; d'autres, plus dangereux encore, cherchent, lorsque la blennorrhagie est à son début, à la juguler en quelque sorte en injectant ces antiseptiques violents, capables, disent-ils, de tuer le gonocoque

avant sa pullulation, ce qui nous a fait écrire : *Un urètre pourrait lutter contre le gonocoque, il succombe devant l'injection caustique.* Ou encore : *Certains traitements de la chaudepisse font plus de gouttes éternelles que tous les gonocoques réunis.*

Quiconque a suivi le résultat de ces différentes méthodes, aussi confuses qu'irraisonnées, a pu se rendre compte combien, la plupart du temps, le traitement de la blennorrhagie est médiocre et imparfait. De là, ce scepticisme si fréquent chez les malades atteints de cette maladie; de là, tous les errements; de là, par répercussion, la confiance donnée aux recettes des charlatans, puisque personne n'est d'accord. Alors, on assiste au tableau bien connu du malheureux patient dont l'écoulement reste abondant et épais; la verge s'enfle et prend un aspect répugnant; il devient difficile de tenir propre le pansement; le malade est obligé de changer de linge tous les jours s'il veut être à peu près convenable; il finit par se dégoûter de lui-même, heureux encore lorsqu'il ne voit pas survenir cystite, orchite, lymphangite de la verge, rétrécissement ou abcès urinaire.

Au milieu de toute cette confusion, il faut reconnaître qu'il existe deux grandes erreurs de traitement : la première, qui consiste à laisser évoluer la maladie et à lui laisser effectuer son cycle sans faire grand'chose pour l'entraver; la seconde, qui essaie brutalement d'éteindre le gonocoque dans le canal avec une injection destructive, qui fait plus de mal à la muqueuse de l'urètre que n'en aurait fait la maladie abandonnée à elle-même. Ces deux méthodes sont aussi illogiques l'une que l'autre.

Comme nous le disions dans notre introduction, est-ce vraiment la peine d'avoir une instruction médicale pour affirmer qu'une maladie doit évoluer à son gré? Est-ce également se conduire en médecin que de vouloir dé-

truire un microbe sans se préoccuper si la muqueuse sur laquelle il va déterminer des lésions ne sera pas mise en état de moindre résistance du fait du traitement? Ce qui est pire encore, c'est que des individus (urétrite du « frousard ») qui n'ont même pas contracté la blennorragie reçoivent parfois des injections dites abortives (thérapeutique d'affolement, Pousson) qui développent chez eux une urétrite au pus très épais et sanguinolent dû exclusivement à la causticité du produit employé. Le sujet n'avait rien; il gagne à cette pratique une violente urétrite qui va durer plusieurs jours et qui sera difficilement enrayée, souvent exaspérée ou compliquée de lymphangite.

Il existe pourtant un bon traitement de la blennorragie; c'est celui que nous venons d'exposer. Nous sommes « le défenseur » de cette pratique parce qu'elle nous a toujours donné d'excellents résultats et nous a permis, nous en sommes certain, d'éviter bien des urétrites chroniques.

L'urétrite chronique est, en effet, le triste résultat de tous les échecs à l'actif des traitements multiples et irraisonnés de la blennorragie.

Quand on a l'expérience de l'interminable durée de certaines urétrites justifiant si bien la boutade : « on sait quand ça commence, Dieu seul sait quand cela finit... » de quels efforts ne tenterait-on pas le succès du traitement abortif? C'est le cas de répéter encore : « Faites craindre à la jeunesse la blennorragie et sa longue durée. »

Que de gens non avertis considèrent encore d'un œil ironique les mesures prophylactiques contre cette maladie! comme si leur perspicacité en avait déjà fait le tour, considérant ce fléau comme une simple peccadille!

Ils nous rappellent ce juge de paix parisien devant lequel un de nos confrères défendait sa note d'honoraires

en regard de deux mois de traitement patient et continu pour une blennorrhagie rebelle.

Deux mois! s'écria l'innocent magistrat, pour une « bagatelle! »

« Bagatelle! » reprit notre confrère. On voit bien, Monsieur le juge de paix, que vous n'avez jamais eu la chaudepisse!.. »

CHAPITRE II

LE LAVAGE DE L'URÈTRE ET SON CODE

En matière de lavage, l'antiseptique est peu de chose, le balayage mécanique est tout.

LE CODE DU LAVAGE DE L'URÈTRE.

- 1° Ce que doit être l'instrumentation du bon lavage.
- 2° Les neuf conditions fondamentales du bon lavage de l'urètre :
 - a) technique du lavage fait par le malade lui-même ; b) technique du lavage fait par le médecin.
- 3° Les principales variétés de lavages : a) le lavage intra et extra-vésical ; b) l'usage de la seringue.
- 4° Les importantes modalités d'application du grand lavage urétral.

Dans le traitement de l'urétrite blennorragique à ses différentes périodes, nous donnons nettement notre préférence au grand lavage au permanganate de potasse tel qu'il a été institué et pratiqué en France par le D^r Jules Janet, qui lui a donné son nom, ainsi qu'à la canule à bout de cigare qui est l'instrument complémentaire indispensable à la réalisation de sa technique. Mais ce lavage au permanganate, si simple qu'il puisse paraître *a priori*, ne peut donner de bons et efficaces résultats que s'il est bien exécuté. Nous allons voir quelles sont les conditions requises pour sa parfaite exécution.

Elles sont au nombre de neuf et chacune a son importance.

Nous pensons que le grand lavage est bien souvent conseillé au malade sans que cette prescription soit accompagnée des détails indispensables, et il en est un peu du grand lavage de l'urètre au permanganate chez l'homme comme de l'injection vaginale au permanganate chez la

femme. Ces deux ordonnances constituent le traitement classique habituel connu et répandu pour les deux sexes, mais on néglige trop souvent d'insister sur le détail et la méthode, conditions indispensables du succès.

Bien employé, le traitement donne des résultats. Ébauché ou d'une exécution défectueuse, c'est l'insuccès, voire même la complication. On ne guérit pas une blennorragie féminine sérieuse simplement avec des injections vaginales au permanganate, pas plus qu'on ne peut être certain de guérir un urètre atteint de blennorragie avec une simple ordonnance de lavage au permanganate.

La dose, la technique, etc., sont tout dans une prescription, et la solution titrée approximativement, quelquefois d'après sa teinte seule, fait courir le risque au malade de toutes les complications, résultats des injections trop concentrées (cystite médicamenteuse du col, etc., etc.).

Il faut donc bien connaître la technique du grand lavage au permanganate de potasse, qui fait l'objet de ce chapitre.

Elle servira au praticien qui le prescrira ou l'exécutera ; elle sera non moins utile au malade, qui doit en apprendre par cœur le détail s'il veut, sur les conseils du médecin, faire ses lavages lui-même.

Deux éléments sont indispensables pour sa réalisation : une bonne instrumentation et la manière de s'en servir.

L'un et l'autre sont la garantie du succès.

I. — L'instrumentation.

Pour pratiquer les grands lavages de l'urètre, il faut :

1° *Un bock laveur ; 2° une table pour y étendre le malade ; 3° une série de solutions mères antiseptiques pour les différentes catégories de lavages ; 4° une bouilloire ou une*

casserole pour faire bouillir les canules; 5° des canules (fig. 16) à bout de cigare et quelques accessoires secondaires pour l'anesthésie de l'urètre.

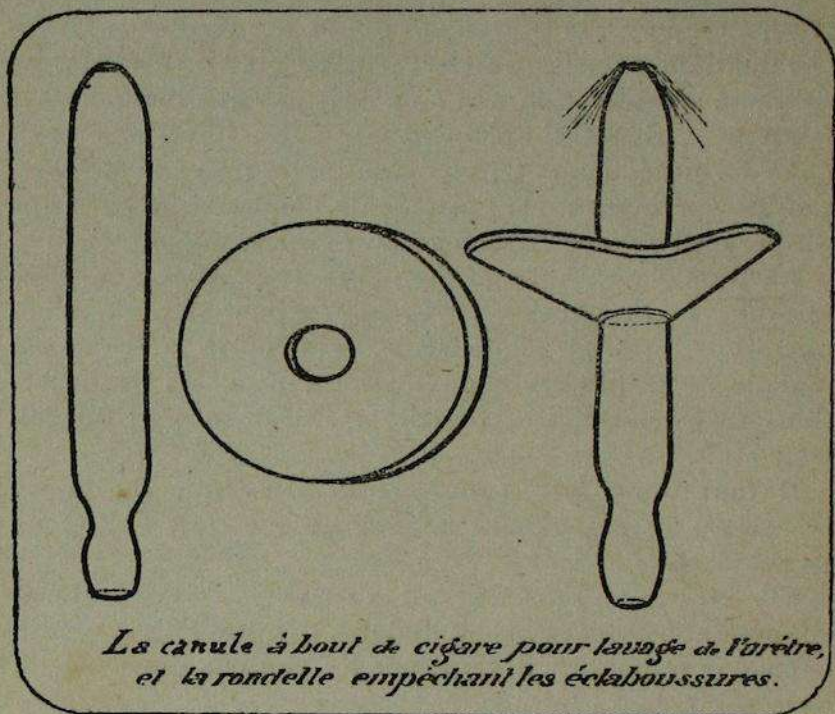


FIGURE 16

Tels sont les éléments de l'installation la plus simple. Passons en revue ces divers éléments.

1° **Le bock laveur.** — Un système laveur parfait est nécessaire au spécialiste, mais le plus simple à l'usage des praticiens consiste en un récipient dit « bock injecteur » dont l'orifice d'écoulement sera de préférence placé à la partie la plus déclive. Il existe des bocks en émail

qui peuvent très bien être utilisés, mais les bocks les meilleurs sont ceux en verre, dont on surveille l'écoulement et qui se vident *intégralement*, de façon à ne conserver aucun reliquat médicamenteux générateur de solutions trop concentrées.

Dans une installation de luxe, le degré d'élévation du

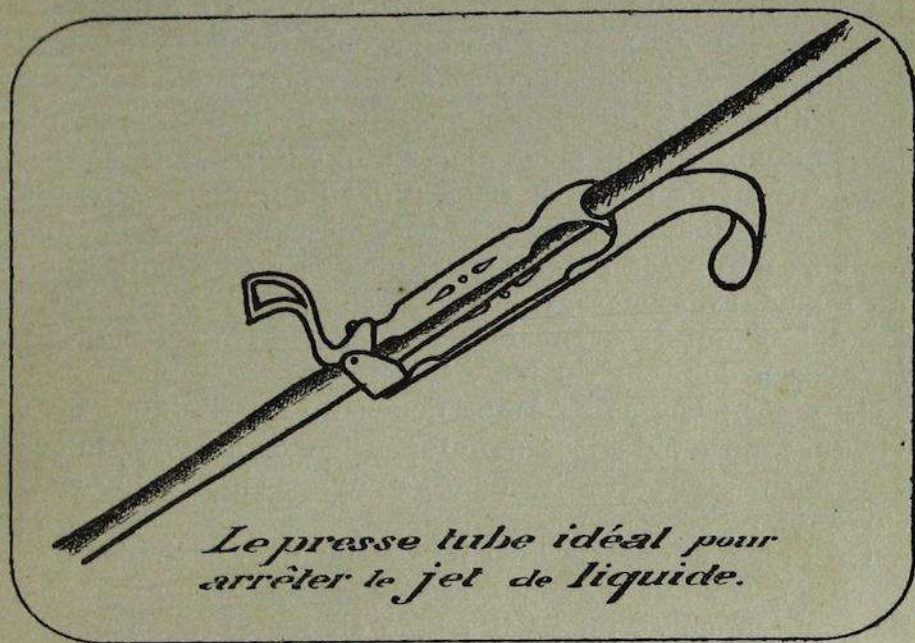


FIGURE 17

bock se fait avec un système perfectionné, c'est-à-dire qu'une crémaillère se trouve dans la tige du porte-bock et permet d'élever ainsi ou de diminuer la pression du liquide. Le bock de verre est de préférence de teinte brune, pour éviter l'influence solaire sur les solutions argentiques. Il est gradué et de 2 litres, recouvert d'un couvercle

mobile ne permettant pas aux poussières de tomber à l'intérieur.

Le tube de caoutchouc qui lui fait suite est au moins de 2 mètres.

Un dispositif très utile pour l'arrêt du liquide est le modèle de compresseur de caoutchouc que l'on voit dans la figure 17. Il est facile à manier, bien « en main » et interrompt ou régularise parfaitement le jet de liquide.

L'appareil de fortune sera le vulgaire bock en tôle émaillée de 2 litres qu'on flambe si facilement; il sera muni d'un tube de caoutchouc long de 2 mètres et de bonne qualité. Deux clous placés l'un au-dessus de l'autre permettront de placer le bock à des hauteurs différentes et remplaceront la luxueuse crémaillère. Le clou le plus haut ne dépassera pas 1^m 50 au-dessus du plan du siège du malade; d'ailleurs, la pression se règle bien plus avec les doigts qui tiennent le tube de caoutchouc (fig. 20) qu'avec la hauteur du bock injecteur.

Le siphon laveur. — Dans beaucoup de cliniques urologiques, on a substitué avantageusement au bock injecteur l'utilisation du principe du siphon réalisé de la façon suivante :

On prend n'importe quel flacon, un litre ordinaire par exemple. Il suffit d'avoir à sa disposition 1^m 50 de tube de caoutchouc et un petit coude en métal (fig. 18), qui réalise à lui seul tout le secret de cet appareil de fortune, en empêchant que le caoutchouc ne se plie à la sortie du récipient quelconque utilisé. On « amorce » le siphon en aspirant avec la bouche à l'extrémité opposée du tube de caoutchouc, et le siphon une fois amorcé on place le récipient à une certaine hauteur. Nous conseillons souvent d'ailleurs, comme système idéal et pratique d'injecteur pour le voyage, ce dispositif simplifié. Il ne tient aucune place; conservé dans une petite boîte métallique,

il peut être placé dans la poche. Il suffit de placer l'extrémité coudée du caoutchouc sur le bord de n'importe quelle bouillotte ou de n'importe quelle bouteille remplie d'eau bouillie pour avoir immédiatement un bock injecteur réalisé et qui satisfait à toutes les indications voulues.

Voilà pour la source de liquide.

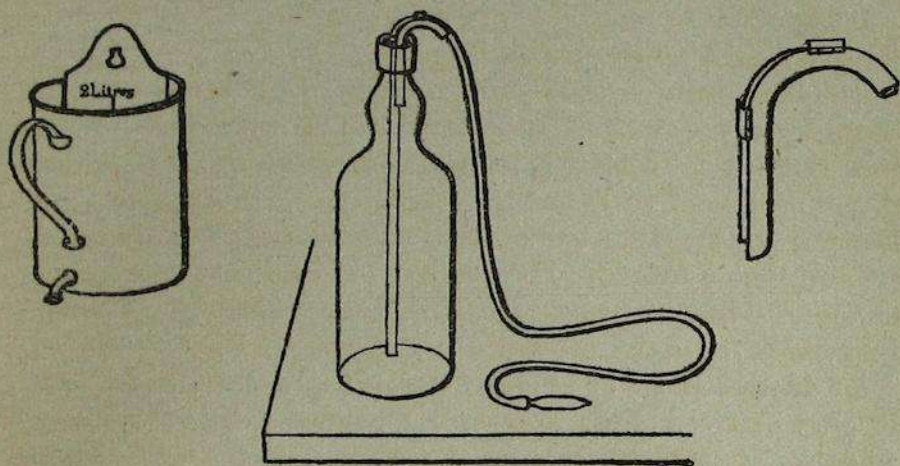


FIGURE 18. — LE SIPHON LAVEUR

A droite, le petit coude en métal sur lequel se courbe le caoutchouc sans se plier.

A gauche, le modèle classique du « bock » que remplace très bien le siphon laveur.

2° **La table.** — Généralement, pour les lavages, il est préférable d'étendre le malade sur une table assez haute pour que l'opérateur soit à son aise.

Cette table pourra être munie d'une cuvette de bidet encastrée dans la table et qui se trouvera ainsi entre les jambes du malade. Cette cuvette, dans les installations de luxe, est munie d'un orifice d'écoulement à son centre.

pour canaliser les eaux de lavage vers un seau placé sous la table.

Dans les dispositifs de fortune, on se servira tout simplement d'une cuvette ordinaire, de préférence ovale, que l'on placera entre les cuisses du patient. La cuvette du bidet ordinaire est la plus pratique; on la vide après le lavage urétral.

3° **Les solutions.** — Nous nous servons la plupart du temps d'une solution de permanganate *très étendue*.

Il faudra donc une solution « mère » de permanganate et un verre gradué. Nous préférons le permanganate préalablement dissous ainsi dans une solution « mère »; nous donnons plus loin la formule pratique à l'usage des malades qui se soignent eux-mêmes. On versera la quantité de solution « mère » nécessaire à l'aide d'une éprouvette graduée dans le bock rempli d'eau bouillie, pour titrer la solution.

Le lavage à 1 pour 8.000 est celui que nous employons le plus souvent dans le service. On peut faire varier cette solution et la ramener ainsi à 1 pour 6.000, 1 pour 4.000, voire quelquefois 1 pour 2.000.

4° **La bouilloire.** — Rien de spécial pour cette bouilloire; elle doit être susceptible de porter à l'ébullition les canules au fur et à mesure de leur usage.

Dans les installations spéciales et complètes, il y a une deuxième bouilloire identique à la première et placée à côté d'elle. Cette deuxième bouilloire renferme un antiseptique froid.

Dans la première, le liquide est constamment maintenu en ébullition. On y puise les canules et on les refroidit dans la seconde avant de s'en servir. Une simple casserole remplira ce but dans les installations de fortune.

5° **Les canules.** — La canule le plus couramment employée est celle du modèle (fig. 16), à terminaison à bout de cigare percé d'un orifice au centre et qui a le gros avantage de s'adapter à tous les méats urétraux. Nous y ajoutons la plupart du temps une rondelle de caoutchouc pour éviter le reflux du liquide sur la main de l'opérateur (fig. 16).

Ces canules sont naturellement bien bouillies après chaque intervention, et chez le spécialiste baignées dans une solution antiseptique. Ce n'est là d'ailleurs que le dispositif habituel de toutes les instrumentations aseptiques.

Les éléments accessoires sont la seringue à novocaïne. Nous nous sommes bien trouvé, pour les injections de novocaïne dans l'urètre, de remplacer la seringue par une petite poire en caoutchouc (modèle Gentile) que nous représentons par la figure 19.

On injectera 5 centimètres cubes d'une solution à 1 % de novocaïne dans l'urètre antérieur, et le malade conservera cinq minutes cette injection.

II. — La technique.

Voyons maintenant la manière de se servir de cette instrumentation.

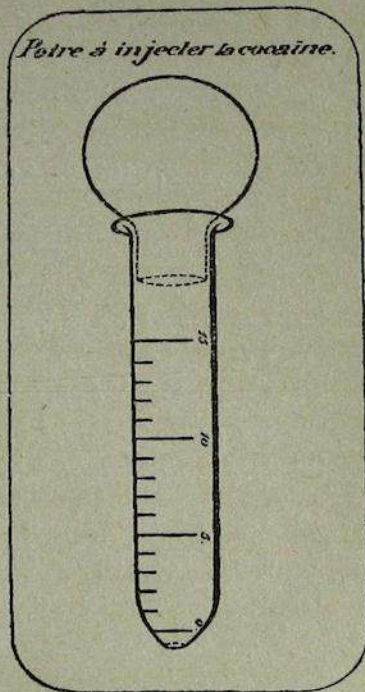


FIGURE 19

Seringue-poire
pour injections de cocaïne
dans l'urètre.

LE CODE OU LES CONDITIONS FONDAMENTALES DU BON LAVAGE. — Il faut tenir compte, nous l'avons dit, de neuf facteurs dans la façon de donner le grand lavage urétral. Nous allons les énumérer. Ce sont :

- 1° *La température de la solution employée ;*
- 2° *Le titre de cette solution ;*
- 3° *La pression du liquide et le degré d'élévation du bock laveur ;*
- 4° *La façon de pincer le caoutchouc pour régler l'intensité du jet ;*
- 5° *La façon de placer la canule au niveau du méat urétral ;*
- 6° *La façon de disposer le siège du malade sur la table ou sur le bidet ;*
- 7° *Le nombre des séances quotidiennes de lavage ;*
- 8° *La quantité de liquide employée à chaque lavage ;*
- 9° *Les soins accessoires, anesthésie, etc.*

1° **La température du liquide employé.** — *La muqueuse urétrale aime la chaleur.*

La température de la solution employée est un facteur très important. Le lavage doit être toujours très chaud, c'est-à-dire à la température de 39 ou 40 degrés. En effet, le gonocoque meurt à peu près à cette température.

La muqueuse urétrale et même vésicale supporte beaucoup mieux le lavage chaud que le lavage froid. Nous verrons les difficultés que l'on rencontre quelquefois dans le lavage de l'urètre postérieur. Ces difficultés sont très sensiblement diminuées lorsque le lavage est employé à la température de 39°.

Nous recommandons bien d'éviter cette manœuvre du doigt qui, trempé dans le bock, apprécie la température du liquide.

C'est une faute d'asepsie.

Le lavage est à bonne température quand les mains peuvent facilement tenir le bock, quand à peine on le voit fumer. La solution est alors aux environs de 40°; elle se refroidira d'ailleurs un peu le long du tube.

2° **Le titre de la solution.** — Au début de ce chapitre, nous disons comme maxime que « le balayage mécanique est tout »; c'est dire combien il est important de ne pas employer de solutions trop concentrées.

« Méfiez-vous des solutions fortes. Une muqueuse urétrale détruite et de nouvelle formation ne vaudra jamais la première. »

Nous nous sommes toujours bien trouvé de n'employer que des solutions *très étendues*. Ces solutions étendues présentent un certain nombre d'avantages. D'abord, elles ne nuisent pas : *primum non nocere*; elles permettent ensuite de franchir beaucoup plus facilement l'urètre postérieur en ne provoquant pas une contraction spasmodique, comme la solution forte et irritante; elles ne modifient en rien la muqueuse urétrale; elles évitent surtout ces urétrites d'origine « chimique » si néfastes et que l'on voit se produire dans tous les cas où des malades inexpérimentés qui pratiquent leur lavage eux-mêmes n'ont pas été préalablement instruits d'une méthode et d'une direction.

La solution couramment et uniformément employée pour tous les malades dans notre service d'urétrites rebelles est de *1 pour 8.000*. Avec cette solution, nous n'avons jamais eu de ces cystites du col d'origine médicamenteuse, se traduisant aussitôt par une pollakiurie intense, obligeant à interrompre toute espèce de traitement et favorisant la propagation de l'infection à l'urètre postérieur et à la vessie.

C'est donc avec des solutions à 1 pour 10.000 qu'il faut

toujours commencer. Selon les réactions individuelles, on pourra ensuite concentrer progressivement et avec beaucoup de précaution le titre des solutions suivantes. Dans des cas exceptionnels, et seulement à la fin du traitement, on pourra se servir d'une solution à 1 pour 4.000, voire même 1 pour 2.000. Personnellement, nous ne dépassons jamais le titre de cette solution.

3° La pression du liquide et le degré d'élévation du bock laveur. — Une des réelles difficultés du lavage urétral est la possibilité de passer dans l'urètre postérieur, c'est-à-dire de faire le « lavage intra-vésical ».

Pour franchir l'urètre membraneux, la pression doit être légèrement modifiée par l'élévation du bock. On arrive ainsi à vaincre la difficulté du passage dans la vessie (nous verrons à la technique du lavage intra-vésical comment il faut procéder). Ce que nous pouvons dire, c'est que cette pression ne doit pas dépasser, sauf de rares exceptions, 1^m 20 à 1^m 50 au-dessus du plan du lit du malade.

4° La façon de tenir le caoutchouc à pleine main pour régler l'intensité du jet. — Tenant la canule entre le pouce et l'index droits, les autres doigts de la main (fig. 20) doivent régler le jet du liquide de façon à pouvoir en modifier la longueur et l'intensité, selon que l'on veut faire une irrigation plus ou moins profonde. Ce *modus faciendi* permet en outre de se rendre compte des spasmes et des réactions présentés par l'urètre.

5° La façon de placer la canule au méat. — Sa technique diffère selon que l'on veut faire un lavage à canal ouvert ou un lavage intra-vésical.

Dans le premier cas, elle sera placée mollement et avec

une très grande douceur pour ne pas provoquer de douleur à l'entrée du méat urétral.

Le liquide injecté ressortira aussitôt du méat après chaque ondée de liquide lancée dans l'urètre antérieur. C'est, en somme, une série de petites injections fractionnées et à basse pression.

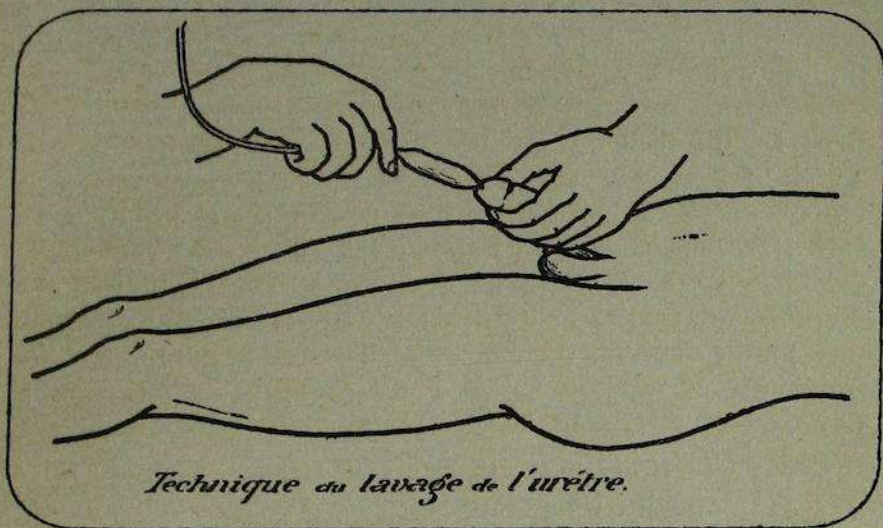


FIGURE 20

Dans le deuxième cas, pour le lavage intra-vésical, la technique diffère. Elle succède en tout cas à la précédente, qui avait pour but de laver seulement l'urètre antérieur. On appuie le « bout de cigare » de la canule contre le méat en le faisant « coincer »; le liquide ne ressort plus, il va dans la vessie.

Pour arrêter le jet de liquide à la fin du lavage, on se servira du presse-tube (fig. 17).

6° La façon de disposer le siège du malade sur la table ou sur le bidet. — La disposition du siège du malade

n'est pas indifférente, elle est même extrêmement importante pour ne pas accroître de ce fait les difficultés du lavage intra-vésical. Le bord quelquefois coupant d'une cuvette, le dispositif défectueux de la table provoquent chez certains malades déjà en imminence de contraction une légère douleur. Celle-ci favorise le spasme urétral et empêche la résolution complète dans laquelle doit se trouver le patient pour subir passivement le passage du liquide dans la vessie.

7° Le nombre de séances quotidiennes de lavage. — Voici la méthode adoptée dans notre service : il y a trois séances de lavage par jour : le matin à 9 heures, le soir à 15 heures et à 19 heures. *Un seul lavage quotidien, à notre avis, ne suffit pas.* En principe, il est difficile d'astreindre en temps ordinaire les malades à trois lavages par jour lorsqu'ils ne sont pas hospitalisés. Mais pratiquement on doit prescrire deux lavages au moins par jour aux malades.

Les oisifs, qui peuvent avoir ces deux lavages faits par le médecin, s'en trouveront évidemment beaucoup mieux; en pratique, le lavage du soir peut être fait par le malade lui-même.

8° La quantité de liquide employée à chaque lavage. — En moyenne, il faut faire passer au moins 1 litre et demi à 2 litres de solution dans les différentes portions urétrales. Elles sont réparties entre le lavage du gland, de l'urètre antérieur, de l'urètre postérieur et de la vessie.

La quantité de liquide variera donc entre 1 litre et demi et 2 litres.

9° Les soins accessoires (*anesthésie, etc.*). — Ces soins accessoires ne peuvent être indiqués que pour des rai-

sons spéciales : spasmes intenses, sensibilité excessive, qui obligent alors à l'emploi de la petite injection de novocaïne dans l'urètre. On fera alors précéder le lavage de l'urètre profond de la petite injection de 5 à 6 grammes environ de solution de novocaïne à 1 % dont nous avons déjà parlé. Le malade, pinçant entre ses deux doigts son méat après l'injection, la conservera pendant cinq minutes.

III. — Variétés de lavage de l'urètre.

Le tableau synoptique que nous donnons ici expose de façon nette et précise toutes les variétés de lavage urétral.

Elles sont au nombre de six, et chacune porte son indication; il est donc utile de les bien connaître.

Tableau synoptique du lavage-type de l'urètre.

Les neuf qualités d'un bon lavage :

- Très chaud.
- Non concentré.
- A basse pression.
- A jet d'intensité réglée.
- Avec canule à bout de cigare.
- Malade étendu en résolution complète.
- A séances quotidiennes fixes.
- De 1 litre au moins.
- Avec ou sans anesthésie locale.

1^o Variétés d'antiseptiques (*les plus usités*):

- Au permanganate de potasse.
- A l'oxycyanure de mercure.
- Au sublimé.
- Au sulfate de cuivre.
- Au protargol.
- A l'argyrol.
- Au nitrate d'argent.
- Au bicarbonate de soude, etc.

2° Variétés de méthode :

Abortif. 5 fois par jour : 3 lavages et 2 injections à la seringue.

Précoce. 2 fois par jour : d'abord extra-vésical, puis intra-vésical.

Urétrite chronique. $\left\{ \begin{array}{l} 1^{\circ} \text{ à } 1 \text{ pour } 1.000 \\ 2^{\circ} \text{ à } 1 \text{ pour } 8.000 \\ 3^{\circ} \text{ à } 1 \text{ pour } 6.000 \\ 4^{\circ} \text{ à } 1 \text{ pour } 4.000 \end{array} \right\} \begin{array}{l} \text{les deux premiers jours.} \\ \text{progressivement} \\ \text{les} \\ \text{jours suivants.} \end{array}$

Intensif. $\left\{ \begin{array}{l} 3 \text{ fois par jour avec injection argentique terminale} \\ \text{de } 5 \text{ grammes de protargol à } 2\%. \text{ (Conserver l'injection} \\ \text{dix minutes dans l'urètre.)} \end{array} \right.$

3° Variétés de fréquence :

Quotidien (unique).

Deux fois par jour.

Trois fois par jour.

4° Variétés d'exécution :

Par le malade lui-même. $\left\{ \begin{array}{l} \text{Jamais au début.} \\ \text{Avec une surveillance.} \\ \text{Avec une direction.} \end{array} \right.$

5° Variétés de technique :

Extra-vésical (ou à canal ouvert). PREMIER TEMPS.

Intra-vésical (toujours précédé de l'extra-vésical). DEUXIÈME TEMPS.

6° Variétés d'instrumentation :

A la seringue. Ne doit jamais être faite par le malade.

Au bock injecteur. Selon les 9 préceptes sus-indiqués.

1° Variétés d'antiseptiques. — La première variété porte sur les différents antiseptiques usités.

Pour cette question du meilleur antiseptique, nous ne pouvons qu'invoquer la maxime placée en tête de ce chapitre en y joignant les considérations suivantes, que nous a dictées une pratique déjà longue.

Le permanganate de potasse. — Notre préférence dans le traitement abortif comme dans l'urétrite aiguë (et, dans la plupart des cas, de l'urétrite chronique également) va au lavage au *permanganate de potasse très étendu*.

Le sublimé. — Dans certains cas, nous nous servons de

sublimé à 1 pour 20.000 quand il s'agit de ces urétrites récidivantes de nature indéterminée, surtout à nombreux diplocoques prenant le Gram. On a affaire dans ces cas-là à des urètres s'infectant très facilement à la suite de nombreuses blennorragies antérieures ou de traitements destructeurs de la muqueuse.

Ces sortes de lavages ne sont pas longtemps prolongés; parfois deux ou trois suffisent à désinfecter l'urètre.

Les lavages alcalins au bicarbonate de soude. — Dans les urétrites que nous verrons plus loin, au chapitre de l'*Examen de la goutte matinale* (urétrites dues au fallax de Rousseau), et qui succèdent à des urétrites à vrais gonocoques, il y a un gros avantage à faire des *lavages alcalins* (bicarbonate de soude). Nous nous en sommes très bien trouvé dans certains cas. (Voir le chapitre *Examen de la goutte matinale*.)

Le sulfate de cuivre. — On pourra aussi avoir recours avec avantage au sulfate de cuivre *en lavage à 1 pour 5.000* dans les urétrites à nombreux diplocoques.

L'oxycyanure de mercure. — Certains urologues se servent le plus habituellement d'oxycyanure de mercure et en ont vanté les avantages.

C'est un antiseptique de maniement facile, ne tachant pas le linge, n'attaquant pas les instruments. On l'emploie à 1 pour 4.000 ou à 1 pour 6.000.

2° *Variétés de méthode.* — Le lavage urétral comporte une méthode un peu différente, selon qu'il s'adresse à différentes catégories d'urétrites.

On peut distinguer ainsi quatre méthodes :

- a) Celle du traitement abortif;
- b) Celle du traitement précoce ;
- c) Celle du l'urétrite chronique;
- d) Celle du traitement intensif.

On verra dans le chapitre spécial la technique du lavage dans le traitement abortif.

Le lavage du traitement précoce. — C'est le traitement habituel, qui consiste en deux séances de lavage et trois si on le peut.

On commencera par des lavages à 1 pour 8.000 dans les cas heureux, on passera le deuxième ou troisième jour dans la vessie (lavage intra-vésical). En tout cas, le lavage sera intra-vésical au moins une fois par jour.

On peut confier au malade le lavage du soir.

Le lavage dans l'urétrite chronique. — Ne diffère pas beaucoup de celui de l'urétrite aiguë, sauf par le degré de concentration de la solution de permanganate.

Il faut « tâter » un peu la susceptibilité de l'urètre.

Une ou deux séances par jour.

On commencera par un lavage à 1 pour 10.000, puis à 1 pour 8.000, 1 pour 6.000 et enfin 1 pour 4.000, selon tolérance. On doit pratiquer systématiquement le lavage intra-vésical à chaque séance.

Il importe d'associer toujours le massage au lavage et, dans les cas rebelles, instituer le traitement intensif. (Voir le chapitre *La Blennorragie dans l'armée.*)

3° Variétés de fréquence. — En principe, nous l'avons dit déjà, pour une urétrite aiguë ou subaiguë, *un seul lavage par jour ne suffit pas*. Il faut en faire au moins deux, et trois si cela est possible.

C'est dans ces cas que l'on se trouvera bien, pour les malades que leurs occupations empêchent de venir deux fois par jour chez le médecin, d'un lavage fait par eux et d'un lavage exécuté par le médecin.

Nous verrons comment il était procédé au Centre d'urologie dans le chapitre intitulé *La Blennorragie dans l'armée*. Les malades faisaient trois séances de lavage par jour.

4^o Variétés d'exécution. — 1^o Le lavage fait par le malade lui-même; 2^o le lavage exécuté par le médecin. Étudions ces deux variétés.

1^o LE LAVAGE FAIT PAR LE MALADE

En examinant quelles sont les meilleures conditions de réalisation du traitement de la blennorrhagie à la troisième partie de cet ouvrage qui traite de la prophylaxie et du dispensaire idéal, nous verrons que ce qu'il faut souhaiter, c'est la vulgarisation des cliniques où le patient peut se soigner lui-même avec une direction médicale.

Nous avons fait afficher en gros caractères sur le mur de la salle de lavages de l'Institut urétrologique et dans les différents services d'urologie que nous avons dirigés une technique dont voici le texte, avec les divers temps de la méthode :

Technique du grand lavage de l'urètre exécuté par le malade lui-même.

Le lavage doit être progressif. Il est fait pour laver les unes après les autres toutes les parties du canal (urètre antérieur et postérieur) en commençant par l'ouverture urétrale et en évitant toujours de refouler du pus dans la profondeur.

SOINS PRÉLIMINAIRES

- 1^o Venir toujours au lavage sans avoir uriné.
- 2^o Le réservoir contenant le permanganate (1 litre 1/2 pour un seul lavage) sera préparé, ou la manette du distributeur sera prête à ouvrir.
- 3^o Demander à l'infirmier la dose exacte prescrite.
- 4^o S'asseoir sur le fauteuil bidet.
- 5^o Prendre à pleine main le presse-tube et la canule.
- 6^o S'assurer que le jet de liquide a une pression suffisante que l'on réglera soi-même.

PREMIER TEMPS : *Lavage du gland.*

- 1° Uriner immédiatement et vider la vessie en totalité.
- 2° Laisser couler sur la verge un peu de liquide pour s'assurer de sa pression et de sa température.
- 3° Avec le premier jet laver le prépuce, en découvrant le gland et l'orifice urétral.
- 4° Faire bâiller le méat urinaire et laver l'ouverture.

DEUXIÈME TEMPS : *Lavage extra-vésical à canal ouvert.*

Alors seulement commence le lavage proprement dit.

- 1° Laver la première partie du canal à canal ouvert, c'est-à-dire sans serrer la canule sur le méat.
 - 2° Avec la première moitié du bock environ, et en réglant l'intensité du jet, faire des injections « successives et progressives » dans le canal, d'avant en arrière, suivies chacune du rejet du liquide au dehors.
- (Faire ainsi une dizaine d'injections.)

TROISIÈME TEMPS : *Lavage intra-vésical à canal fermé.*

Ne jamais essayer, sans l'avis préalable du médecin, de faire pénétrer le liquide dans la vessie.

S'il est prescrit de le faire, se servir de la dernière partie du liquide du bock (250 grammes environ).

- 1° S'assurer que le liquide est bien chaud.
- 2° Se laisser aller comme si on voulait uriner.
- 3° Ne pas se contracter mais se détendre. Respirer librement, ayant le dos bien appuyé et le siège confortablement placé.
- 4° Faire pénétrer le liquide dans la vessie.
- 5° Évacuer immédiatement après le contenu vésical.

L'intéressé doit connaître « par cœur » cette technique pour se soigner vite et bien. Au centre d'urologie, le moniteur était chargé de l'enseigner aux malades et de veiller à sa bonne exécution.

Moyen d'enlever les taches de permanganate des doigts.

On se servira d'une solution concentrée de bisulfite de soude. Il suffira d'en imbiber un petit tampon d'ouate

hydrophile et de se frotter avec ce tampon les doigts teints de brun ou les linges tachés.

Pour éviter l'action prolongée du bisulfite, on rincera de suite à l'eau fraîche.

*Ordonnance type à remettre au malade
qui fera ses lavages lui-même.*

« 1^o Préparer d'avance 3 litres d'eau bouillie que l'on bouchera avec un tampon d'ouate hydrophile.

« 2^o Faire chauffer dans une casserole un peu de cette eau bouillie immédiatement avant le lavage, qui doit être chaud et aux environs de 40°.

« 3^o Se servir du bock injecteur ou du siphon laveur qui s'adapte à tous les récipients.

« 4^o Verser x cuillerées à soupe de la solution mère suivante dans le bock rempli d'eau bouillie chaude :

Permanganate de potasse	2 grammes.
Eau.	300 —

(Une cuillerée à soupe ou 15 grammes de cette solution équivaut à 10 centigrammes de permanganate.)

« 5^o Se servir d'une canule de verre à bout de cigare (modèle Janet).

« 6^o Solution de bisulfite de soude, 50 grammes pour enlever les taches.

« Le 192 . »

(Signature.)

Nous préférons de beaucoup prescrire à nos malades, sur l'ordonnance, une solution mère de permanganate plutôt que des paquets en poudre; le sel est mieux dissous et se dose plus exactement.

On évite ainsi surtout la présence dans le liquide du lavage de petites particules de sel non dissoutes qui peuvent causer une irritation douloureuse, parfois préjudiciable au traitement.

La solution de l'ordonnance qui précède est formulée de façon que la cuillerée à soupe représente 10 centigrammes de sel.

Pour faire une solution à 1 pour 10.000, par exemple, on mettra une cuillerée à soupe de cette solution mère dans un litre d'eau bouillie.

2° LE LAVAGE EXÉCUTÉ PAR LE MÉDECIN

Il ne diffère pas, en tant que technique; il n'est que l'exécution parfaite de cette technique.

Il comprend également trois temps, qui constituent les variétés de technique indiquées au tableau synoptique :

Le lavage du gland, du prépuce et du méat;

Le lavage de l'urètre antérieur;

Le lavage de l'urètre postérieur et prostatique.

Le lavage du gland. — Il est identique à celui déjà énoncé.

Le lavage de l'urètre antérieur, dit à canal ouvert. — Le lavage extra-vésical ou à canal ouvert ne comporte pas de technique bien spéciale quand il est exécuté par le médecin. Si nous en faisons mention, c'est pour redire qu'il est extrêmement facile; il peut donc être confié au malade lui-même et ne devra s'accompagner d'aucune élévation du bock laveur, et par conséquent ne s'adresse en somme qu'à la portion antérieure de l'urètre. Il se fait en adaptant très doucement la canule de Janet

à l'orifice du méat. La canule est retirée de façon intermittente, puis remplacée de nouveau de façon à pratiquer ainsi une série de petites injections, de la valeur de 5 centimètres cubes seulement, que l'on rejette immédiatement après en dehors du canal.

Dans les urétrites aiguës et douloureuses, avec balanite, en attendant la sédation des phénomènes inflammatoires du côté du gland ou de la fosse naviculaire, il est tout à fait indiqué. Dans les centres d'urétrites où les malades se lavent eux-mêmes, il est institué pendant les sept ou huit premiers jours du traitement. Ce n'est que vers le neuvième ou dixième jour que le malade tentera de laver son urètre postérieur en passant dans la vessie.

Le lavage intra-vésical. — C'est la technique la plus importante à connaître pour le praticien. Elle est aussi la plus délicate et celle qui exige la réalisation complète de tous les préceptes du *code du lavage*.

Après un lavage soigneux du gland, du prépuce, de l'orifice du méat urétral, que l'on fera bien « bâiller » avec le pouce et l'index de la main gauche, on commencera à laver l'intérieur de la fosse naviculaire, puis progressivement les premières fractions de l'urètre antérieur, en exécutant en somme la technique extra-vésicale, déjà indiquée; puis le moment du lavage intra-vésical proprement dit commence.

Il est important de rassurer le malade, de l'avertir de se laisser aller, pour éviter soigneusement les spasmes provoqués par la mauvaise disposition du siège. C'est alors qu'appliquant hermétiquement la canule de Janet sur le méat, on recommande au malade de respirer doucement et de se laisser aller « comme s'il voulait uriner ». On aperçoit alors la bulle d'air dans l'intérieur de la canule qui se déplace; la main gauche, qui tient la verge,

sent le glouglou urétral, signe que le lavage est comme « dégluti ». Après réplétion de 200 ou 300 grammes de liquide dans la vessie, on cesse subitement le lavage et on prie le malade d'uriner. Il est préférable de ne pas répéter cette réplétion vésicale plusieurs fois de suite; c'est la partie terminale du bock (les derniers 300 grammes environ) qui doit servir pour remplir la vessie et parfaire ainsi le lavage urétral total. De la sorte, l'urètre se trouve balayé à l'aller et au retour.

A quel moment exact, au cours d'une blennorragie, faut-il prescrire le lavage intra-vésical?

En principe, les objections qui ont été formulées contre le lavage trop précoce de l'urètre postérieur tombent devant ce fait que le lavage de l'urètre antérieur soigneux et méthodique l'a toujours précédé, et que par conséquent si on craignait qu'un microbe ne soit entraîné par un liquide déjà microbicide, il serait expulsé finalement au dehors par la miction terminale du liquide injecté. C'est dire qu'on doit très vite pratiquer le lavage de l'urètre postérieur, dès que la réaction douloureuse le permet et aussitôt qu'on peut arriver à franchir le spasme, grâce à la technique que nous avons conseillée, en l'associant à une anesthésie locale légère.

Entre les mains du médecin, le lavage arrive bien plus vite à être exécuté selon son code et ses neuf principes.

VARIÉTÉS D'INSTRUMENTATION

Le lavage urétral fait à la seringue.

Nous ne voulons nullement critiquer ceux de nos confrères qui préfèrent se servir de la grande seringue, modèle de Guyon, pour exécuter le lavage de l'urètre. Évidemment, la pratique de la seringue dans des mains expertes et habituées à son usage peut être excellente.

Si, personnellement, nous nous servons plutôt du bock, c'est que nous pensons qu'il présente un maximum d'avantages avec un minimum d'inconvénients. Même entre les mains d'un malade inexpérimenté ou maladroit, le bock ne provoquera pas de complications, souvent imputables au maniement fréquemment défectueux de la seringue. Grâce à lui, on règle avec facilité la pression du liquide à injecter; la manipulation, une fois le bock suspendu à une hauteur moyenne, est facile et peut être confiée à un infirmier ou au patient. Nous persistons à proscrire complètement l'usage de la seringue en d'autres mains que celles du médecin.

Certains urétrologues ont continué systématiquement, en raison de leurs habitudes, à se servir de la grosse seringue de Guyon (150 grammes de capacité). Les critiques qui ont pu être adressées à cette pratique sont les suivantes :

Sous l'influence de la pression souvent trop forte imprimée au piston, on peut déterminer une dilatation de l'urètre trop considérable, en tout cas moins dosée qu'avec la pression plus douce du bock injecteur. Il peut en résulter certains petits traumatismes glandulaires qui ne sont pas quantité négligeable. Dans tous les cas, ce ne sont là que des objections de détail. Au praticien qui débute, nous recommandons l'usage du bock; il lui donnera toute satisfaction, et il réalise à notre avis le lavage idéal.

Résultats du traitement. — La maxime placée en tête de ce chapitre explique le rôle primordial du balayage qu'exerce le passage du liquide sur la muqueuse de l'urètre à l'aller et au retour.

Nous basant sur une expérience déjà longue, nous avons adopté systématiquement la méthode du grand lavage urétral comme la meilleure et celle qui donne les résultats les plus encourageants.

Les résultats obtenus sont réellement merveilleux dans les cas heureux.

En trois ou quatre jours l'écoulement disparaît, l'individu est immédiatement présentable. Plus de ce pus qui salit tout, plus de méat et de prépuce tuméfiés. C'est le traitement qui arrête rapidement un écoulement humiliant et les taches révélatrices; la douleur disparaît également très vite. Mais ce qu'il faut bien savoir, c'est que si, satisfait de ce résultat immédiat, on cessait le traitement, l'écoulement ne tarderait pas à reparaitre.

Il faut donc *être dirigé par un médecin*, et le mieux, quand le malade le peut, c'est de se faire faire ses lavages par un praticien familiarisé avec la technique du traitement des uréthrites.

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

Il résulte de ce que nous venons de voir que le lavage doit s'accompagner dans sa technique de moyens d'investigation qui permettent d'en apprécier la marche et la progression, c'est-à-dire :

- 1° La lecture du verre d'urine;
- 2° L'examen microscopique de l'écoulement.

Il y a un certain nombre de fautes qu'il ne faut pas commettre.

1° *Il ne faut jamais se servir de solutions trop concentrées.*

Immédiatement ce serait la cystite du col, les épreintes, la pollakiurie d'origine chimique et médicamenteuse. Il en résulterait tout de suite une interruption forcée du traitement très préjudiciable au succès.

2° *Il ne faut jamais se servir de sonde pour faire un lavage.*

Une sonde passe au-dessus de certains abcès glandulaires infectés et empêche le lavage de pénétrer partout, comme le lavage à l'aide de la canule à bout de cigare.

3^o *Il ne faut jamais forcer avec une pression intense la résistance spasmodique de l'urètre au lavage profond.*

« N'ESSAYEZ JAMAIS DE COMMANDER A UN URÈTRE; OBÉISSEZ-LUI... »

Il en résulterait un traumatisme de l'urètre et une infection plus profonde. Le canal est rempli de microbes dont la virulence est prête à s'exalter; or, le traumatisme ouvre de nouveaux accès au gonocoque.

Ce serait lui creuser et lui offrir de nouvelles tranchées.

4^o *Il ne faut pas prolonger le lavage indéfiniment.* C'est, en effet, un écueil que nous constatons souvent chez certains malades abandonnés un peu à eux-mêmes et dont le traitement n'a pas de directive.

Ils vous déclarent en effet que sitôt qu'ils cessent leurs lavages l'écoulement reprend. Ils en ont fait l'expérience souvent et on se heurte parfois à un entêtement curieux chez le malade, ancré dans cette idée indéracinable qu'en dehors du lavage continué point de salut.

Il faut que ces malades se persuadent et se pénètrent de la véracité de cette maxime : « Une blennorragie qui dure porte à son actif une faute de technique ou une faute d'hygiène! »

Nous devons chercher et découvrir la faute; elle réside souvent dans la décision qu'à prise parfois le malade de se soigner tout seul. Il a d'ailleurs tant vu de spécialistes qu'il faut l'excuser!...

Cette faute est habituellement de deux sortes :

PREMIÈRE FAUTE : *On n'a pas examiné au microscope la goutte depuis longtemps.*

Sans cela, on y aurait vu les caractères des urètres trop lavés.

La muqueuse sèche et coule par suite de l'irritation permanente entretenue par le lavage.

DEUXIÈME FAUTE : *Il y a une glande enkystée, un abcès*

péri ou para-urétral, une prostatite, une petite ébauche de rétrécissement, etc.

Il faut faire à ces malades un examen complet pour les remettre sur la bonne voie.

En résumé, le lavage est une excellente méthode, disons même qu'en attendant mieux... c'est la meilleure!

Il n'agira pas seul dans certaines formes d'urétrites rebelles; il devra être associé alors à son puissant auxiliaire, *le massage de l'urètre*, que nous allons étudier maintenant.

CHAPITRE III

LE MASSAGE DE L'URÈTRE

La glande urétrale est la tranchée du gonocoque ; le massage l'en fera sortir.

LE MASSAGE DE L'URÈTRE

1° **Pourquoi le lavage seul ne suffit pas.**

Certains méats empêchent le massage, d'où nécessité de la méatotomie urétrale avec ses deux procédés : au méatotome-bistouri et au méatotome-cautère.

Les opérations de « propreté ».

2° **L'instrumentation du massage urétral. Les béniqués droits et courbes. Nos bougies masseuses. Le massage de la prostate.**
a) Le massage de l'urètre antérieur. Son instrumentation : les béniqués droits ; la série des bougies masseuses. Sa technique. b) Le massage de l'urètre postérieur. Son instrumentation et les béniqués courbes. Sa technique.

3° **Le massage de la prostate. Son instrumentation. Sa technique**

Nous considérons le massage de l'urètre comme la clef de voûte du traitement d'un urètre atteint d'infection blennorragique.

C'est le secret de la guérison complète et définitive. Il doit être connu et pratiqué par tous les praticiens.

Il possède ce double avantage de livrer tous les secrets d'un urètre qui ne veut pas guérir et de contribuer en même temps à cette guérison.

Le massage urétral est à la fois un renseignement, une épreuve et un mode de traitement. C'est même une assurance contre la rechute.

Pourquoi le lavage seul ne suffit pas. Très rapidement et très peu de temps après le début réel d'une blennorragie, le gonocoque quitte la situation superficielle qu'il occupait sur la muqueuse pour gagner les canaux excréteurs et les acini glandulaires. Or, on sait la profondeur

dès glandes urétrales, des glandes bulbaires et prostatiques en particulier! Les germes vont s'insinuer entre les cellules épithéliales jusqu'à la sous-muqueuse, gagner les espaces périglandulaires (Voir fig. 12), les origines des lymphatiques, parfois même le corps spongieux.

La chaudepisse devient ainsi une infection profonde des glandes urétrales, le gonocoque arrive à se creuser des souterrains, « des tranchées » d'où il ne sera pas facile de le déloger.

Que l'on réfléchisse aux multiples erreurs de traitement, à l'action funeste des injections, plus ou moins caustiques, plus ou moins destructives, avec lesquelles on martyrise la pauvre muqueuse urétrale jusqu'à la transformer en une sorte d'enduit « caoutchouté » sur lequel glissera, en mordant quelquefois! toute l'armée des antiseptiques, pour « entretenir l'urétrite chronique et installer à jamais les gouttes éternelles »!

La muqueuse d'un urètre longtemps traité devient comme la « main calleuse » du bûcheron.

Le moyen d'action dans une vieille urétrite, c'est alors d'agir sur le gonocoque caché sous cette enveloppe protectrice, c'est d'aller le pourchasser dans sa cachette; cela, c'est l'œuvre du massage urétral!

Ce massage de l'urètre devient ainsi le corollaire indispensable du lavage dans le traitement de l'urétrite. Ils se combinent tous deux, s'associent et se complètent mutuellement.

L'art de masser un urètre, nous ne nous lasserons pas de le répéter, c'est l'art de guérir une chaudepisse.

On comprend que si on réussit à faire sortir l'ennemi de toutes ces petites tranchées, on arrive à faire livrer à l'urètre tous ses secrets. Les examens de goutte consécutifs renseignent alors sur la désinfection plus ou moins complète de ce « boyau » d'un nouveau genre.

Or, le grand nettoyeur de tranchée urétrale, c'est le béniqué, droit ou courbe, c'est la bougie masseuse, c'est le doigt expert du médecin sachant vider l'éponge prostatique, les vésicules et tous les points où s'embusque le microbe de Neisser pour le plus grand désespoir des malades, jamais guéris, et la lassitude des praticiens déroutés par les rechutes incessantes, les écoulements interminables ou les récives spontanées.

Les opérations dites de propreté.

Nous plaçons au début de ce chapitre la description de ces trois petites interventions qui s'imposent chez beaucoup de malades et qui sont, à notre sens, du domaine de la prophylaxie, car, en les pratiquant, on évitera dans beaucoup de cas des contagions inévitables chez les prédisposés de ce fait à la blennorragie et à toutes les affections vénériennes. Elles facilitent, en outre, le traitement; c'est pourquoi nous les décrivons ici.

Elles sont au nombre de trois :

1^o *La méatotomie* ;

2^o *L'opération du phimosis ou circoncision* ;

3^o *La libération du frein pour adhérences ou anomalies.*

1^o **La méatotomie.** — C'est une petite intervention indispensable parfois avant le traitement d'un urètre.

Les petits méats à peine perméables à une bougie 10 ou 12 ne permettront guère, en effet, le massage avec un béniqué correspondant au calibre général de l'urètre. En effet, aussitôt l'ouverture méatique franchie, il y a un recessus où peuvent se cacher les germes de l'infection et il ne faut jamais garder ce que nous avons appelé « un méat à chaudpisse ». La figure 3 montre une ouverture de méat tout à fait anormale, tant elle est réduite; c'est une chance de contagion et un obstacle au traitement.

Un méat trop étroit, c'est une porte fermée derrière laquelle se passe quelque chose..., disons-nous souvent.

Le porteur d'un méat étroit, en raison de ce recessus dont nous venons de parler, collectera fatalement au moindre coït douteux la flore microbienne du vagin auquel il demande une hospitalité momentanée. Le porteur d'un méat semblable est le candidat tout désigné comme le « phimositique » également, pour toutes les contagions.

Nous ne saurions assez recommander à tous nos malades cette intervention.

On peut la pratiquer soit avec le méatotome classique (fig. 21), soit avec le « méatotome-cautère » (fig. 22), qui nous a rendu souvent de grands services pour une méatotomie rapide.

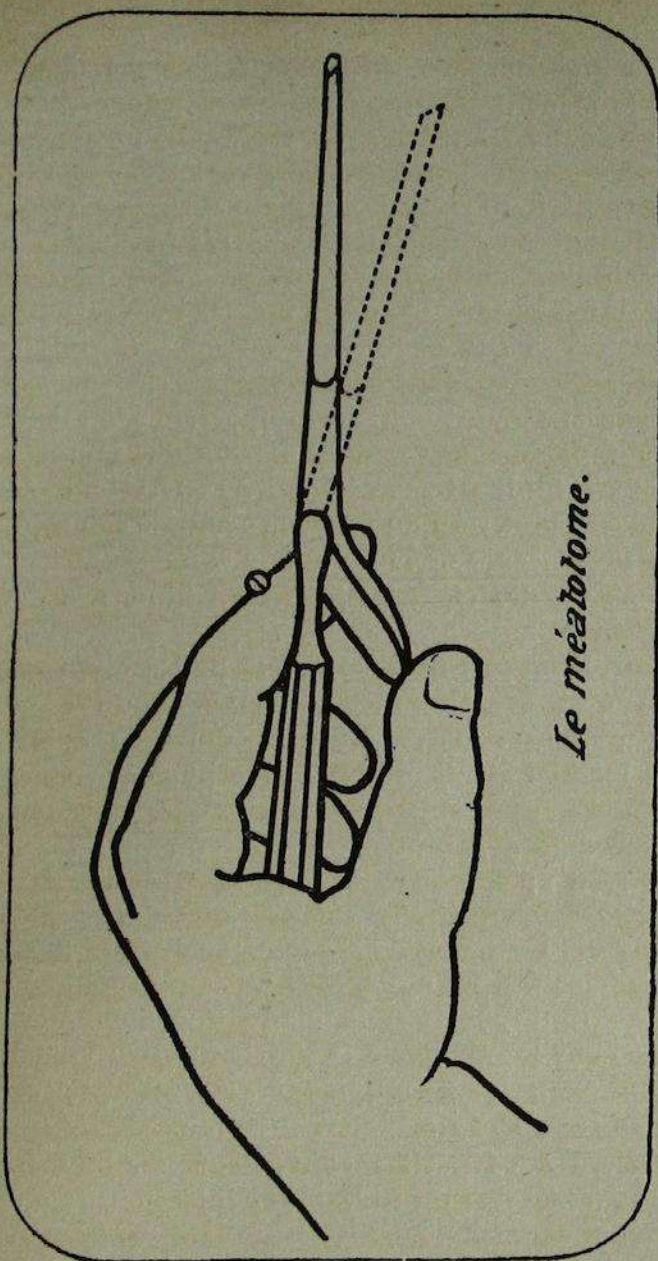
La figure 22 représente le galvanocautère en train de sectionner le méat.

On introduit dans le méat une pince Péan préalablement fermée et on la pousse légèrement à l'intérieur de la fosse naviculaire pour faire bâiller le méat. Le méatotome-cautère introduit, et préalablement rougi par le courant, sectionne sans aucun écoulement de sang l'extrémité inférieure de l'orifice.

C'est cette absence d'écoulement sanguin qui doit faire préférer le méatotome-cautère par les spécialistes désireux de faire vite. Ce qui complique un peu, c'est la nécessité d'avoir le courant nécessaire et un transformateur.

Dans notre service hospitalier, nous pratiquons la méatotomie au méatotome-bistouri, mais nous plaçons toujours systématiquement pendant les heures qui suivent une sonde à demeure. On évite ainsi d'emblée ces petites hémorragies qui sont interminables quelquefois.

La méatotomie sera suivie, les jours suivants, de séances



Le méatotome.

FIGURE 21

Le méatotome-bistouri.

de dilatation au méatimètre, indispensables pour maintenir béant le méat urétral.

La figure 5, nous montre l'aspect d'un méat normal.

2° **La circoncision.** — Nous avons opéré un grand nombre de phimosis dans notre service pour lutter contre les rechutes inévitables, pensant que c'était toujours faire de la prophylaxie! Nous ne décrivons pas ici l'opération du phimosis, qui est décrite partout et qui est très simple à faire.

Nous insisterons pourtant sur l'importance qu'il y a à soigner tout particulièrement la section des lambeaux préputiaux dans le deuxième temps de l'opération. C'est là ce qui donnera plus tard au prépuce cicatrisé son aspect normal et « présentable dans le monde ».

Nous avons vu des cicatrisations bien difformes dont le porteur était « moins que reconnaissant » envers l'opérateur maladroit auquel il devait cette petite difformité; les réflexions qu'il avait pu recueillir au cours de ses chevauchées amoureuses n'avaient pas contribué à développer chez lui une gratitude bien vive pour son chirurgien!...

Il est préférable évidemment d'avoir un prépuce qui « passe inaperçu »!

3° **La libération du « frein ».** — On constate parfois chez des malades qui en apparence ont un prépuce normal et découvrant pourtant le gland une anomalie du frein qui « bride » le prépuce à la partie inférieure.

De chaque côté, dans les gouttières créées par cette adhérence, se logent des foyers d'infection.

On remédiera à ce petit inconvénient par la section transversale au bistouri du frein après injection de novocaïne.

On suture ensuite la surface de section au catgut dans le sens longitudinal, ce qui réalise l'allongement désiré du frein.

Les anomalies congénitales du méat urétral.

La méconnaissance de lésions fréquentes de l'urètre liées à des anomalies congénitales est une cause fréquente de déboires pour certains urétrologues non avertis.

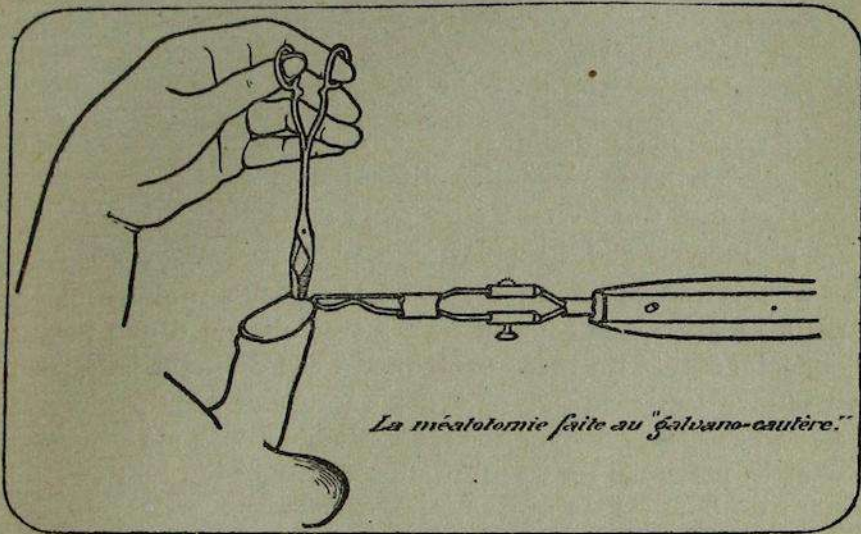


FIGURE 22

Le méatotome-cautère.

Il est donc de la plus haute importance de *ne pas ignorer ces anomalies* afin de les rechercher systématiquement.

Nous avons eu l'occasion à maintes reprises de guérir des blennorragiens sur lesquels plusieurs de nos confrères s'étaient escrimés pendant des mois sans résultat en dé

couvrant chez ces malades une petite fossette ou un petit diverticule resté inaperçu et qui était la cause de rechutes incessantes.

Nous les avons réunies en un tableau qui montre leur grande variété (fig. 23). Ce sont de redoutables repaires microbiens.

Les plus fréquentes sont les suivantes :

Les méats doubles ;

Les méats en ancre ;

Les hypospades à diverticules borgnes ;

Les lacunes de Morgagni ;

Les brides méatiques ;

Les abcès glandulaires du filet.

1° **Les méats doubles.** — On aperçoit en regardant attentivement le méat des diverticules en fossettes placées autour des lèvres; elles sont généralement borgnes ou prolongées sur un court et fin trajet.

2° **Les méats en ancre.** — Cette petite malformation peut se présenter sous la forme très simple d'une petite encoche à côté du méat urétral. En cas de méat en ancre, il faudra toujours penser à des anomalies plus profondes dans l'intérieur du canal et, en plongeant le stylet, chercher la présence de ce que nous verrons plus loin sous le nom de lacunes de Morgagni.

3° **Les hypospades avec des diverticules borgnes multiples.** — Ces diverticules sont ou médians ou latéraux; on dirait, dit Janet, chez certains malades, de « véritables bajoues » placées sur le sillon balano-préputial de chaque côté du méat.

4° **Les lacunes de Morgagni.** — Si elles sont un peu profondes on devine que les microbes peuvent y trouver un abri tout à fait inaccessible aux lavages.

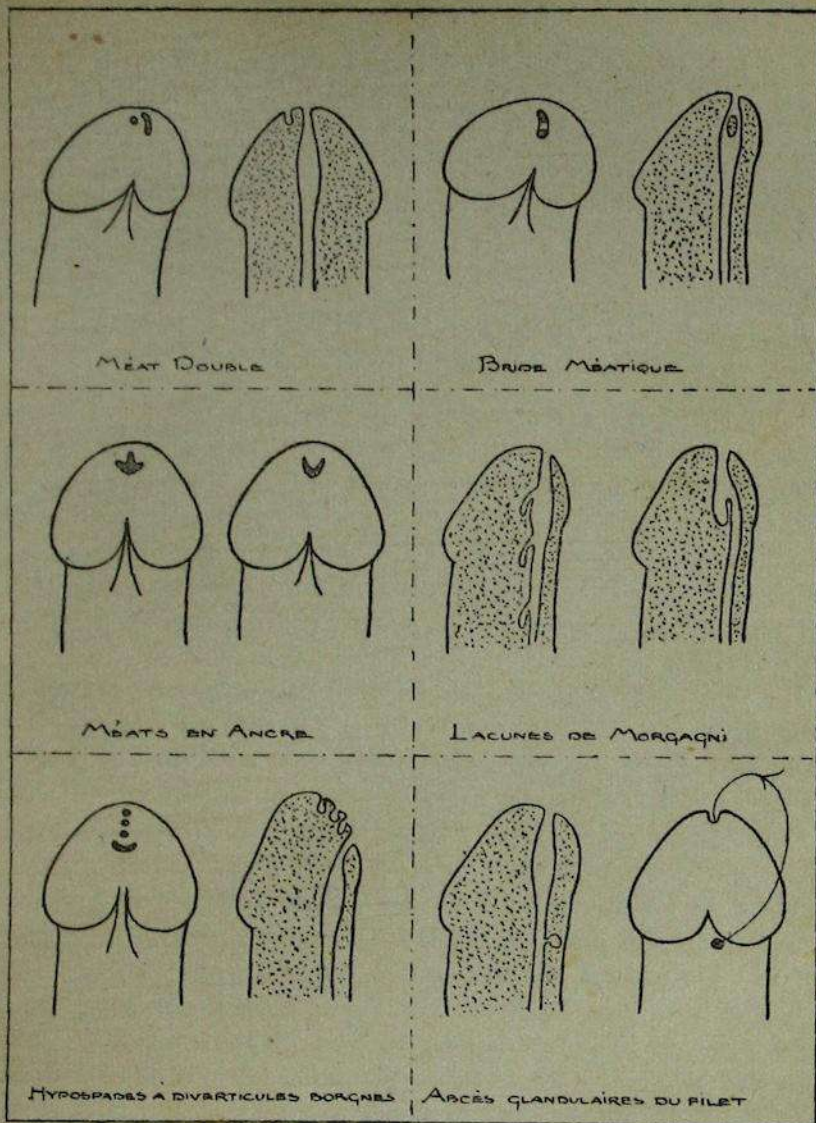


FIGURE 23

Les anomalies congénitales (d'après J. Janet).

On les diagnostiquera à l'aide d'un stylet boutonné en platine, et en suivant la paroi supérieure du canal urétral on tâchera de sentir le fond de la lacune.

Une fois arrêté, le stylet sera légèrement basculé vers l'axe de l'urètre. Janet signale alors un petit « claquement » révélateur de la présence d'une lacune de Morgagni.

5° Les brides méatiques. — Elles sont rares, on les aperçoit en faisant bâiller le méat.

6° Les abcès glandulaires du filet. — On peut sentir une petite poche prolongée par un trajet para-urétral plus ou moins noueux en palpant le long du frein l'urètre pénien. Ce sont de petits abcès qui donnent au toucher la sensation d'une corde. Tapissés d'un épithélium plat pavimenteux, ils donnent abri à des microbes qui réinfectent indéfiniment l'urètre après de longues périodes de guérison apparente.

Le traitement de ces abcès consiste à passer un fil de soie soit au-dessous du frein d'un orifice à l'autre si l'abcès a deux ouvertures extérieures, soit de l'extérieur au méat s'il n'en a qu'une.

On peut cautériser les diverticules borgnes avec une fine pointe de galvanocautère, mais il nous semble préférable de les inciser du côté de l'urètre avec le bistouri boutonné de Wéber, on les transforme en un sillon lavable avec la canule de platine mousse à trajet.

En général, le bistouri de Weber sera employé pour les trajets extérieurs des hypospades. Janet a fait construire une petite « guillotine » pour les trajets profonds du canal.

Pour les lacunes de Morgagni et toutes les fossettes accessibles on peut les laver avec la canule de platine à trajet montée sur une seringue de 2 centimètres cubes et

remplie d'argyrol (1) à 20 %. Ces injections doivent être faites avec beaucoup de légèreté en retirant doucement la seringue pour ne pas faire d'infiltrations dans le tissu cellulaire péri-urétral.

Soins préparatoires au massage.

Remplissage de la vessie.

Avant tout massage urétral, il faut remplir la vessie, de façon à faire balayer le canal par un jet de liquide quand le massage est terminé.

Ce remplissage de la vessie se fera à la seringue de Guyon, ou mieux encore au « bock ». On se servira d'eau boriquée ou d'eau bouillie chaude, à 38°. La miction terminale de liquide injecté dans la vessie complète le travail du massage.

L'étude du massage urétral se divise en deux parties :

- 1° *L'instrumentation* ;
- 2° *La technique*.

Celle-ci comprend trois parties :

- a) Le massage de l'urètre antérieur ;
- b) Le massage de l'urètre postérieur ;
- c) Le massage de la prostate.

1° **L'instrumentation.** — Elle correspond aux différentes portions ou régions de l'urètre, contre lesquelles le massage est dirigé.

1) *Pour l'urètre antérieur.* — On se servira soit du bénygué droit (fig. 24), soit de nos bougies masseuses, qui sont pratiques, simples, ne traumatisent pas (fig. 25) et se stérilisent facilement.

(1) Se servir d'argyrol américain de Barnes.

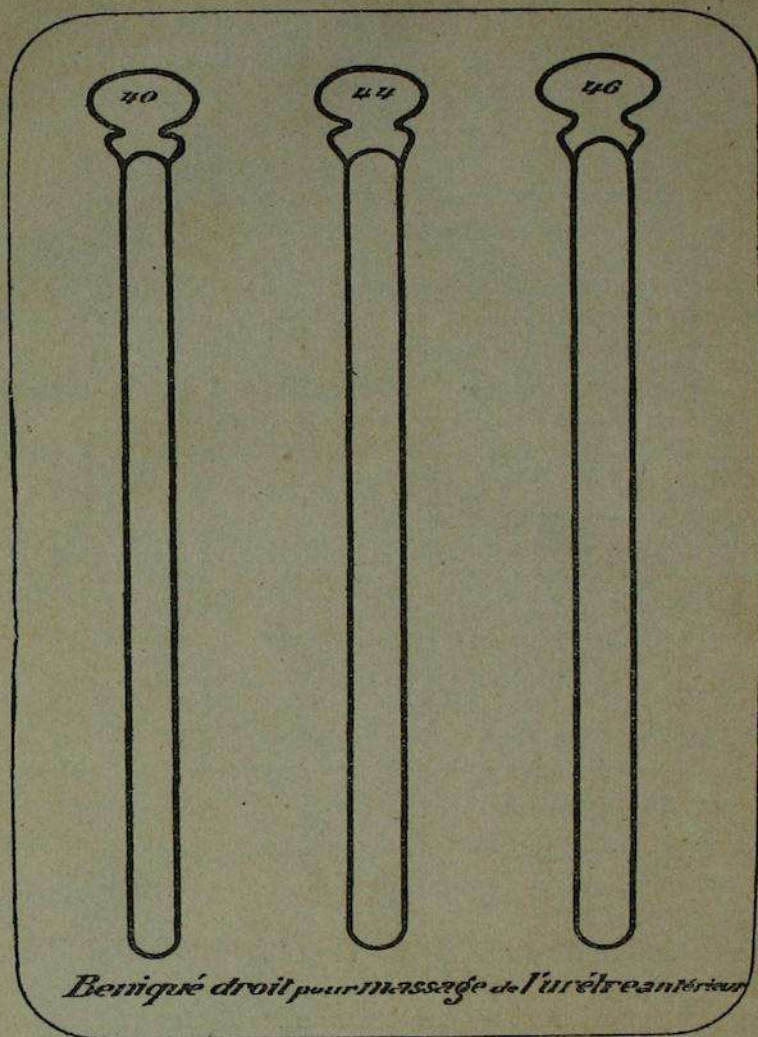
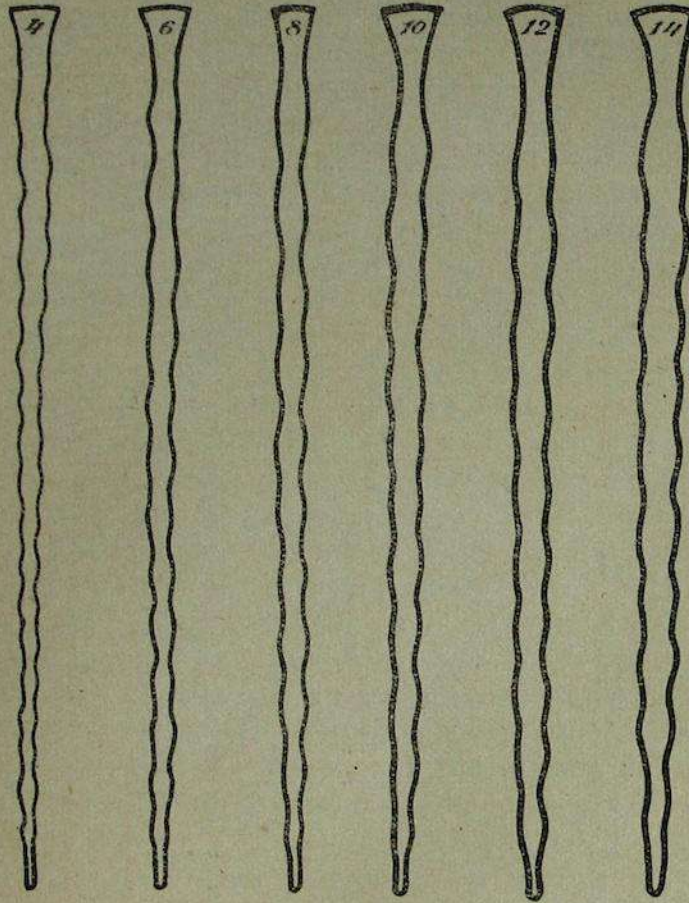


FIGURE 24

Les béniqués droits pour l'urètre antérieur.



*La série des bougies masseuses.
(modèle du D^r Callier)*

FIGURE 25

Elles sont en métal nickelé et munies de renflements ; leur calibre varie comme celui des béniqués.

C'est une modification du masseur hydraulique de Janet, auquel nous reprochons de mal supporter la stérilisation au bout de très peu de temps.

Elles présentent une série de renflements ampullaires sur lesquels on peut écraser les noyaux indurés de l'urètre.

2) *Pour l'urètre postérieur.* — C'est le béniqué ordinaire.

Le massage de l'urètre postérieur se fait à l'aide du béniqué classique, en tenant compte toujours, pour le numéro de la filière, de l'ouverture du méat urétral. Il faut pour cela une boîte de béniqués depuis les n^{os} 18 et 20 jusqu'au n^o 60.

Ces bougies dites « béniqués » doivent être absolument mousses et arrondies à leur extrémité pour éviter toute espèce de traumatisme. Elles portent à leur extrémité courbe un pas de vis sur lequel se placera, dans certains cas de rétrécissements, la filiforme conductrice.

Un jeu de filiformes à pas de vis doit être joint à la boîte de béniqués.

Il existe des dilatateurs à plusieurs branches préconisés par les Allemands et appelés « dilatateurs de Kollmann ». Nous ne nous servons jamais de dilatateurs de Kollmann, estimant que, même dans des mains expertes et habituées, ces instruments « traumatisent » un peu l'urètre, et nous nous sommes toujours bien trouvé de l'instrumentation précédente, que nous estimons suffisante.

Il existe aussi toute une série de béniqués dits « béniqués laveurs » qui réalisent à la fois le massage et le lavage.

Nous avons l'habitude de dissocier ces deux sortes de traitement dans la pratique.

Le schéma urétroscopique (Voir chapitre de l'Urétroscopie) permet de noter exactement la localisation des lésions constatées par la palpation sur béniqué.

3) *Pour la prostate.* — L'instrumentation est simple; c'est le doigt du médecin muni d'un doigtier.

2° *La technique du massage de l'urètre.* — Ce massage doit porter sur toutes les parties constitutives de l'urètre. Il y aura donc un massage de l'urètre antérieur et un massage de l'urètre postérieur (fig. 26).

1) *Massage de l'urètre antérieur.* — On introduira le béniqué droit ou la bougie masseuse et on repérera tous les petits noyaux d'infiltration glandulaire, qui sont à notre avis les sources intarissables des gouttes urétrales.

C'est sur ces noyaux d'infiltration que va s'exercer la séance de massage. C'est souvent même après l'ouverture de ces petits abcès enkystés que l'on peut constater, avec une goutte plus abondante et plus épaisse, la présence de gonocoques dans la goutte qui, à plusieurs reprises déjà, avait été l'objet d'examens négatifs. Cet écrasement systématique de toutes les adénites urétrales sur le béniqué constitue une des parties les plus importantes du traitement des blennorragies chroniques, l'évolution même de la blennorragie favorisant l'envahissement des couches profondes de l'urètre. Dans tout écoulement ancien, ces adénites urétrales sont presque constantes.

Après cette séance de « pilonnage » des glandes urétrales infectées, le malade constatera souvent, nous l'avons signalé, un écoulement plus marqué, dû à l'écrasement des glandes enkystées et maintenant ouvertes. Il faudra faire suivre le massage d'un lavage bien fait qui balayera toutes les sécrétions, ne se contentant même pas de la miction terminale.

Il faut pratiquer le massage avec une grande douceur, car il est souvent très douloureux. La pression de tous ces petits noyaux provoque comme autant de piqûres

d'aiguille, s'accompagnant d'une réaction parfois très vive, et c'est au cours de ces séances, quand le malade fait une grimace significative, qu'il est bon de livrer à ses méditations cette boutade : « Le seul moment agréable d'une blennorragie, c'est celui où on l'attrape !... »

2) *Le massage de l'urètre postérieur. Sa technique.* — On commencera par évaluer, d'après l'ouverture du méat urinaire, le numéro de la filière des béniqués à introduire. Ayant enduit le béniqué d'huile goménolée au vingtième, on introduit ce dernier dans le canal de l'urètre, selon la technique décrite dans tous les traités. L'extrémité du béniqué étant maintenue entre le pouce et l'index de la main gauche, on sentira avec la main droite toutes les nodosités, signes d'adénites urétrales, qui jalonnent le canal de l'urètre. On les notera soigneusement sur le schéma urétroscopique et de massage glandulaire (Voir chapitre de l'Urétroscopie).

L'introduction du béniqué sera faite selon les préceptes classiques que nous n'avons pas à reproduire ici, mais en se rappelant toujours la maxime qui nous est familière : « On ne commande pas à un urètre, on lui obéit... »

Le béniqué, bien enduit toujours d'huile goménolée au vingtième, glissera par son propre poids à travers l'urètre prostatique, et une fois introduit va commencer la séance de massage proprement dit (fig. 26). La main gauche, soulevant les bourses, maintiendra le béniqué dans la position d'introduction complète; la main droite, appuyant sur le périnée, massera d'avant en arrière et d'arrière en avant les noyaux d'infiltration qui pourront être sentis à travers le périnée. C'est dans cette région que l'on pourra constater quelquefois l'infiltration des glandes de Cooper ou la *coopérite*, affection pour laquelle on est parfois obligé d'intervenir chirurgicalement.

Le massage de l'urètre sur béniqué ne devra négliger

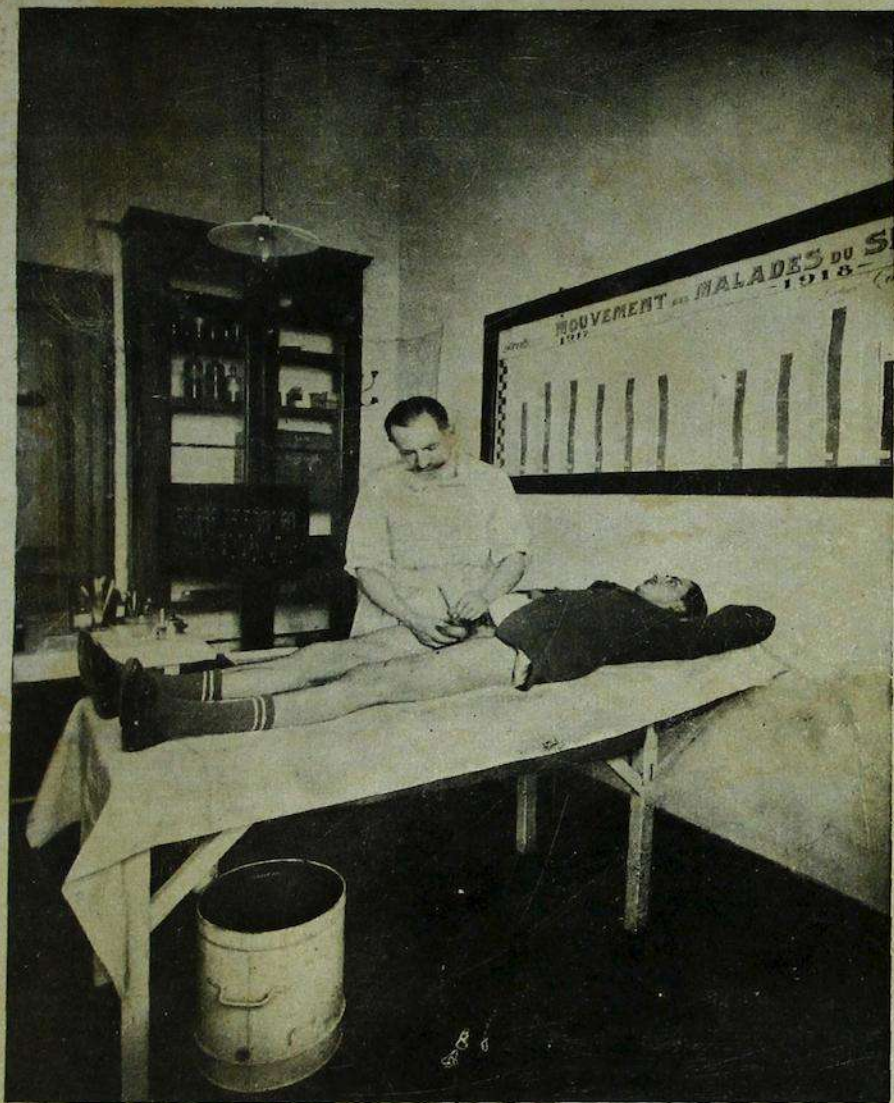


FIGURE 26

Massage de l'urètre en soulevant les bourses.
Massage du « cul-de-sac du bulbe » urétral où se localisent
particulièrement les lésions anciennes.

aucun point d'élection pour les adénites urétrales. Le *cul-de-sac du bulbe* sera toujours très minutieusement examiné et massé s'il y a lieu.

Évidemment, en cas d'infection totale de l'urètre, le massage de l'urètre antérieur et de l'urètre postérieur pourra être fait sur un seul et unique béniqué courbe. Il sera utile à chaque séance de dilatation et de massage de passer trois numéros progressifs de béniqués, en commençant par le numéro passé à la séance précédente. Exemple : si l'on a passé en dernier lieu la fois précédente le béniqué 44, on passera à la nouvelle séance le 44, le 45 et le 46.

Ces séances seront répétées, comme nous l'avons déjà dit, tous les deux jours ou tous les trois jours, selon les réactions, et toujours après remplissage de la vessie. On recommandera au malade de vider le liquide vésical, qui remplira les mêmes fonctions de balayage précédemment énoncées.

Le massage bien fait ne devra s'accompagner d'aucune hémorragie, autant que possible, c'est-à-dire que l'écrasement des glandes soit s'exercer exclusivement sur leur contenu purulent, et on devra éviter autant que possible de traumatiser l'urètre déjà infecté.

En cas de réaction particulièrement douloureuse, voire même en cas de difficulté pour franchir l'urètre membraneux avec le béniqué, on pourra faire précéder le massage de l'urètre postérieur sur béniqué d'une petite instillation de quelques gouttes de novocaïne à 2 %; mais ce n'est généralement pas nécessaire.

Le massage de la prostate.

Il n'est en réalité qu'une des modalités du massage de l'urètre postérieur, celle qui porte sur la face postérieure

de cet urètre, mais il est si important que nous voulons le décrire à part.

Son étude comprend :

1^o *Sa technique et ses variétés ;*

2^o *Ses indications et ses contre-indications.*

Le massage de la prostate proprement dit. — L'exploration de la prostate doit être d'une douceur extrême, il faut à peine l'effleurer sous peine de provoquer immédiatement une épидидymite : les trois quarts des épидидymites sont dues à des massages intempestifs de la prostate.

Les signes cliniques principaux de la prostatite sont la constipation et le trouble persistant du deuxième verre d'urine malgré les lavages bien pris.

Au toucher on trouve en général un seul lobe, quelquefois les deux lobes de la prostate gonflés, durs, saillants vers le rectum (se garder de tout massage pour apprécier leur consistance).

La périprostatite se manifeste par un cartonnage diffus de la région périprostatique qui s'étend sur les côtés et en arrière, sous la vessie, empêchant de retrouver les bords de la prostate ; de grosses veines rectales dilatées sont mobiles sur le tissu induré sous-jacent.

A un degré de plus, que l'on doit à coup sûr éviter si le traitement est assez précoce, la prostate fait une grosse saillie dans le rectum, elle gêne d'autre part la miction, le malade a de grandes oscillations de température, la fluctuation se sent ou ne se sent pas. C'est l'abcès de la prostate.

L'épididymite souvent due à une faute de traitement.

L'épididymite débute par une douleur du bas-ventre le long du canal inguinal, elle atteint l'épididyme seul

ou le cordon (funiculite) ou les enveloppes des bourses (vaginalite avec ou sans épanchement), très rarement le testicule, si elle l'atteint il peut se produire le fongus testiculaire et l'atrophie consécutive du testicule. L'inversion testiculaire est une prédisposition sérieuse à l'épididymite.

L'instrument nécessaire pour pratiquer le massage de la prostate, c'est, nous l'avons dit, le doigt de l'urologue muni d'un doigtier.

Nous nous sommes toujours servi de ces doigtiers de caoutchouc garnis d'une collerette protectrice pour la main et qui sont extrêmement pratiques. Ils ont l'avantage de se nettoyer facilement et de pouvoir ainsi, après nettoyage, resservir pour d'autres malades. La pommade qui sert à enduire le doigtier n'est pas indifférente. Voici la formule que nous avons employée au Centre d'urologie et qui peut répondre aux meilleures conditions :

Pommade pour toucher prostatique.

Baume du Pérou	1	gramme.
Savon mou	30	—
Glycérine	15	—

Miscible à l'eau, n'ayant pas de propriétés destructives pour le caoutchouc, facilitant la lubrification parfaite du doigtier et permettant l'introduction facile dans l'anus avec absence de réactions douloureuses, telles sont les qualités d'une bonne pommade pour toucher rectal.

Variétés de technique du massage de prostate.

On peut masser une prostate de différentes façons :

1^o *Le massage rectal* : agit sur la partie postérieure de la glande;

2° *Le massage urétral* avec le béniqué : agit sur la partie antérieure et péri-urétrale de la glande;

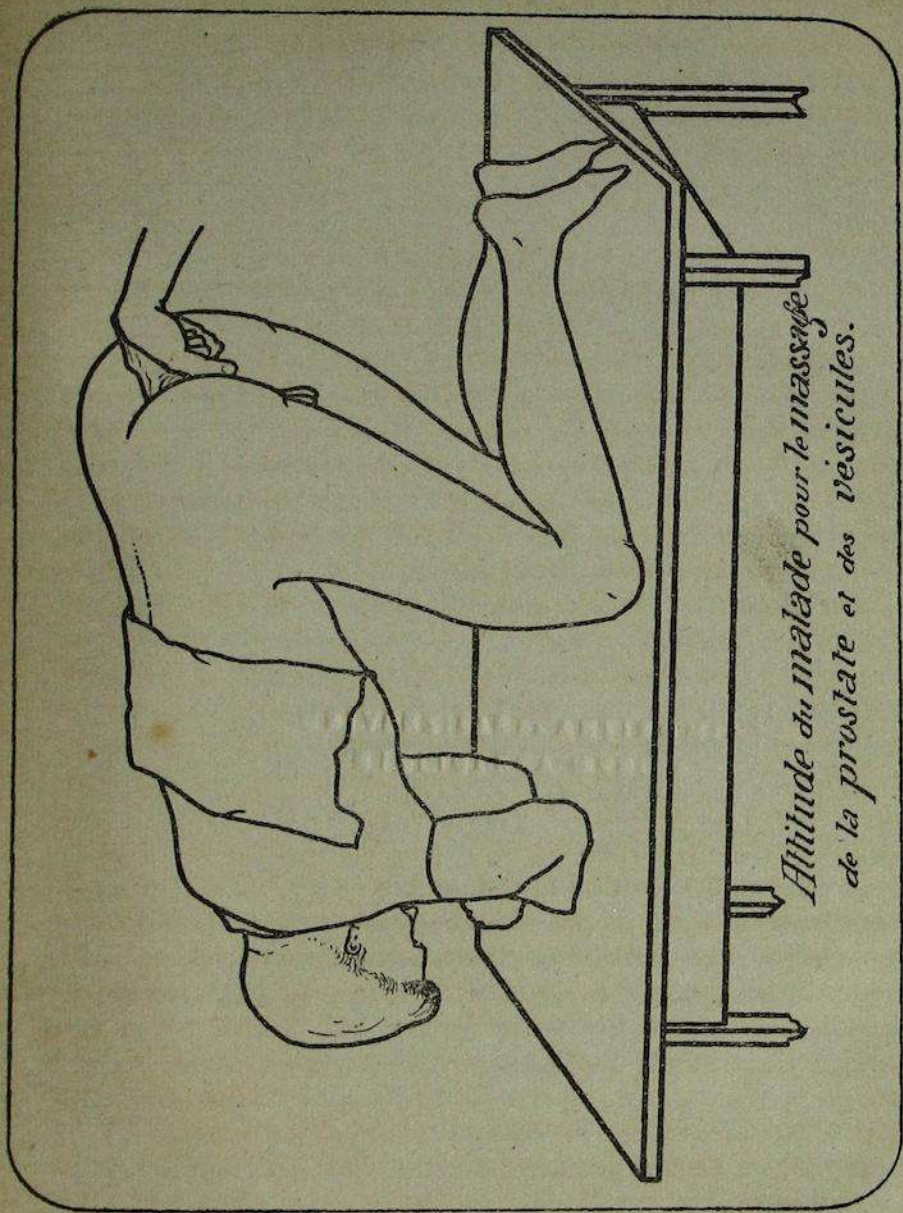
3° *Le massage combiné*, massage rectal et massage urétral : agit sur sa totalité.

1° *Le massage rectal*. — On peut le pratiquer de deux façons :

a) Le malade couché sur le dos, les genoux légèrement fléchis et les deux poings fermés sous les fesses;

b) Dans une autre position, que nous avons adoptée pour nos traitements : le malade est à genoux, cuisses fléchies sur le ventre, le tronc penché en avant et appuyé sur les deux coudes et les avant-bras (fig. 27), dans la position dite « à quatre pattes ». C'est à notre avis la position idéale pour bien circonscrire complètement la glande et faire un bon massage.

Technique. — La vessie a été remplie de 300 grammes de liquide aseptique à 38°; pour opposer une résistance élastique. L'index droit, alors coiffé de son doigtier, bien lubrifié de pommade, commencera par poser un peu de pommade à l'entrée de l'anus pour en faciliter l'accès. L'index fléchi légèrement, sa face palmaire dirigée vers le sol, est introduit avec douceur horizontalement, de façon à glisser le long de la paroi postérieure de la prostate. Il sentira les deux lobes latéraux et le lobe médian, les canaux déférents en dedans et les vésicules séminales en dehors. On évitera de provoquer par maladresse chez le malade une contraction réflexe du sphincter, nuisible à tout examen. Le doigt est donc introduit dans le rectum, il a repéré les lobes, les deux latéraux et le lobe médian; il appuiera doucement et d'une façon répétée sur chacun de ces lobes, soit en pratiquant le massage dit « en rayon de roue », c'est-à-dire allant du centre de la glande vers la périphérie, soit le *massage circulaire*, « en



*Attitude du malade pour le massage
de la prostate et des vésicules.*

FIGURE 27

tour de meule », en contournant toute la configuration de la face postérieure de la prostate. Le massage circulaire et le massage en rayon de roue doivent se combiner mutuellement pour exprimer tous les exsudats.

A la suite de cette séance, qui durera une minute ou deux, on constatera l'expulsion sur une compresse, préalablement placée à l'entrée du méat, d'un liquide filant, mélangé parfois de pus et légèrement coloré d'une teinte hémorragique, dont l'aspect seul permet déjà de préciser le diagnostic.

Les réactions sont parfois violentes dans les prostatites aiguës, et chez les névropathes on a pu constater quelquefois une syncope légère, sur laquelle il est très facile de réagir par les procédés habituels. Lorsqu'on ne possédera pas de diagnostic précis au point de vue microbien d'une urétrite très ancienne, il sera bon de pratiquer aussitôt l'examen microscopique du liquide exprimé par le massage prostatique. La prostate, en effet, a été comparée très heureusement à une véritable « éponge » dans les replis de laquelle se cache le gonocoque : il s'y dissimule ainsi qu'au fond d'une « tranchée ».

2° Le massage urétral. — C'est celui que nous avons étudié avec le massage de l'urètre postérieur.

3° Massage combiné (*prostate sur béniqué*). — Le massage combiné est la pression combinée de la glande sur le béniqué préalablement introduit dans l'urètre postérieur. Il doit être pratiqué avec une grande douceur; il renseignera merveilleusement sur les nodosités et les points fluctuants de l'éponge prostatique, créant ainsi un plan résistant qui permet de presser la glande entre deux compresseurs, le compresseur urétral, qui est le béniqué, et le compresseur digital, qui est le doigt dans le rectum.

Intervalle des séances de massage.

Ces séances auront lieu d'abord tous les deux jours, puis tous les trois jours, en espaçant progressivement, selon la marche et les fluctuations de la prostatite.

Les masseurs prostatiques du commerce.

On fabrique dans le commerce des masseurs prostatiques à l'usage des malades. Nous nous élevons formellement contre cette pratique. Ces masseurs ont rarement la forme désirable pour opérer un massage méthodique total. Rien ne vaut le doigt du médecin, qui apprécie, collecte, recueille les éléments du diagnostic et d'amélioration au cours de la marche de la maladie. Ces appareils font *trop* ou *trop peu*. Trop, car ils hypnotisent le malade sur une affection génératrice de névrose. Trop peu, parce qu'« aveugles » et insuffisants, ils ne peuvent guérir complètement.

Indications et contre-indications : « *Tout urologue doit avoir un doigtier dans son gousset de montre.* »

Le massage de la prostate mérite d'être étudié avec toute l'attention possible. Ce n'est pas sans raison qu'un de nos vieux maîtres qualifiait le rectum de « providence » pour l'urologue qui a besoin d'établir un diagnostic précis. L'accès, en effet, de l'urètre prostatique par le rectum (fig. 14), la possibilité de contourner et de sentir toute la surface postérieure de la prostate, la possibilité de toucher les canaux déférents, les vésicules séminales, les trois lobes prostatiques, l'appréciation des variations de cette glande, qui est le prologue du massage, permettra d'abord de poser d'une façon formelle le diagnostic. Nous estimons donc indispensable, pour établir le diagnostic d'une

urétrite, de pratiquer le toucher prostatique systématiquement. Les résultats de l'examen de cet organe au point de vue de sa forme, de ses dimensions, de son aspect, de sa consistance, sont autant de données précises que nous révèle le toucher prostatique. Excellent moyen de diagnostic, il est aussi un moyen parfait de traitement.

Le massage de la prostate est une méthode très souvent indiquée dans la blennorragie.

Il faut pourtant ne l'appliquer qu'à bon escient, car c'est un peu une arme à deux tranchants; il doit être appliqué avec prudence.

Ses indications et contre-indications sont nettes et nous allons les exposer.

1° *Dans la prostatite aiguë*, il est à rejeter (sauf des cas très rares et seulement si on en a une très grande habitude). On donnera dans la prostatite aiguë des lavements très chauds ou froids, ou des suppositoires avant de commencer la séance de massage, pour bien ramollir la prostate et entr'ouvrir les orifices glandulaires.

2° *Dans la prostatite subaiguë*, il est tout à fait indiqué et donne ses plus beaux succès. Il permet de vider les glandes et provoque une décongestion intense.

3° *Dans la prostatite chronique blennorragique*, il agit encore très efficacement en favorisant l'évacuation glandulaire et la résorption des exsudats quand il existe des noyaux indurés, mais il faut être patient et prolonger assez longtemps les massages.

4° *Dans la prostatite chronique à forme scléreuse*. Il faut alors lui associer l'électrisation.

5° *Dans les abcès de la prostate*, on obtient de remarquables résultats par le massage seul ou combiné.

6° *Dans les grosses prostates à forme congestive*, et surtout chez les prostatiques jeunes, il est excellent.

7° *Dans les spermatozystites*. Nous voulons insister tout

particulièrement sur les bons résultats que l'on doit attendre du massage des vésicules séminales dans les spermatoctystites. Nous donnons plus loin la technique du massage vésiculaire.

Le massage physiologique de la prostate.

Il existe une catégorie de blennorragiens qui signalent les bons effets qu'ils ont obtenus du coït pratiqué en désespoir de cause et parfois malgré la prescription d' « abstinence » absolue qu'ils tenaient de leur médecin.

« C'est le coït qui m'a guéri », vont-ils répétant, et leur expérience personnelle les amène à formuler une règle de conduite dangereuse dans bien des cas; nous désirons apporter quelque précision sur cette affirmation d'apparence paradoxale, exacte pourtant dans quelques cas exceptionnels, mais qui ne doit jamais être érigée comme une formule de traitement. La glande prostatique est formée en majeure partie de fibres lisses entourant les glandes. Les contractions de ces fibres lisses, non soumises à l'empire de la volonté, ont une action très efficace au moment du coït, où le contenu glandulaire se trouve *expulsé* et *vidé* physiologiquement dans les conditions naturelles les meilleures, et c'est ainsi que le coït physiologique a pu devenir un mode de traitement risqué, mais réel, de prostatite par le massage glandulaire physiologique.

Il faut tenir compte pourtant de l'infection microbienne véhiculée au cours de ce massage physiologique et ne jamais oublier qu'une prostate vidée ainsi chez un porteur de germes peut être une cause de contagion qui *ne doit jamais être risquée*.

Nous avons tenu seulement à signaler que l'expression de l'éponge prostatique au cours du coït a pu dans quel-

ques cas faire *plus* et *mieux* que le massage méthodique artificiel; et c'est ainsi que des blennorragiens téméraires dont l'infection ne se trouvait plus localisée qu'à la prostate ont pu trouver à la fois une amélioration et une excuse à la reprise trop hâtive d'un coït jusqu'alors déconseillé.

Le massage prostato-vésiculaire et la vésiculite.

Position du malade. — Le malade sera à genoux, comme dans la position déjà décrite (fig. 27), le tronc fléchi en avant et appuyé sur ses deux coudes. Le praticien introduira l'index, la face palmaire tournée vers le sol, le plus loin possible; il constatera alors la présence d'un petit noyau fluctuant, présentant à sa partie interne une induration due au canal déférent. Tâchant de pousser le plus haut possible, avec l'index introduit il ira dépasser le bord supérieur de la vésicule et, par une pression très douce et lente, il tâchera d'écraser cette vésicule fluctuante et gorgée de liquide. C'est dans ces cas de spermatozystite que l'on verra sourdre à l'extrémité du méat un liquide purulent très abondant, preuve que la collection a été évacuée. Le massage portera sur les deux vésicules, la droite et la gauche.

Nous avons vu au chapitre des complications la conduite à tenir dans les cas d'obstruction des canaux éjaculateurs qui s'opposent absolument à l'évacuation des résidus purulents des vésicules séminales, et qui peuvent être justiciables d'une autre intervention.

Ces cas de « vésiculites », sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir (Voir chapitre des complications), se traduisent par un état névropathique spécial et très marqué, des sensations douloureuses intolérables quand le malade est assis, *des éjaculations nocturnes à aspect*

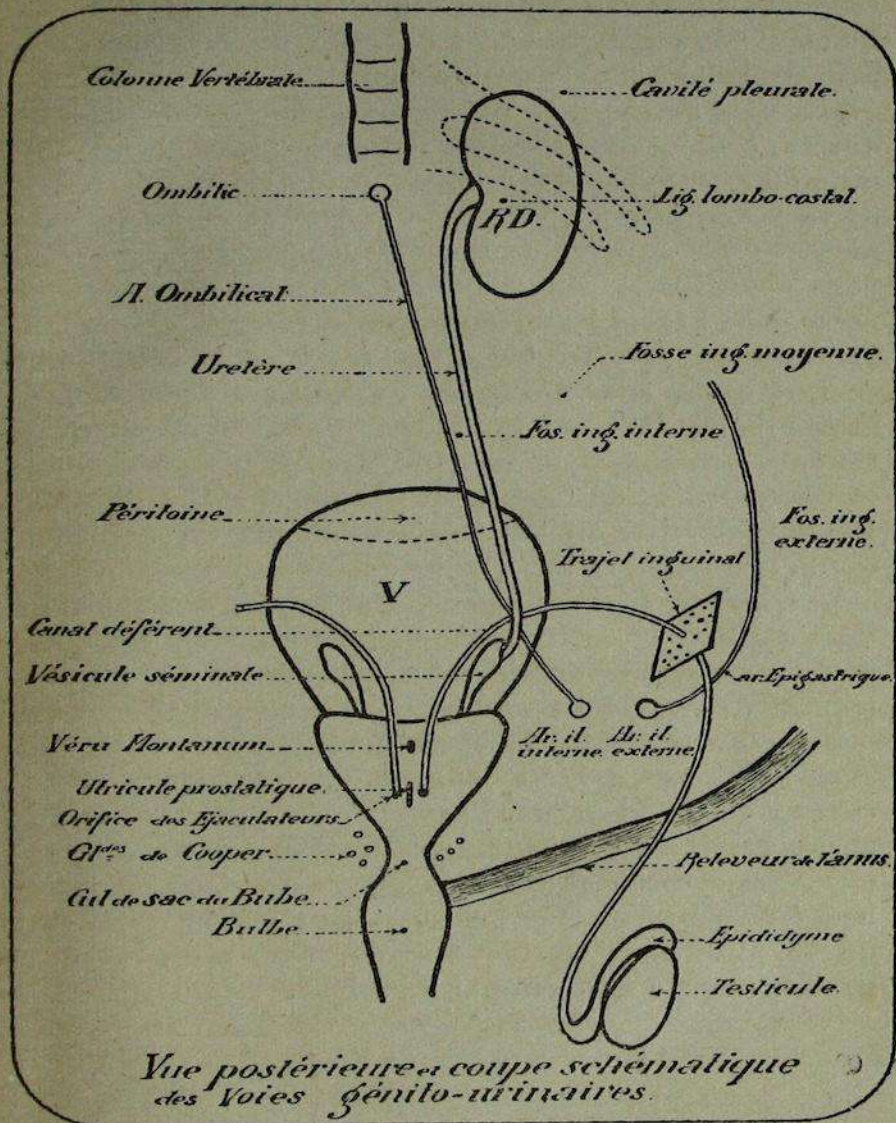


FIGURE 28

sanguinolent et aussi par l'expulsion dans le verre de filaments à aspect spécial à la suite du massage prostatato-vésiculaire (moules vésiculaires).

Durée du massage. — La séance de massage vésiculaire durera, comme celle du massage de la prostate, une minute ou deux, après laquelle le malade videra le contenu de sa vessie dans un verre. On pourra alors constater la présence de ces volumineux moules vésiculaires dont nous avons parlé tout à l'heure dans un des chapitres précédents : *De la lecture du verre d'urine.*

Avant de clore l'étude du massage de la prostate et ce très court aperçu sur les prostatites, nous voulons attirer l'attention des praticiens sur les états névropathiques, conséquence fréquente des lésions persistantes et douloureuses de l'anus, du rectum et de la prostate. Ils doivent être tout particulièrement pris en considération.

Les lésions hémorroïdaires, les fistules à l'anus, les rectites, les prostatites, les vésiculites, etc., sont très douloureuses, très déprimantes et finissent tôt ou tard par créer chez leurs porteurs un état mental spécial que nous avons rencontré et observé souvent.

Des névroses graves, dangereuses, avec idées de suicide et autres idées fixes peuvent s'observer, et le médecin averti doit orienter son traitement, nous dirons plus, ses conseils et ses avis pour faire face de bonne heure au développement de ces états nerveux qui sont un supplice pour le sujet qui en souffre, un spectacle pénible pour le médecin qui les soigne.

CHAPITRE IV

LES COMPLICATIONS DE LA BLENNORRAGIE

La chaudépisse compliquée est presque la règle, la simple est l'exception.

LES PRINCIPALES COMPLICATIONS DE LA BLENNORRAGIE ET LES RARES.

Les cinq principales complications dans l'armée (statistique mensuelle sur 2.555 blennorragies traitées) sont : a) l'orchite ; b) la prostatite ; c) le rétrécissement ; d) la vésiculite ; e) l'arthrite.

- 1° Le traitement radical de l'orchite par notre procédé de l'injection intra-épididymaire. Son instrumentation consiste en une seringue de Pravaz munie d'une aiguille de 5 centimètres de longueur. Sa technique : piqûre au foyer d'infiltration maximum avec 1 centimètre cube d'argent colloïdal isotonique novocaïné. Ses résultats (288 cas guéris en dix jours).
- 2° Le rétrécissement et la méthode d'assouplissement électrolytique.
- 3° La vésiculite et ses différentes formes, que l'on doit traiter par le massage.
- 4° Le traitement de l'arthrite.

Le meilleur traitement est le bain de lumière pendant vingt minutes trois fois par jour.

On peut y adjoindre utilement les applications de radium et la radiothérapie.

La bactériothérapie encore à l'étude, nous a permis de guérir plus d'une centaine d'arthrites gonococciques sans ankylose.

Considérations générales.

Il est vraiment banal de dire que la blennorragie est souvent compliquée. Quand il ne s'agirait que de l'adénite urétrale ou plutôt des « adénites urétrales multiples » que l'on sent si nettement en palpant l'urètre d'un vieux blennorragien, on peut dire que toute blennorragie de longue durée se complique presque fatalement.

Nous l'avons vu, la « complication » résulte soit de la maladie, soit du traitement.

Nous donnons ci-après un tableau statistique qui présente à notre avis un réel intérêt; il a été dressé dans notre service d'hôpital pendant la guerre et relate les complications, les plus fréquentes et les plus rares, constatées et traitées dans un des centres d'urologie où a été soigné peut-être le plus grand nombre d'urétrites compliquées et rebelles pendant cette période.

Tableau par ordre de fréquence des complications de la blennorragie dans un service d'urétrites rebelles pendant la guerre.

Statistique mensuelle : 2.555 blennorragiens traités.

I. Complications fréquentes.

1° Adénites urétrales (littrites)	580
2° Épидidymites :	
Unilatérales	367
Doublés à bascule.	94
3° Prostatites.	340
4° Cystites	182
5° Coopérîtes	98
6° Végétations du méat	13
7° Rétrécissements :	
Précoces.	20
Anciens	153
8° Vésiculites.	142
9° Rhumatismes.	71

II. Complications plus rares.

Phlébites de la verge	4
Conjonctivite métastatique	1

Ce qui frappe tout de suite dans l'énumération de ces complications, c'est combien certaines dominent de beau-

coup les autres par leur fréquence et quelle place primordiale, en particulier, revient à l'orchi-épididymite blennorragique.

Nous lui consacrons un article spécial, car elle complique la blennorragie dans un quart des cas, et nous donnons la description détaillée d'un mode de traitement qui nous a donné de très intéressants résultats.

En deuxième lieu vient la prostatite. On verra combien cette prostatite est souvent associée à l'orchi-épididymite en lisant l'exposé de la pathogénie de l'orchite blennorragique.

Au cours de cet ouvrage on trouvera le traitement des complications banales comme l'adénite urétrale au *Massage de l'urètre*.

Les traitements de la prostatite et de la vésiculite sont indiqués également au *Massage*. Celui de la cystite se trouve indiqué avec l'*Instillation au nitrate d'argent*.

Ce chapitre n'est qu'une contribution à l'étude du traitement des complications de la blennorragie. Nous ne pouvons pas, évidemment, exposer ici le traitement de toutes celles qu'engendre cette maladie. Elles sont décrites d'ailleurs dans tous les traités classiques. Nous nous bornons à signaler celles que le praticien rencontrera le plus souvent.

Nous ne pouvons pas nous dispenser d'indiquer un mode de traitement du rétrécissement blennorragique que nous avons proposé d'appeler « méthode d'assouplissement électrolytique » et dont nous donnons les indications et la technique.

La vésiculite blennorragique est plus fréquente qu'on ne le pense. Nous avons cru devoir lui consacrer un paragraphe spécial.

L'arthrite a été souvent observée dans notre service. Elle se rencontrait particulièrement chez une classe de

malades présentant un état général médiocre, et chez lesquels la proportion des arthrites gonococciques fut très élevée.

Nous donnons les résultats obtenus par les bains de lumière et la radiothérapie.

A la fin du chapitre nous avons tenu à signaler les observations de quelques complications rares et qui sont utiles à connaître.

LES COMPLICATIONS FRÉQUENTES

L'épididymite blennorragique.

L'épididymite est si fréquente au cours d'une blennorragie qu'on serait presque tenté de la considérer comme un symptôme. Ceci est vrai lorsque cette complication survient spontanément chez un blennorragien, mais n'est plus vrai lorsqu'elle est provoquée soit par une faute de traitement, soit par le malade lui-même.

Un urétrologue disait un jour devant nous : « Je juge un spécialiste en blennorragie d'après le nombre d'épididymites qu'il accuse au cours de ses traitements. » C'est dire que très souvent, ayons le courage de l'avouer, *l'épididymite est le résultat* d'une fausse manœuvre de la part du médecin non averti. Ce sera un massage de prostate un peu « trop appuyé », une exploration maladroite du canal de l'urètre, etc...

N'ayez *pas* ou *peu* d'épididymites dans votre clientèle, et vous serez réputé, apprécié par vos confrères ! Ceci dit, il faut reconnaître que la localisation de l'infection neisserienne sur l'épididyme est la plus fréquente des complications de la blennorragie.

Parfois un choc sur le testicule quand le malade a omis

de porter un suspensoir, un traitement brutal fait par le malade, et nous reviendrons sur ce mode de propagation tout à l'heure, provoquent une épидидymite aiguë très douloureuse d'emblée. Le malade ressent une sensation de pesanteur dans le scrotum; la douleur irradie le long du pli inguinal, se propage dans la profondeur jusqu'à provoquer parfois un peu de ténésme et de douleur dans la région anale.

L'enflure et la douleur augmentent ainsi progressivement, l'écoulement s'arrête comme dans toutes les pyrexies qui coïncident avec la blennorragie et ne reparaitra qu'à la période de défervescence des symptômes inflammatoires.

Dans notre statistique de deux milliers de blennorragies traitées, l'orchi-épидидymite se présente, nous l'avons vu, dans la proportion de 461 cas; il faut préciser que beaucoup de malades, à raison de leur hospitalisation tardive (après deux mois de maladie), se présentaient le plus souvent dans notre service avec une orchi-épидидymite déjà en voie de régression.

Cette complication s'accompagne parfois de réactions fébriles violentes et, dans certains cas, de symptômes extrêmement douloureux avec retentissement profond sur l'état général, donnant au malade l'aspect d'un grand infecté. C'est dans ces cas que nous instituons l'électrar-gol novocaïné, traitement que nous verrons plus loin.

Pourquoi l'orchi-épидидymite est-elle si fréquente au cours de l'urétrite blennorragique ?

Pour comprendre les raisons de la fréquence de l'épидидymite au cours d'une blennorragie, il faut en bien connaître la pathogénie.

Nous admettons volontiers qu'elle est liée aux varia-

tions de l'orifice des éjaculateurs, c'est-à-dire le plus souvent à une poussée de prostatite concomitante.

Le schéma de trajet des voies spermatiques que représente la figure 29 montre nettement le trajet des canaux déférents et l'anatomie des voies spermatiques.

On comprend tout de suite, en regardant ces rapports anatomiques, avec quelle facilité peut se produire, au cours d'une urétrite postérieure, la propagation de l'infection aux vésicules séminales et aux canaux déférents pour créer une vésiculite ou une déférentite concomitante.

On peut d'ailleurs, si cette complication se produit, suivre par le toucher rectal pratiqué avec le doigt le trajet du canal déférent et constater la présence d'un cordon cylindrique, parfois même d'un véritable boudin; c'est ce qui a amené M. Le Fur à écrire : « Il n'y a jamais d'épididymite sans prostatite, déférentite et vésiculite concomitantes; celles-ci causent et entretiennent l'épididymite. »

Pour obtenir la guérison d'une épididymite, *il faudra donc traiter et guérir la prostatite, la vésiculite et la déférentite.*

La marche d'une épididymite est ainsi progressivement ascendante; tant que l'orifice du canal éjaculateur correspondant reste *bouché* et tant que les sécrétions purulentes restent accumulées dans le canal déférent et la vésicule, l'épididymite ne régresse pas. Si une désobstruction survient permettant l'évacuation de ces sécrétions, on constate aussitôt une diminution rapide de l'épididymite, de la déférentite et de la vésiculite. La récurrence sera due à la *réobstruction intermittente* de l'orifice du conduit éjaculateur (orchi-épididymite à bascule).

Si l'on adopte cette pathogénie, on doit considérer alors la marche de l'épididymite comme liée à la perméabilité

des voies spermatiques, soit en dehors de la prostate, soit à l'intérieur de celle-ci (conduits éjaculateurs, vésicules séminales, etc.). Par suite d'une poussée de prostatite

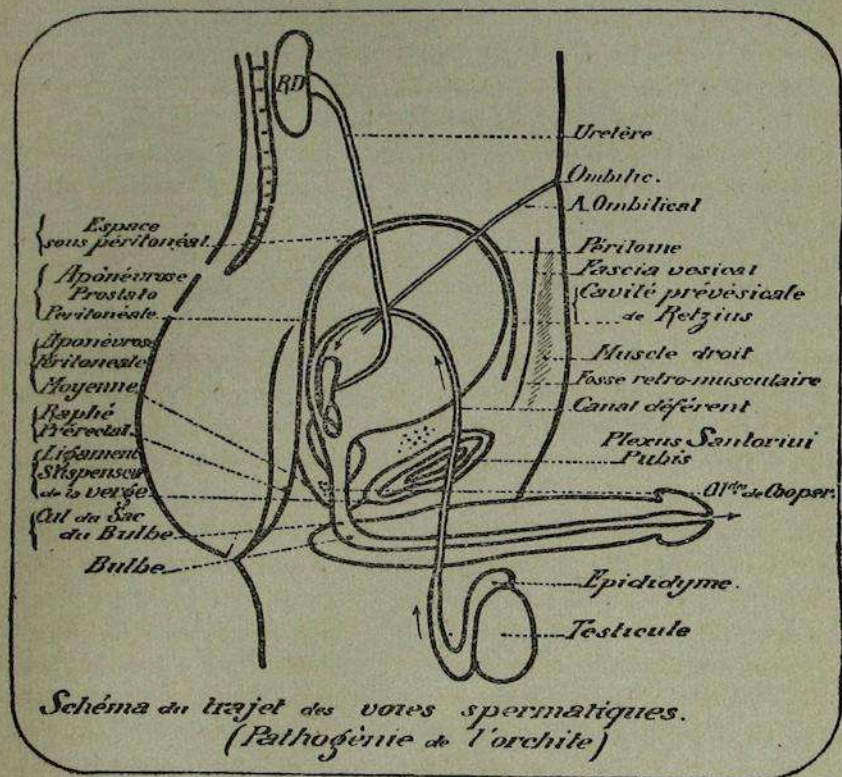


FIGURE 29

inflammatoire et d'induration de cet organe, la perméabilité des voies spermatiques se trouve supprimée, ainsi que la béance de l'un ou des deux orifices éjaculateurs. L'épididymite est alors organisée.

Il en résulte une remarque très importante : c'est la nécessité d'être très prudent *pour toute espèce d'intervention dans l'urètre*. Dans le cas de prostatite, le seul passage d'une sonde, d'un explorateur mis avec maladresse peut déterminer une obstruction de l'orifice éjaculateur et une poussée d'épididymite consécutive.

C'est d'ailleurs là la pathogénie de cette variété d'orchite bien connue chez les vieillards, l'« orchite du sondage chez les vieux prostatiques ».

C'est aussi l'explication du danger des petites seringues.

Pourquoi il faut recommander au malade de se méfier des petites seringues.

Nous avons dit sous forme de boutade, en expliquant « comment on aggrave une blennorragie », que pour obtenir ce désastreux résultat le malade commettait cinq fautes; une des principales est l'usage de ces petites seringues qui, associées à une solution irritante ou corrosive, provoquent secondairement une uréthro-prostatite, alors qu'il n'y avait auparavant qu'une simple urétrite antérieure. L'uréthro-prostatite engendre à son tour la lésion des orifices des éjaculateurs et la propagation à l'épididyme de l'élément infectieux. C'est alors l'épididymite classique de la chaudepisse créée par l'injection maladroite du malade.

Beaucoup de malades atteints de blennorragie ont recours à cette pratique tout à fait néfaste, productrice d'orchite dans 75 % des cas.

Le malade *veut se faire des injections lui-même dans le canal urétral* et le lendemain ou parfois le jour même il éprouve une pesanteur dans le testicule; l'épididyme enfle, devient extrêmement douloureux : « le malade s'est donné une orchite ».

La genèse de ces orchites est facile à comprendre, surtout quand on fait de l'urétroscopie et que l'on a pratiqué le cathétérisme des canaux éjaculateurs.

Le cathéter introduit dans les orifices du « véru-montanum » pénètre *toujours* dans la vésicule séminale et JAMAIS dans le canal déférent.

Il en est de même dans l'injection thérapeutique de liquide dans les vésicules, à laquelle on a dû renoncer en raison des accidents qu'elle provoque; mais ici le liquide plus ou moins irritant que le malade se refoule dans les vésicules séminales, alors que son véru-montanum est le siège d'une infection gonococcique, provoque une infection immédiate de ces vésicules et secondairement, par propagation, une orchite-épididymite aiguë.

Il faut rapprocher de ces orchites *par infection refoulée*, et pour en interpréter la genèse, ces cas d'amélioration des noyaux épидидymaires anciens sous l'influence du cathétérisme des canaux éjaculateurs dont nous avons constaté quelques cas.

Dès que la vésicule est drainée, vidée de ces moules vésiculaires qui apparaissent dans le verre après le massage des vésicules séminales infectées, l'épididymite s'améliore.

Dès que l'on refoule même un liquide aseptique dans les vésicules séminales il se produit aussitôt une épididymite. Luys rapporte qu'il a provoqué une épididymite sans douleur ni fièvre en injectant de l'eau boriquée chez un malade dans une de ses vésicules séminales.

Il faut donc *proscrire* complètement ces injections qui peuvent ainsi aggraver et compliquer une blennorragie. Le lavage au bock à l'aide de la canule de Janet et sous une très faible pression *est le seul traitement efficace et sans danger*.

Nous ne voulons pas revenir ici sur le traitement clas-

sique de la blennorragie aiguë. Nous ne nous occupons que de la localisation de l'infection neisserienne sur la glande testiculaire, mais ce mode d'apparition de l'orchite est si fréquent que nous avons cru devoir signaler ce danger pour conseiller au cours d'une chaudepisse d'éviter toute manœuvre et toute pratique susceptible de produire une complication génitale.

C'est toujours pour la même raison que l'on voit se produire des épидидymites au cours des lavages d'urètre mal faits ou sous trop forte pression, ou encore au cours d'instillations faites maladroitement sans observer le principe déjà exprimé : « On ne commande pas à un urètre, mais on lui obéit. »

On comprend aussi pourquoi, nous l'avons déjà dit, le traitement méthodique de la spermatozystite et de la prostatite évitera le retour offensif de l'infection épидидymaire en s'adressant à la cause première de cette complication.

Il est très certain aussi que toutes les causes qui pourront augmenter la congestion de la prostate, comme les secousses, la station debout prolongée, l'exercice d'un sport violent, en un mot toutes les causes de poussées inflammatoires du petit bassin, sont autant de facteurs qui prédisposent aux poussées épидидymaires.

Nous voulons insister sur la station « debout » prolongée. Certains de nos confrères, soignant par exemple la corporation des conducteurs de tramways, ont remarqué la fréquence des poussées épидидymaires survenant chez les blennorragiens de cette profession. Il semble bien dans ces cas que les secousses de la station debout agissent très nettement ici pour favoriser l'infection épидидymaire et l'obstruction consécutive des voies spermaticques.

Ainsi de simples variations physiologiques du petit

sphincter musculaire entourant l'orifice du conduit éjaculateur au niveau de son abouchement urétral peuvent déterminer sa béance, sa dilatation, voire même sa parésie.

On remarquera alors au cours d'une urétrite qui se complique d'orchi-épididymite un arrêt brusque de l'écoulement urétral, et sa réapparition se produira au moment où la poussée inflammatoire en décroissance permettra le rétablissement de la perméabilité des canaux spermaticques. On constate toujours, en effet, quand une épididymite décroît, que l'écoulement reprend extrêmement abondant, *plus abondant* même qu'au début de la maladie.

La seule vraie cause de la suppression de l'écoulement est la non-perméabilité de l'orifice des éjaculateurs. Nous en venons donc à conseiller comme indispensable au diagnostic le toucher rectal fait avec précaution au moment de toute poussée d'épididymite et à recommander comme une prescription extrêmement importante, particulièrement dans les formes « à recrudescence spontanée » le diagnostic des complications du côté de la prostate et des vésicules.

Le toucher rectal, pratiqué avec grande circonspection, révélera une douleur extrêmement vive au niveau d'un ou des deux lobes prostatiques.

L'uréthro-prostatite, la cystite et la spermatocystite à prédominance vésicale ont un symptôme commun à toutes les trois : la purulence des urines.

C'est le toucher rectal qui rendra compte de l'état de la prostate dans l'uréthro-prostatite et de l'état des vésicules dans la spermatocystite à forme vésicale.

Ces complications méritent d'être séparées et de rester distinctes; elles ont pourtant un symptôme commun : les mictions fréquentes et douloureuses, les urines uniformément troubles et renfermant beaucoup de pus.

Les formes légères et les formes fébriles et douloureuses.

Il faut distinguer dans le traitement de l'orchi-épididymite blennorragique la forme légère non fébrile, simple poussée inflammatoire du côté de la queue de l'épididyme, et la forme fébrile, douloureuse, qui manifeste de façon évidente une virulence bien plus marquée du poison gonococcique.

Il ne faut pas interrompre les grands lavages au cours de l'épididymite blennorragique.

Paul Delbet le premier a préconisé le grand lavage comme le vrai traitement de ces poussées épididymaires, et dans notre service nous nous sommes astreint à laver nous-même les urèthres qui présentent une poussée d'infection épididymaire; nous avons obtenu ainsi, *par des lavages*, la régression de l'épididymite.

Quant à la forme fébrile et douloureuse, dans notre service nous nous sommes très bien trouvé du traitement par les injections d'*électrargol* (argent colloïdal novocaïné), méthode que nous allons exposer maintenant.

L'injection intra-épididymaire.

Ce traitement de l'épididymite blennorragique est déjà ancien; il a été appliqué en Italie et en France; nous avons surtout tenté sa mise au point en l'appliquant à un nombre considérable de cas.

Nous avons traité ainsi, dans notre service, plus de trois cents épididymites.

Nous n'insisterons pas sur les autres traitements qui ont été préconisés pour l'orchi-épididymite (incision, applications de pommade résolutive. ponction, etc...);

nous les avons essayés aussi, mais nous réservons notre préférence pour l'injection que nous allons décrire.

Les travaux de Rohrbach, de Vignolle, de Lutati, de Furth avaient déjà signalé les bons résultats de cette injection intra-épididymaire. Nous inspirant des idées de ces auteurs, nous avons institué systématiquement ce traitement chez tous nos blennorragiens compliqués d'orchite, et, après un certain nombre de tâtonnements et de modifications, voici la méthode à laquelle nous nous sommes arrêté.

Indications de la piqûre intra-épididymaire.

Nous considérons que dans les cas un peu anciens la piqûre intra-épididymaire est déjà moins indiquée. Le cas le plus typique est le cas de l'orchite aiguë, fébrile et douloureuse. L'injection *doit alors le traitement abortif de l'épididymite blennorragique*. Lorsque les malades nous arrivent dans le service avec une orchite remontant déjà à cinq ou six jours et chez lesquels les grands phénomènes de réaction inflammatoire sont ou passés ou déjà atténués, nous considérons inutile de leur faire une piqûre intra-épididymaire. Il y a un moment où l'importance de l'incendie se limite d'une façon très nette et très précise; l'épididyme est encore dur et bloqué mais déjà moins douloureux, le malade n'a plus de fièvre, l'écoulement est apparu de nouveau, l'orifice de l'éjaculateur est béant. Dans ce cas, c'est le repos qui achèvera de faire régresser l'épididymite et il n'y a pas lieu de recourir à notre piqûre intra-épididymaire, qui est, à notre sens, le traitement de l'abortion dans l'épididymite.

Chez un malade en plein début, c'est-à-dire ayant depuis quelques heures de fortes douleurs lancinantes et continuelles dans un testicule qui commence à enfler,

avec propagation sur tout le trajet du cordon et une température très élevée (40° 5) (dans certains cas des vomissements peuvent accompagner la réaction de l'état général), l'injection intra-épididymaire est tout indiquée.

Le malade sera transporté sur la table d'opération pour y subir son injection.

Matériel nécessaire à la piqûre intra-épididymaire.

1° Une solution d'électrargol isotonique dans une ampoule. Cet électrargol est présenté de deux manières, soit isotonisé déjà dans l'ampoule, soit sous la forme de deux ampoules dont l'une renferme l'électrargol et l'autre le liquide isotonique. Nous pensons qu'il est préférable de se servir d'ampoules préalablement isotonisées. Dans une petite cupule flambée à l'avance, on versera 2 ou 3 centimètres cubes d'électrargol isotonisé; on y ajoutera la même quantité de novocaïne à 1 % (ce mélange est parfaitement compatible chimiquement avec l'argent colloïdal); 2° la solution de novocaïne à 1 % qui servira à couper par moitié l'électrargol; 3° de la teinture d'iode et de la ouate aseptique pour badigeonnages; 4° une aiguille en platine de 5 centimètres, calibre moyen, aseptisée, et une seringue de Pravaz également aseptisée; 5° un protecto-suspenseur de notre modèle (fig. 48) et un peu de gaze stérile.

Technique.

La technique de cette injection ne présente pas de difficultés.

Les soins préliminaires sont des plus simples : badigeonnage léger de teinture d'iode sur l'étendue d'une pièce de 5 francs environ, c'est-à-dire limitée au point où l'on pratiquera la piqûre et pour antiseptiser la peau.

Remarque importante : il faut se méfier de l'action des antiseptiques sur la peau du scrotum, car celle-ci aussi participe au processus inflammatoire; et déjà sensible à l'état sain, sous l'influence d'un irritant chimique trop intense la peau scrotale pourrait arriver à présenter une eschare secondaire.

On se servira d'une aiguille de platine de 5 centimètres de long, de calibre moyen, comme celle que nous employons pour les injections d'huile grise. Nous avons dit calibre moyen, car trop fine elle a l'inconvénient, lorsqu'on l'enfonce dans du tissu très infiltré et dur, de se tordre et de ne pas atteindre le point où l'on veut faire arriver le liquide.

Un autre avantage de l'aiguille à lumière un peu large, c'est qu'une certaine quantité de liquide s'écoule quelquefois avant que l'on fasse l'injection, et ce liquide a l'avantage de diminuer la tension des tissus et de contribuer à soulager le malade.

On commencera par examiner le testicule malade avec beaucoup de précaution, étant donnée la douleur très vive provoquée par le palper de la glande génitale au cours de l'orchite. Il s'agit ici de bien repérer la ligne de démarcation entre le testicule et l'épididyme et de rechercher exactement les endroits où les phénomènes exsudatoires sont les plus considérables, car ce sera là le *lieu d'élection* de la ponction et de l'injection. Il faut donc rechercher, pour l'atteindre, le grand foyer d'infiltration. Tenant alors le testicule malade de la main gauche, on délimitera le sillon situé entre le testicule et l'épididyme, et ayant ainsi bien repéré l'épididyme, on le tiendra entre le pouce et l'index de cette main gauche, et avec l'index de la main droite on appréciera le siège exact du foyer d'infiltration. Ce foyer peut siéger soit à la queue de l'épididyme, soit à la tête de cet organe ou

à sa partie moyenne. Disons de suite que c'est le plus souvent à la queue de l'épididyme que se trouve le foyer. C'est donc dans cette région dure et douloureuse que se trouve la plus grande quantité d'exsudats et où la réaction inflammatoire est maxima. C'est là que nous allons enfoncer notre aiguille, à l'endroit où la peau a été aseptisée.

L'aiguille a été bien bouillie au préalable. On l'introduit d'un coup sec jusque dans l'intérieur du foyer (fig. 30), la main gauche continuant toujours à bien maintenir l'épididyme et jalonnant ainsi la ligne de démarcation avec le testicule. Les moindres mouvements occasionnés au malade étant extrêmement douloureux, nous recommandons au médecin, avant de pratiquer la piqûre intra-épididymaire, de disposer préalablement sur une petite table à sa portée tout ce qui lui est nécessaire pour faire l'intervention.

Trois cas peuvent se présenter : ou bien un peu de liquide clair s'écoule, c'est l'exception; il faut en tout cas le laisser s'écouler au dehors puisqu'il doit diminuer la tension à l'intérieur de l'albuginée, facteur qui contribue tant à l'exagération des phénomènes douloureux; ou bien il s'écoule un peu de sang; alors il vaudra mieux déplacer légèrement l'aiguille; ou bien, enfin, et c'est normal, il ne s'écoule rien.

Nous ne conseillons pas de faire de l'aspiration avec une seringue vide aseptique; c'est douloureux et inutile.

La seringue de Pravaz étant remplie du mélange électrargol-novocaïne, on pousse avec une lenteur extrême pour ne pas augmenter la distension douloureuse (ou tout au moins ne le faire que dans une très faible mesure). Cette distension est la cause de la douleur si vive de l'orchite. On pousse ainsi 1 centimètre cube de la solution d'électrargol-novocaïne. La piqûre d'aiguille faite

rapidement *n'est pas* ou peu douloureuse; l'injection sera faite très lentement; elle ne l'est pas non plus.

L'aiguille est retirée d'un coup sec.

On terminera cette petite opération par la pose d'un pansement de gaze aseptique sur le point injecté et la mise en place du « protecto-suspendeur » pour immobi-

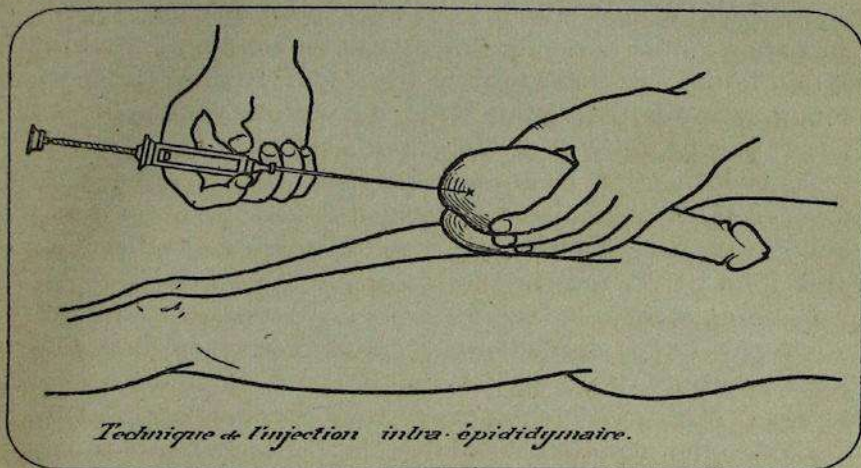


FIGURE 30

liser complètement le testicule et l'empêcher de subir aucun déplacement ultérieur.

Le malade est remonté dans son lit avec son testicule immobilisé, selon le précepte immuable du vieux maître Ricord, « la tête en bas, le testicule au plafond », vraie formule d'immobilisation.

Généralement, il accuse immédiatement une insensibilisation complète de la région, sauf une petite douleur irradiée au pli de l'aîne et dans la région profonde du ventre, jalonnant ainsi lui-même le trajet du cordon.

Cette petite douleur persiste pendant quelques instants, puis va s'atténuant de plus en plus et le malade éprouve une sédation très marquée. La température du soir diminue généralement de 1 ou 2°. La nuit suivante, le malade repose et les phénomènes douloureux du début disparaissent complètement.

Le lendemain matin, le testicule se présente généralement sous l'aspect suivant : il est encore un peu sensible au palper, mais non spontanément; l'incendie paraît tout à fait limité, on sent tout le bloc épидидymaire arrivé à son maximum d'augmentation de volume; on peut augurer que la poussée épидидymaire est enrayée.

Dans les cas où la douleur persiste, soit au niveau du foyer d'infiltration, soit le long du cordon, nous pratiquons une séance de stypage selon notre méthode (Voir plus loin : Stypage des orchites).

Généralement, et dans les trois cents observations que nous possédons actuellement, nous nous sommes toujours contenté d'une ou deux piqûres au plus dans les cas rebelles. *Nous n'avons jamais dépassé ce nombre de piqûres.*

La deuxième piqûre sera faite vingt-quatre heures après la première dans le cas de production d'un nouveau foyer d'infiltration; on reprendra alors la même technique décrite pour bien repérer la présence de ce nouveau foyer le long de l'épididyme, soit à la tête, soit à la queue ou dans la partie moyenne.

Le malade, le jour suivant, reste au repos. Nous lui faisons commencer ensuite, dès que la réaction douloureuse est terminée, ce qui arrive très vite, une série de massages testiculaires, selon la méthode que nous verrons tout à l'heure.

La piqûre intra-épидидymaire agit de quatre façons :
1° Elle supprime presque immédiatement la douleur aiguë;

2° Elle abaisse légèrement la température (Voir la courbe, fig. 32);

3° Elle arrête le processus inflammatoire;

4° Elle modifie avantageusement l'état général du patient.

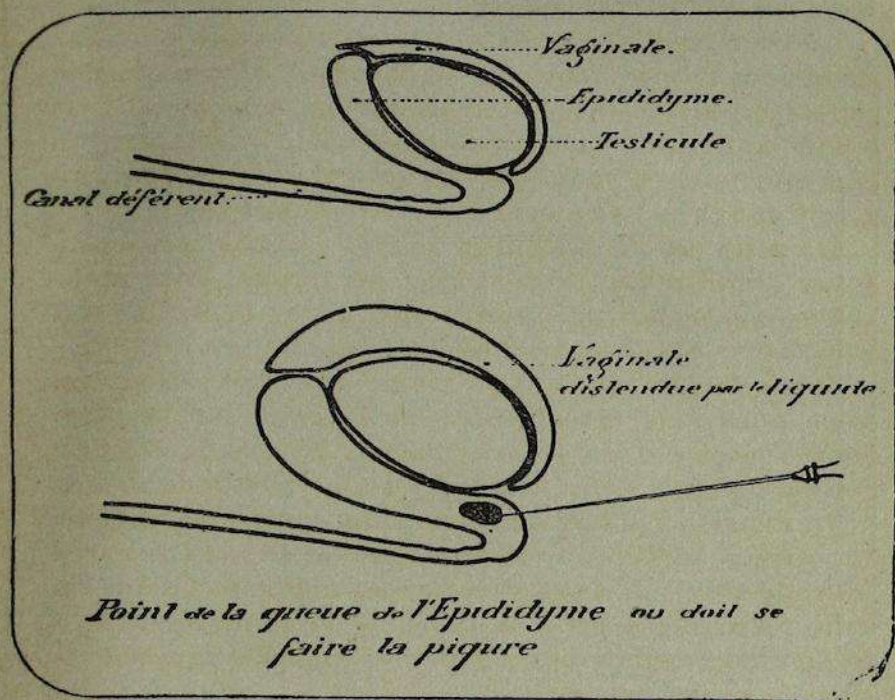


FIGURE 31

Le mode d'action de la piqure est une action antibac-
térienne par l'électrargol, dont les propriétés sont bien
connues et sont aussi également antitoxiques en respec-
tant la cellule vivante. C'est là une question fort impor-
tante lorsqu'il s'agit d'injecter un liquide dans une glande
dont la vitalité est liée à la procréation.

Nous n'avons pas ici à faire l'histoire chimique de l'électrargol; rappelons seulement qu'il est employé depuis longtemps en urologie en injections locales (Hamon, Asch, Dore et Desvignes, Vignolo-Lutati, Gennerich, Pages, Braendle, Rohrbach, etc.).

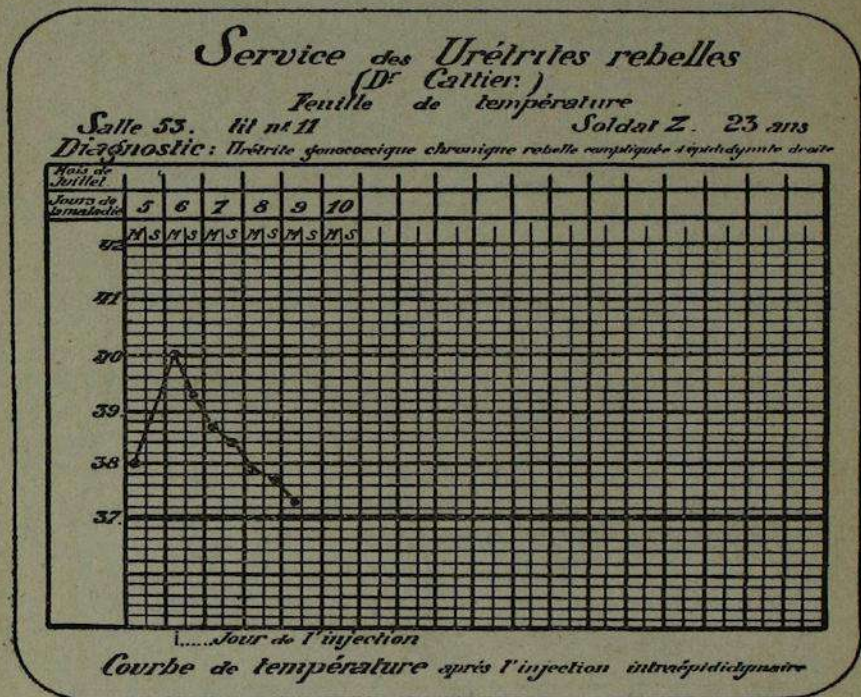


FIGURE 32

Il a été employé également dans les cystites en injections intra-vésicales;

5° Son mode d'action le plus important est celui qui a trait à la question de l'avenir de la glande génitale. Nous verrons plus loin la question de la stérilité consécutive à l'orchite blennorragique.

La « planchette à orchite ».

Cette planchette facile à réaliser (fig. 33) est le vieux traitement.

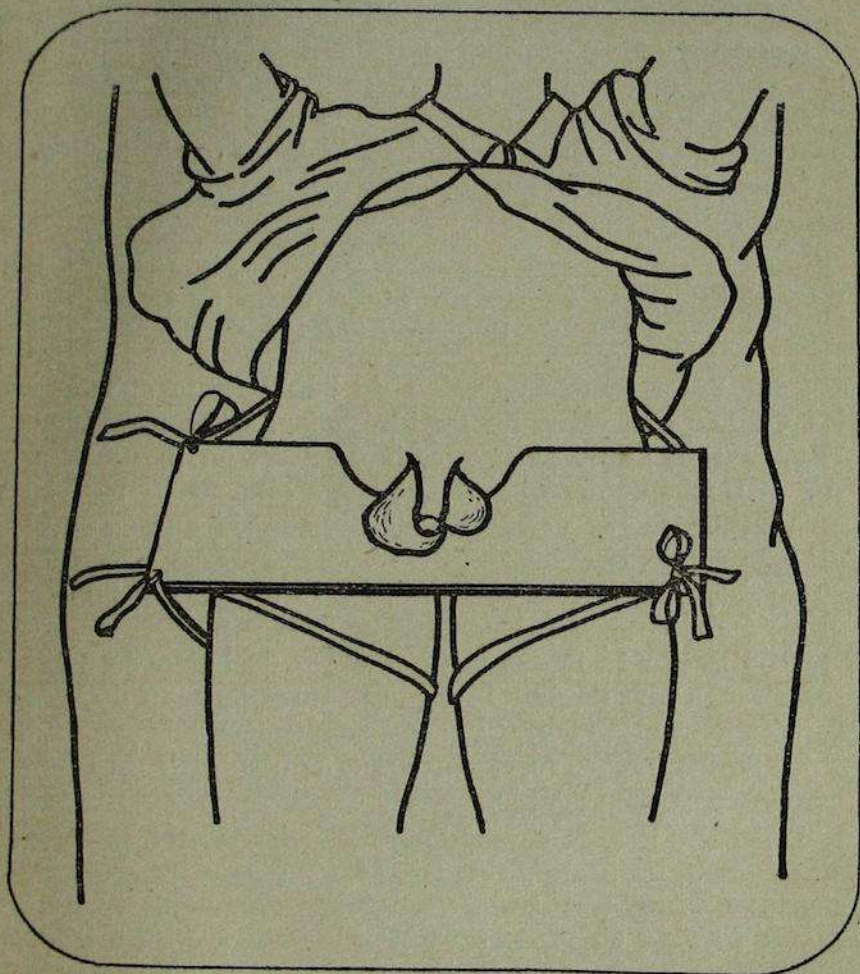


FIGURE 33

La planchette à orchite (ancien traitement),

On prenait une petite planche que l'on perçait à ses quatre angles d'un trou pour y placer un lien; on y faisait une échancrure en demi-lune qui était le bord antérieur.

Les liens antérieurs passaient sous les cuisses.

Les deux liens postérieurs passaient derrière la ceinture et se nouaient au niveau de l'ombilic en avant.

On avait soin de garnir d'ouate la planchette dans son centre pour en adoucir le contact avec les testicules.

Nous préférons de beaucoup la vessie de glace (fig. 34) associée au stypage.

L'application de vessie de glace dans le traitement de l'épididymite.

Pour hâter la décongestion de l'épididyme et calmer les douleurs si vives de l'épididymite, nous conseillons l'application d'une petite vessie de glace en permanence sur le testicule; dans l'intervalle des séances de stypage on remplira cette vessie de caoutchouc de morceaux de glace.

Elle s'applique très aisément sur la région des bourses grâce à notre protecto-suspenseur (fig. 34).

On voit sur la figure la disposition de la vessie maintenue avec une flanelle interposée entre la peau du scrotum et le sac de glace.

Le malade éprouve vite grâce à ce dispositif un soulagement très appréciable.

Le stypage dans le traitement de l'épididymite.

Nous avons eu l'idée d'utiliser le chlorure de méthyle comme agent décongestif des phlegmasies de la glande génitale. Pour doser cette application, surtout sur la

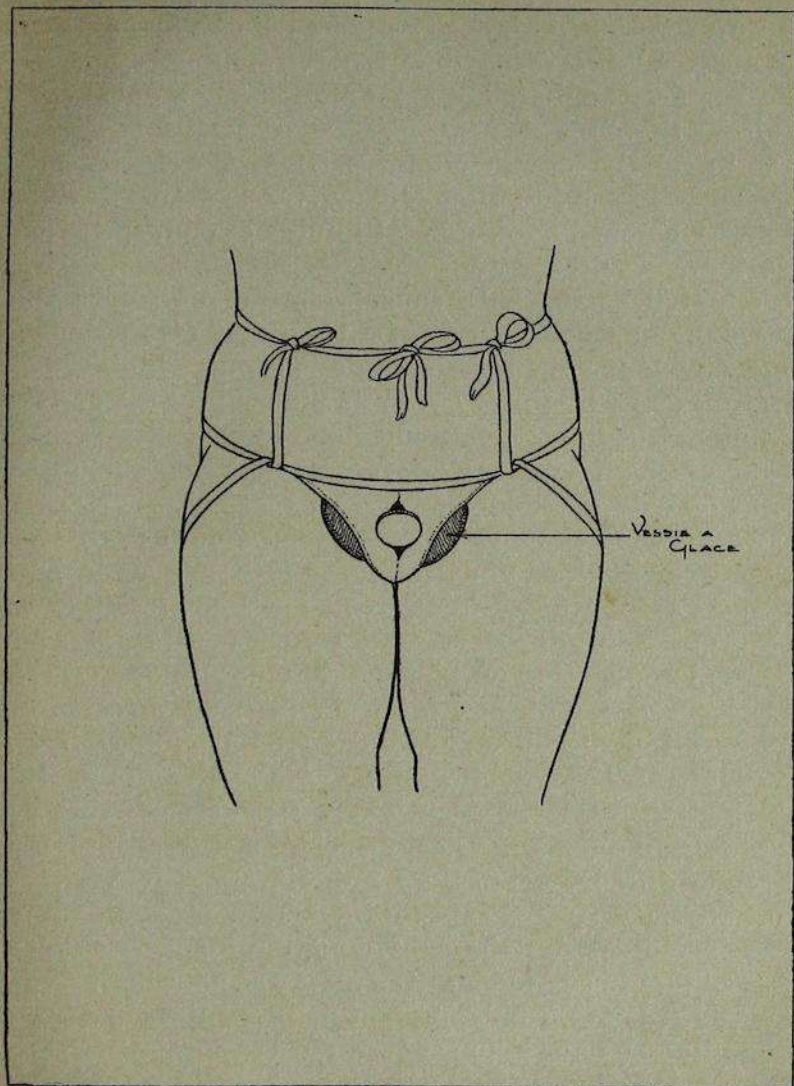


FIGURE 34
Le protecto-susenseur avec la vessie à glace.

peau du scrotum, qui, comme nous l'avons dit, participe elle aussi au processus inflammatoire, nous avons fait faire un petit appareil dit « appareil de stypage pour orchites » (fig. 35).

Cet appareil consiste en un petit vase à double paroi dans l'intérieur duquel on fait arriver le jet de chlorure de méthyle pour l'avoir à l'état liquide et en faciliter l'application.

L'appareil se présente sous la forme d'un gros tube placé dans une boîte carrée. Le tube doit être recouvert d'une enveloppe de bois (comme le montre la figure 35) en raison de sa fragilité. Un petit pinceau lui est annexé. Le matériel complet comprend donc l'appareil à stypage et son pinceau, ainsi qu'un réservoir métallique distributeur de chlorure de méthyle.

Nous servant alors du pinceau trempé dans le chlorure de méthyle liquide, nous badigeonnons la glande et le trajet du cordon une fois ou deux par jour, *les jours qui suivent la piqûre intra-épididymaire*. On constate, au moment de l'application au pinceau du chlorure de méthyle, un raccourcissement immédiat de la peau du scrotum tout à fait favorable à l'évolution de l'épididymite. Il se produit en effet, sous l'influence de cette application froide, une intense corrugation. On peut constater par comparaison que la glande du côté lésé remonte plus haut que du côté sain. Il se produit alors un véritable « suspensoir artificiel » produisant une rétraction profonde également des tissus et dont l'influence thérapeutique, calmante et décongestive n'est pas douteuse. Avant même de recourir à notre technique des injections intra-épididymaires, nous avons obtenu des résultats très satisfaisants par le « stypage des orchites ». Nous n'avons pas voulu abandonner cette excellente méthode et nous nous sommes trouvé très bien de l'adjoindre et de l'associer

à la méthode de l'électrargol, considérant que ces deux techniques se complètent et se fortifient mutuellement.

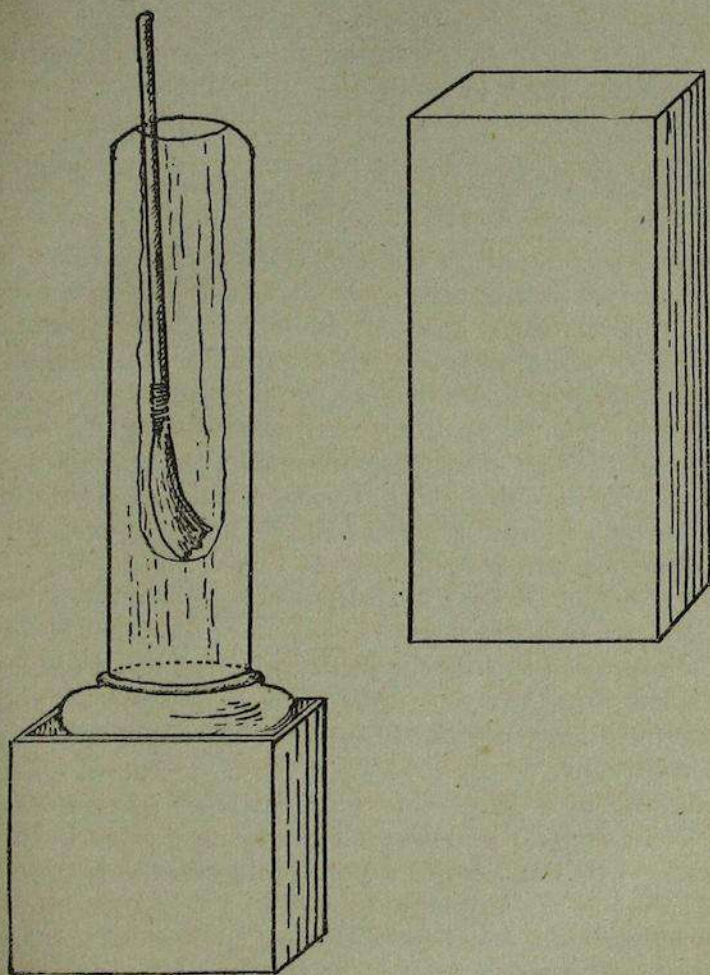


FIGURE 35
Stypage et appareil.

Nous faisons suivre ce chapitre comme les autres d'une observation sélectionnée; on peut y voir tout de suite la durée extrêmement minime de la maladie, le soulagement immédiat accusé par le malade; enfin, la *restitutio ad integrum* avec le minimum de temps et le minimum de préjudice pour la génitalité ultérieure.

Convalescence d'épididymite. — Le massage épiddidymaire.

Pour hâter la disparition des noyaux, reliquats d'épididymite localisés le plus souvent à la queue de cet organe et très persistants parfois, bien que peu douloureux, nous nous sommes très bien trouvé de faire masser par les malades eux-mêmes leur épiddidyme et leur cordon lorsque les grands accidents inflammatoires ont disparu.

On constate en effet très souvent après la poussée d'infection épiddidymaire une induration telle que l'épididyme est comme « bloqué », avec infiltration propagée au cordon et remontant jusque dans le trajet inguinal.

Ces indurations sont les reliquats interminables des épiddidymites blennorragiques.

L'avantage de la méthode des piqûres est d'abrèger la durée d'induration des noyaux épiddidymaires; mais le massage du testicule par le malade lui-même est un puissant adjuvant.

Pendant une durée de vingt minutes environ, matin et soir, le malade pétrit son épiddidyme encore induré en remontant de l'extrémité du testicule malade jusque dans le pli de l'aîne; massage très doux, très léger, pratiqué dans la position couchée, toujours en remontant le long du trajet du cordon jusqu'à sa pénétration dans le canal inguinal.

Au bout de quelques jours en général, sous l'influence

du massage l'induration commence à diminuer progressivement, la glande redevient mobile, l'épididyme reprend sa souplesse et sa consistance se modifie.

A la dureté ligneuse de la période inflammatoire succède une période de régression au cours de laquelle l'épididyme reprend une consistance « caoutchoutée ».

Les massages seront prolongés quelques jours et amèneront le retour complet des organes à leur état normal.

Observation typique d'une « épididymite à bascule » traitée par la piqûre intra-épididymaire. — Stypage et massage.

Examen huit mois après du liquide spermatique.

Le nommé Léon Z..., vingt-trois ans, employé d'usine, entre le 5 juillet 1917 au soir dans le service, lit n° 11, avec une urétrite gonococcique chronique compliquée d'orchi-épididymite aiguë droite déclarée depuis la veille.

La température est de 38°; il souffre beaucoup; on immobilise son testicule sur une planchette; la nuit est mauvaise.

Le lendemain matin la température est de 40°. Nous lui faisons une piqûre intra-épididymaire de 1 centimètre cube d'argent colloïdal à la queue de l'épididyme; le malade éprouve une heure après un grand soulagement.

La température le soir est de 39° 3.

Le lendemain la température a encore baissé (Voir la courbe de température, fig. 32); le malade a passé une bonne nuit et ne se plaint plus; l'épididyme est encore dur et volumineux, mais il n'est plus douloureux spontanément.

Les jours suivants, l'amélioration s'accroît.

Le quatrième jour, nous faisons des stypages avec l'appareil spécial.

On prescrit le massage testiculaire, et le dixième jour notre malade peut reprendre son traitement des grands lavages.

Le 22 juillet, jouant avec un de ses camarades, il reçoit, dit-il, un coup dans le testicule gauche. Nouvelle poussée d'épididymite à gauche, que nous soignons encore par notre méthode des piqûres intra-épididymaires.

Le malade sort guéri définitivement au bout d'un mois et demi de séjour dans le service.

Nous lui recommandons le repos génital pendant un mois au moins, en raison de la forme sérieuse d'urétrite « à recrudescence » qu'il a présentée.

Nous avons pu revoir ce malade sur le point de se marier huit mois après, et nous avons pratiqué sur lui un examen de liquide spermatique; l'abondance des spermatozoïdes était normale, telle, dirons-nous, que l'on ne pouvait pas supposer qu'il avait été porteur d'une « épididymite double à bascule ».

La question de la stérilité et de l'épididymite blennorragique.

Technique pour l'examen du sperme chez un ancien porteur d'orchite double à bascule.

Voici la façon dont nous procédons en clientèle pour l'examen du liquide spermatique.

Le malade pratiquera le coït avec une « capote » à proximité du laboratoire du médecin; il recueillera le contenu spermatique dans le préservatif.

Muni préalablement de deux verres de montre (mô-

dèle de laboratoire), il mettra après éjaculation la capote et son contenu entre les deux verres de montre.

Plaçant ensuite le tout dans le creux de l'aisselle, il portera au laboratoire le produit de son éjaculation dans l'heure qui suit, en maintenant bien le bras contre le thorax pour que le liquide spermatique soit pendant le transport dans un milieu de température voisin de 37°.

C'est notre technique habituelle.

Cette question de la stérilité est des plus importantes; on doit en effet envisager, à côté des accidents graves et immédiats que la maladie entraîne en vertu de sa contagion, les accidents tardifs de stérilité qu'elle peut déterminer chez le malade lui-même.

Nos recherches sur la spermoculture nous ont permis d'examiner *un nombre considérable de liquides spermatiques* chez des blennorragiens guéris et c'est ce qui nous a permis d'avoir une opinion très nette sur cette question.

Évidemment, pour apprécier la valeur d'un traitement de l'orchite, comparativement à d'autres, au point de vue de l'avenir de la glande, il aurait fallu faire suivre le traitement de chaque malade d'un examen de son liquide spermatique quelques mois après permettant d'affirmer s'il y a bien conservation ou diminution sensible de la sécrétion fécondante. C'est là une étude de réalisation pratique trop difficile pour que nous ayons pu l'adjoindre à l'histoire clinique du traitement. D'autant plus que cet examen doit être fait longtemps après le traitement. Ce que nous pouvons dire après un nombre considérable d'années de pratique, c'est que la blennorragie, en réalité, ne cause de stérilité qu'*exceptionnellement*. Même dans les formes dites à bascule, il n'est pas rare de pouvoir constater au bout d'un temps très variable, sinon la *restitutio ad integrum* de la glande tes-

ticulaire, tout au moins une sécrétion spermatique très normale, comme nous avons pu l'apprécier dans les quelques examens de sperme au microscope qui nous ont permis de rassurer les malades inquiets sur leur avenir génital.

Il nous a été donné de suivre dans la vie certains malades atteints jadis d'orchite blennorragique, et leur progéniture bien personnelle ne permettait pas de mettre en doute leur puissance fécondante.

Après quelques poussées d'épididymite blennorragique, d'ailleurs sans gravité, les petits noyaux d'induration finissent toujours, à la longue, par disparaître plus ou moins complètement, et cette évolution favorable, quoique tardive, appréciable au palper de l'épididyme, doit s'accompagner dans l'intimité même des tissus d'une réaction parallèle, restitutrice de la fonction. Nous pensons néanmoins que la piqûre intra-épididymaire remplit doublement son but : but thérapeutique et but physiologique. But thérapeutique, puisqu'elle calme la douleur et arrête l'évolution du processus inflammatoire, but physiologique aussi puisqu'elle évite la desquamation trop abondante de l'épithélium des canaux séminifères que l'on observe classiquement au point de vue anatomo-pathologique dans l'orchite neisserienne, ainsi que les proliférations exagérées du tissu conjonctif environnant ces canaux séminifères. La lumière de ces canaux devenant au cours de l'orchite de plus en plus obstruée par suite du double processus qui s'exerce à l'intérieur du canal et à sa périphérie sur le tissu conjonctif qui l'entoure.

La piqûre intra-épididymaire conserve ainsi à l'organe sa fonction, car moins la lumière du canal aura été obstruée pendant l'évolution de la phlegmasie glandulaire plus la glande aura de chances de recouvrer sa fonction complète et totale.

Cowpérites.

La cowpérite est due à l'abcédation des glandes de Cowper. En général unilatérale, elle forme un petit phlegmon périnéal à droite ou à gauche de la ligne médiane dans le pli périnéo-fessier en avant de l'anus.

Son traitement est l'*incision* au bistouri, avec drainage s'il y a lieu.

LE RÉTRÉCISSEMENT BLENNORRAGIQUE

Méthode d'assouplissement électrolytique.

Avant d'aborder cette étude, un pieux devoir s'impose à nous. C'est avec une profonde émotion que nous saluons la mémoire du professeur Bergonié, de Bordeaux.

Pendant la grande guerre nous lui avons dédié la première édition de notre traité en reconnaissance des précieuses indications qu'il nous avait données sur la méthode qui va suivre.

Le monde entier s'est incliné devant l'illustre savant qui honora la France et l'humanité.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre admiration pour cet homme qui sut, devant la mort inévitable, montrer le stoïcisme le plus sublime et jusqu'à la dernière minute prouver qu'une grande âme peut, selon le mot de Bossuet, « rester maîtresse du corps qu'elle anime ».

Une complication habituellement tardive, mais très sérieuse, de la blennorragie, c'est le *rétrécissement*; on peut l'observer même au début dans les formes très sévères et l'apparition de cette variété de rétrécissements qu'on a appelés « rétrécissements précoces » en raison de la rapi-

dité avec laquelle ils se manifestent est particulièrement grave.

Il faut invoquer la notion de terrain et de prédisposition spéciale pour expliquer la brusquerie de cette complication heureusement exceptionnelle au début d'une blennorragie.

Notre maître Albarran racontait le cas foudroyant d'un rétrécissement aigu blennorragique contre lequel il fut d'ailleurs désarmé.

Il s'agissait d'un jeune homme venu à sa consultation en état de rétention aiguë au début d'une blennorragie et porteur d'un rétrécissement précoce.

Entré le soir même à la maison de santé des Frères de Saint-Jean-de-Dieu l'urétrotomie interne fut pratiquée, mais le malade succomba malgré les soins actifs qui lui furent prodigués.

A côté de cette forme foudroyante qui est l'exception, le malade se présente avec *un* ou *des* rétrécissements qui sont les reliquats de blennorragies très anciennes plus ou moins bien soignées, ou bien il s'agit de récidives de sténoses urétrales négligées avec menace de rétention aiguë.

Nous ne nous occuperons ici que du rétrécissement engendré par l'urétrite blennorragique, en laissant de côté les autres causes de sténose urétrale.

Nous renvoyons à tous les traités classiques pour l'exposé clinique de cette complication fréquente à la suite d'une blennorragie à longue durée; mais nous n'avons pas voulu passer sous silence, en abordant la question du traitement des grandes complications blennorragiques, une méthode qui mérite d'être répandue et diffusée, que les praticiens doivent connaître et dont les résultats sont des plus intéressants. Cette méthode a été appelée *dilatation électrolytique* par le professeur Bergonié, qui l'a

mise au point et a fait construire une sonde spéciale munie d'une « olive barillet » pour son application.

Il faut reconnaître que les traités classiques d'urologie sont pour la plupart vraiment trop muets sur le traitement des rétrécissements par l'électrolyse.

Quelques-uns consacrent bien à la question un court paragraphe, mais c'est souvent pour la condamner d'emblée en lui attribuant hémorragies, infections, récurrences, etc., autant d'accusations qui mériteraient d'ailleurs d'être discutées.

La vérité est que le terme d'« électrolyse » évoque tout de suite, quand on le prononce devant des urologues, l'idée d'une méthode très discutée et connue sous le nom d'*électrolyse linéaire* ; or, la méthode d'assouplissement électrolytique est toute différente, comme nous allons le voir.

Voyons *ce qu'elle est*, nous verrons ensuite *ce qu'elle n'est pas*.

Le *principe* est le suivant :

Lorsqu'on soumet un tissu quelconque de l'économie et en particulier le tissu conjonctif, à l'action de l'alcali en faisant baigner par exemple un fragment de ce tissu dans une solution alcaline, il semble qu'il se « fond », qu'il se ramollit. De dur qu'il était, il devient souple, savonneux ; il subit une sorte de « karyolyse » qui modifie très particulièrement sa consistance. On devine déjà combien cette modification peut devenir intéressante quand elle s'exerce sur des tissus de sclérose dont la dureté ligneuse est telle parfois que la lame d'un urétrotome a peine à la sectionner au cours de la pratique de l'urétrotomie interne, par exemple.

Voyons l'expérience démonstrative.

Principe de la méthode.

La jolie expérience que représente la figure 36, a montré de la façon la plus saisissante l'action du pôle négatif sur une sténose quelconque.

On prend un œsophage de poulet qu'on suspend verticalement; les parois sont maintenues en légère tension à l'aide d'un dispositif approprié et une pince exerce sur le trajet du conduit une pression destinée à créer un rétrécissement artificiel.

On présente à l'orifice de cet « urètre improvisé » une olive métallique dont la forme est celle d'un barillet et à l'extrémité inférieure de laquelle on suspend un poids exerçant une traction continue.

Reliant alors l'extrémité supérieure de la sonde au pôle négatif d'une batterie galvanique, tandis que le pôle positif est placé sous le cou du poulet, on fait passer un courant de 4 à 5 milliampères. Or, voici ce qui se passe : lorsque l'action du pôle négatif s'exerce, la sonde, entraînée par le poids qui lui est suspendu, traverse aussitôt l'œsophage du poulet, alors qu'elle restait avant le passage du courant arrêtée, « coincée » au niveau où s'exerçait la striction (1).

Si, par contre, on soumet la sonde à l'action du pôle positif, elle reste arrêtée, « adhérente » et ne peut franchir l'obstacle.

Tous les canaux de l'économie pathologiquement rétrécis sont d'ailleurs susceptibles d'être franchis de la sorte. A l'aide d'une sonde de dimensions appropriées et de calibre convenable on peut franchir sous l'action du courant électrique les rétrécissements de l'œsophage,

(1) Thèse de Ravarit.

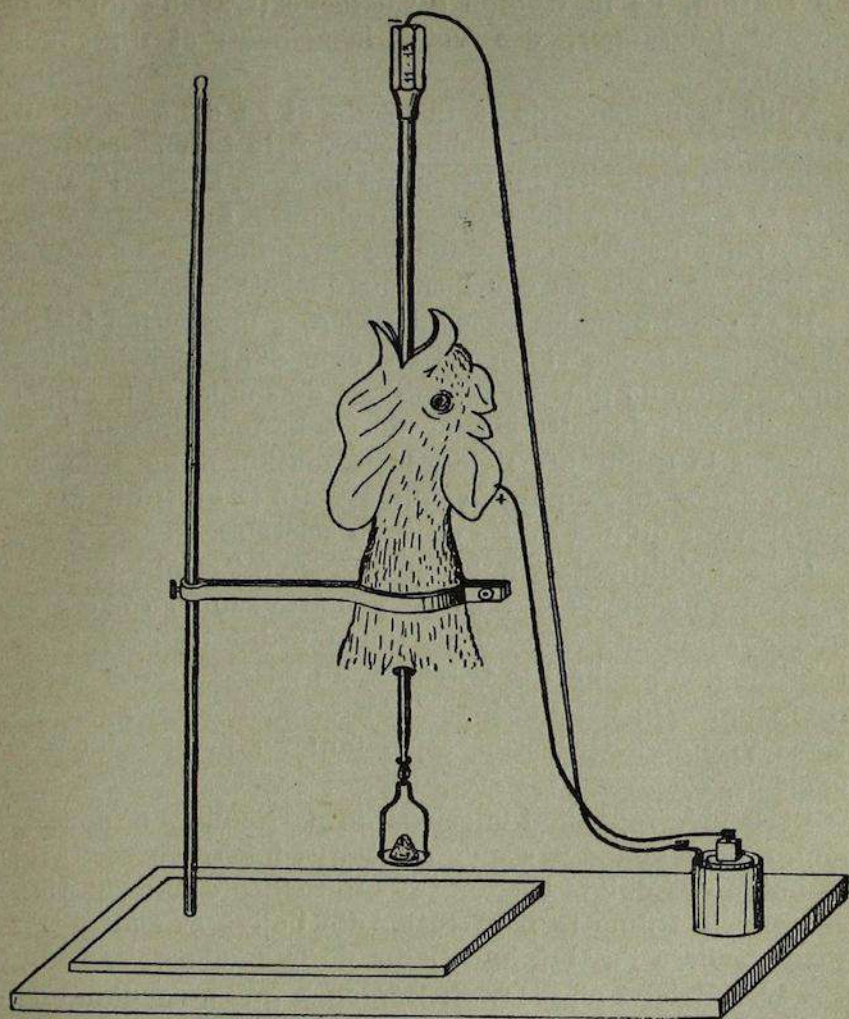


FIGURE 36

Expérience du professeur Bergonié
(Thèse de Ravarit.)

du rectum, de la trompe d'Eustache (travaux du professeur Lagrange), des voies lacrymales et du canal utérin.

Voilà le principe de la méthode et sa démonstration dans toute sa séduisante simplicité. A la faveur des modifications régressives du tissu de sténose, le canal s'élargit. Les produits basiques développés au contact de l'électrode négative, et dans lesquels domine la soude se diffusent dans les couches sous-jacentes.

Il se passe dans les tissus de sclérose une action histo-chimique, comme si on faisait agir dans leur intimité une solution de plus en plus diluée de soude. Si le mécanisme intime de cette action nous échappe, nous en connaissons la résultante : c'est la formation d'une zone de tissus douée de souplesse et d'élasticité là où il n'y avait auparavant qu'une masse de tissu scléreux.

Il est indubitable que les effets assouplissants de l'imprégnation sodique ne doivent pas être seuls en cause et que des modifications d'un autre ordre coopèrent au résultat final, qui est la traversée du passage rétréci.

Quelques-uns font jouer un certain rôle aux actions vaso-motrices, sans cependant en préciser le mécanisme.

Bergonié, rappelant la sensation particulière d'onctuosité, de « savonnage » qu'on éprouve lorsqu'on se frotte la pulpe des doigts légèrement imprégnée d'une solution sodique, attribue la pénétration de l'olive et son glissement facile à l'action lubrifiante de la soude.

« L'électricité n'est là, dit Bergonié, que pour diminuer le frottement de la sonde contre l'urètre. »

Voilà le principe de la méthode, ce qu'elle est exactement.

Voyons ce qu'elle n'est pas.

Ce qu'elle n'est pas.

La dilatation électrolytique n'est pas l'électrolyse linéaire et elle en diffère essentiellement.

L'électrolyse linéaire, méthode très discutée, consiste à faire passer à travers le rétrécissement, sous l'action du courant continu, un instrument appelé électrolyseur qui est, par sa forme, quelque chose comme l'« urétrotome de Maisonneuve ».

Sur une bougie demi-souple, une lame métallique en forme de V renversé, à bords mousses, est destinée à porter au contact du rétrécissement le pôle négatif d'un fort courant. Le V métallique, poussé dans le rétrécissement, le sectionne en ligne droite sur un point de sa circonférence par destruction caustique et supprime instantanément la stricture.

L'opération ne diffère par conséquent de l'urétrotomie interne que par le mode de section qui, au lieu d'une lame tranchante, utilise l'action caustique du pôle négatif. Ce n'est, comme on l'a dit, qu'une « urétrotomie interne électrolytique », en tout cas un procédé de force.

Cette méthode ne compte que quelques rares partisans.

Les accidents que l'on a vu éclore à sa suite, phlegmons du périnée, hémorragies, etc., ainsi que ses nombreuses chances de récurrence, paraissent avoir pour beaucoup contribué à son discrédit.

Au lieu de s'exercer sur une petite portion limitée de la coarctation, *la dilatation électrolytique porte sur toute la surface.*

Elle ne *sectionne* ni ne *cautérise*.

Elle franchit le rétrécissement de façon *lente et progressive* et non pas *extemporanément*.

Au bout de quelques instants on sent l'instrument, sous la main qui le guide, s'avancer lentement dans le canal sans que pour cela la pression soit nécessaire. *La méthode d'assouplissement électrolytique est un procédé de douceur, l'autre est un procédé de force.*

L'instrumentation.

Description de la sonde barillet.

Cette sonde électrolytique présente (fig. 37) sur son trajet une pièce métallique en forme de « barillet ». La circonférence supérieure et la circonférence inférieure du barillet sont de même diamètre et correspondent à un même numéro de filière Charrière. Le diamètre de l'équateur dépasse le précédent de 2 à 3 millimètres et répond par conséquent à deux numéros au-dessus.

Ces sondes sont désignées par leurs deux numéros associés : le 9-11, le 11-13, etc.

La technique de la dilatation.

On fera précéder la séance de dilatation d'une exploration minutieuse du canal avec l'explorateur à boule de manière à être bien renseigné sur le siège, le degré et la forme du rétrécissement.

Le malade sera couché.

L'anesthésie est inutile, la dilatation électrolytique n'étant pas une opération douloureuse, et il est toujours préférable que le patient puisse tenir l'opérateur au courant des sensations qu'il éprouve.

Supposons un cas simple : un rétrécissement annulaire et parfaitement régulier. Le canal ayant été lubrifié préalablement au moyen d'eau de savon ordinaire ou de savon au formol (lusiforme), on cherche à passer une bougie

du numéro convenablement choisi jusqu'à ce qu'on trouve un numéro dont l'introduction présente une légère difficulté. On choisit alors dans la série une olive que l'on présente au seuil du rétrécissement.

La bougie dilatatrice est reliée au pôle négatif d'une batterie galvanique et l'électrode positive, de 60 centimètres carrés environ, est fixée sur la cuisse du malade. On élève lentement l'intensité du courant à 3, 4 et 5 milliampères, intensité ne produisant généralement qu'une très légère sensation de piquûre, et l'on attend.

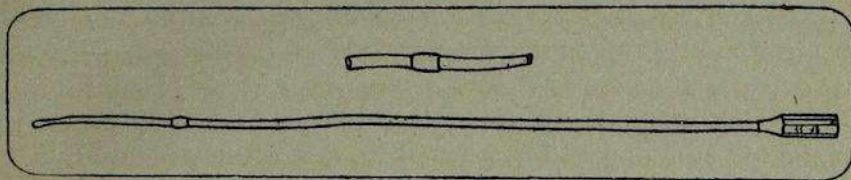


FIGURE 37

La sonde « barillet ».

La main qui tient la sonde doit être constamment en expectative pendant le passage du courant. Elle ne doit ni pousser ni presser légèrement; la sonde n'a besoin que d'être guidée et soutenue.

Comme pour l'accouchement, la maxime est : « Tendre et attendre », sauf qu'il s'agit ici d' « entrer » au lieu de sortir. Au bout de quelques instants, la sonde, toujours soutenue par la main de l'opérateur, glisse et s'insinue dans le trajet rétréci. Un instant encore et elle est libre, le passage est franchi; on constate alors que le courant baisse légèrement. On fait repasser la sonde dans le sens inverse et on fait ainsi une sorte de « lissage », de « repassage » du rétrécissement.

Ceci fait, on prend un béniqué n° 28 ou 30 et on cons-

tate qu'à la faveur du « savonnage » et de l'assouplissement créé par l'électrolyse il passe avec grande facilité. On peut ainsi pousser la dilatation au béniqué jusqu'au n° 40 ou 42.

Le malade peut aller vaquer ensuite à ses occupations. Il suffira les jours suivants, à l'aide de quelques séances de dilatation, de maintenir et de conserver le résultat acquis.

En général nous avons été enchantés des résultats fournis par cette méthode.

Nous avons l'habitude de répéter que *l'urétrotomie interne n'est pas une opération de petite urologie*; c'est que nous la considérons comme sérieuse, voire même *grave* dans certains cas. Le malade accuse le soir de la fièvre et il n'est pas rare de lui voir faire 40, 40° 5 le jour de son opération, par suite des résorptions dont le rétrécissement sectionné peut être le siège.

Il y a des cas où pourtant l'urétrotomie s'impose indubitablement. Ce sont les cas où le rétrécissement, d'une dureté *ligneuse*, s'oppose à toute espèce de dilatation.

Mais lorsque nous pouvons chez un rétréci passer une petite bougie n° 4 et n° 6, que le rétrécissement paraît assez *souple* pour permettre une bougie n° 7 et même n° 8, nous faisons la séance d'« assouplissement électrolytique » et nous obtenons généralement un excellent résultat.

Procédés dérivés de la méthode.

Méthodes de Desnos et de Minet.

D'une façon très ingénieuse, Desnos a eu l'idée de remplacer la sonde par un béniqué.

C'est une combinaison de la dilatation mécanique et de l'électrolyse.

Dans ce procédé Desnos fait appel à l'action résolutive de l'électrolyse pour parfaire le résultat obtenu par la dilatation.

L'opérateur commence d'abord par dilater le canal au moyen de béniqués suivant les règles habituelles de la dilatation classique. *Puis le dernier béniqué qui passe est laissé en place* et relié par un fil au pôle négatif d'une source de courant continu. Ce béniqué devient ainsi une électrode active. Une électrode indifférente étant alors fixée sur la face antérieure de la cuisse, on amène l'intensité à 6-8 milliampères.

On a objecté que dans ce procédé l'action électrolytique s'exerce à la fois sur les parties malades et les parties saines de l'urètre; mais Desnos fait observer que cette action sur les parties saines ne présente aucun inconvénient, le courant n'arrivant sur ces dernières, en raison de l'énorme surface agissante de l'électrode, *que sous une densité extrêmement faible.*

Après quelques minutes de passage du courant, on constate, en retirant le béniqué, qu'il n'est plus *enserré par le rétrécissement comme au moment de son introduction, qu'il joue librement* au contraire dans le conduit urétral.

La séance n'est suivie d'aucune réaction, si ce n'est que *pendant les deux ou trois premiers jours le canal paraît plus étroit.*

La *résorption* du tissu de coarctation s'accomplit à partir du troisième ou du quatrième jour, et à la séance suivante on s'aperçoit qu'on a gagné un ou plusieurs numéros. Le progrès s'arrête au bout d'une semaine. Huit jours constituent donc l'intervalle minimum qui doit séparer deux séances. Celles-ci doivent être répétées jusqu'à ce que l'on ait obtenu un calibre égal au calibre normal, jusqu'à ce que l'explorateur à boule, parcourant l'urètre d'un bout à l'autre, ne trahisse plus ni ressaut

ni résistance. Le traitement peut alors être considéré comme terminé.

Une objection toute naturelle que l'on a faite au procédé de Desnos, c'est que le pôle négatif exerce son action sur la totalité du béniqué. L'auteur considère cette action comme négligeable. La densité du courant $D = \frac{I}{S}$ sur une bougie béniqué est trop faible pour être nuisible; mais on a objecté aussi que cette même densité était trop faible pour être aussi active qu'avec la bougie barrillet.

Procédé de Minet.

Tout récemment enfin, Minet a décrit un procédé appelé par lui dilatation électrolytique rapide et qui est une sorte de combinaison de l'électrolyse circulaire et de l'électrolyse cylindrique.

L'instrumentation se réduit toujours à l'emploi des béniqués; pourtant, dans certains cas, Minet préfère au béniqué cylindrique un béniqué cannelé.

Dans un premier temps, on essaie de faire pénétrer sous l'action du courant (3 à 20 milliampères, suivant les cas) le plus gros béniqué possible. Le rétrécissement franchi, on procède de la même manière pour deux ou trois numéros plus élevés. Puis, comme dans le procédé Desnos, le dernier béniqué est laissé en place dans le but d'amener l'assouplissement du tissu de sténose (second temps de l'intervention).

Les séances doivent être répétées tous les huit jours environ.

Objections faites à la méthode.

Il importe d'abord de s'élever contre une appellation susceptible de faire croire que la méthode n'est qu'une

dilatation du canal, alors qu'on vise à obtenir à la fois la *dilatation*, l'*assouplissement des tissus* et la *régression de formations fibreuses*. Certains n'ont voulu y voir qu'une dilatation déguisée. D'après eux, la mise en tension des parois de la stricture au moment de la pénétration de l'olive serait une pure manœuvre dilatatrice, « le cathétérisme appuyé » du professeur Guyon.

On ne peut vraiment nier que les deux actions se combinent : le rôle adjuvant et que nous estimons « prépondérant », c'est la *lubrification du canal*.

D'autres ont invoqué comme critique que la pose d'une filiforme à demeure donne les mêmes résultats. Nous connaissons tous les bons effets, sur certains rétrécissements perméables seulement à une filiforme, de la pose d'une fine bougie « à demeure ».

Cette filiforme permet en effet l'évacuation de l'urine entre le canal et la bougie pendant les vingt-quatre heures où elle est laissée en place. Il faut avoir soin de ne pas placer une bougie trop grosse et, lors même qu'on n'a pu pousser la dilatation jusqu'au n° 4 ou 5, ne pas laisser à demeure le dernier numéro mais une bougie qui y soit « à l'aise », pour ne pas irriter le canal et engendrer de ce fait une crise de rétention aiguë.

Nous proposons même de commencer la dilatation électrolytique par cette manœuvre préparatoire, dans les cas de rétrécissements très marqués, pour recourir ensuite à l'assouplissement électrolytique. Mais la filiforme à demeure n'a jamais donné les mêmes résultats.

Avantages et indications.

La dilatation électrolytique, tandis que la simple dilatation mécanique n'assure que le retour de l'urètre à son

calibre primitif, aboutit en outre à la résorption des infiltrations et à l'assouplissement du canal.

Elle est exempte de danger : on n'a jamais eu à déplorer ni hémorragie, ni phlegmon de la verge, ni infiltration d'urine.

1° Elle s'adresse à une catégorie bien définie de rétrécissements blennorragiques, ceux qui ne sont pas infranchissables, ceux qui sont encore perméables à une fine bougie n° 5 ou 6, par exemple, de la filière Charrière.

2° On y aura recours lorsqu'on se trouvera en présence d'un rétrécissement qui, après avoir commencé à se dilater grâce à la dilatation mécanique, ne progresse plus et qu'il y a urgence à rendre à l'urètre son calibre normal. S'il s'agit d'un rétrécissement infranchissable ou difficilement perméable à une filiforme, c'est alors l'indication de l'urérotomie interne, dont nous n'avons pas à exposer ici la technique bien connue.

Nous rappelons seulement que malgré sa simplicité tout apparente, c'est une opération sérieuse et qui présente toujours des aléas.

Nous avons voulu pratiquer quelques examens microscopiques chez des blennorragiens rétrécis avant et après la dilatation électrolytique. On sait combien la sténose urétrale est une condition aggravante d'une blennorragie, annihilant les moyens d'action sur l'agent infectieux. On devine combien, derrière ces défilés étroits et durs en forme de « nœuds », comparables aux nodosités des bambous, le gonocoque trouve un dispositif favorable à son embuscade. La dilatation électrolytique lubrifie, assouplit et permet à l'abcès de s'« étaler » en quelque sorte pour faire déguerpir le microbe de Neisser du tissu sténosé.

Il était intéressant de comparer les résultats microscopiques obtenus après l'intervention avec ceux qui ont précédé.

Voici ce que nous avons constaté :

Si on examine le pus d'un blennorragien rétréci et que l'on constate dans la goutte une quantité de polynucléaires et de diplocoques avant la dilatation électrolytique, on remarquera généralement les jours suivants une diminution notable et rapide de ces deux éléments en faisant faire au malade quelques lavages d'urètre pour provoquer le balayage mécanique des exsudats mis en liberté.

Procédé de Roucayrol. — Lavage et électrolyse combinés.

L'auteur se sert d'une sorte de *béniqué laveur cannelé* et percé de quatre trous à son extrémité.

Il est tout à fait indiqué en cas d'urétrite rebelle compliquée de rétrécissement dilatable. On remplit d'abord la vessie avec un liquide antiseptique; on choisira toujours pour cela du permanganate à 1 pour 6.000 afin d'éviter tout danger d'intoxication par suite de la décomposition par l'électrolyse de l'antiseptique employé (l'oxycyanure par exemple donne du cyanure de mercure). Ceci fait, on réunit le pôle positif du circuit à la plaque posée sur la cuisse du malade et on fixe le pôle négatif à la borne que porte le manche de l'instrument. On fait alors passer le courant. Son intensité variera suivant le diamètre de l'instrument employé : 7 à 10 milliampères par exemple pour un n° 40, 15 à 20 milliampères pour un n° 50, etc. Lorsque l'aiguille du milliampère a atteint une position fixe on imprime à l'instrument avec la main droite un mouvement de va-et-vient très doux, en maintenant la verge tendue avec la main gauche et en appuyant méthodiquement d'abord sur la paroi supérieure, ensuite sur la paroi inférieure, puis sur chaque paroi laté-

rale. Ce massage durera en tout cinq minutes, l'urètre antérieur sera massé pendant les trois premières minutes, au bout de ce temps on pénétrera dans l'urètre postérieur. Pour cela on abaissera doucement le manche de l'instrument et on le sentira progresser avec la plus grande facilité, sans aucune douleur pour le malade; il ne restera plus qu'à masser de la même manière l'urètre postérieur. Pour rendre cette manœuvre plus aisée, la main gauche se portera au-dessus du pubis et pressera de façon à relâcher le ligament suspenseur. On sera certain d'être bien en place lorsqu'on verra sourdre par l'ouverture quelques gouttes du liquide vésical. Mais il ne faut pas ajouter une trop grande importance à ce signe; il peut manquer si l'instrument est encrassé par des sécrétions trop abondantes ramassées au cours du massage de l'urètre antérieur. Ces sécrétions seront expulsées au moment du lavage. Le lavage se fera après les cinq minutes de passage du courant, et on augmentera son action en continuant le massage de l'urètre pendant toute sa durée, après cela le malade videra sa vessie.

Les bougies du Dr Kobelt pour application diathermique aux rétrécissements.

La thermopénétration des rétrécissements engendre de l'hypérémie et une infiltration séreuse des tissus cicatrisés, de façon à rendre ceux-ci souples et extensibles.

Par suite de l'échauffement on peut appliquer dans la même séance progressivement des grosseurs différentes (d'où raccourcissement considérable de la durée du traitement). L'introduction de ces sondes diathermiques est très douce : elles ne provoquent ni sensation de brûlure, ni douleur, ni besoin d'uriner, ni la fièvre urétrale ultérieure, même en restant en place assez longtemps. Ces

sondes peuvent être employées aussi bien pour le canal d'urètre antérieur que pour le canal postérieur, ainsi qu'aux rétrécissements très étroits. Elles sont fabriquées partiellement en bougies et en métal rigide. Ces sondes flexibles contiennent le système de *chauffage par résistance*. Une deuxième résistance exactement identique se trouvant dans la conduite agit sur un thermomètre pour le contrôle de la température. Avant l'application des sondes on introduit une sonde flexible appropriée. Pour l'alimentation des sondes, on pourra se servir d'un appareil « Universo » d'un tableau réducteur ou de l'accumulateur pour cautérisation.

La trousse complète renferme : 13 bougies flexibles, 7 sondes creuses métalliques avec thermomètre de contrôle, 2 fiches-contacts et les câbles nécessaires.

Les bougies sont d'une épaisseur de 6-30 Charrière (6, 8, 10, 12, etc.). Les sondes métalliques sont de 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38 Charrière.

C'est l'application de la diathermie endo-urétrale au traitement des rétrécissements.

(Voir chapitre de la Diathermie.)

LA VÉSICULITE BLENNORRAGIQUE

L'inflammation des vésicules séminales est très fréquente et très souvent méconnue.

Dans les deux premières éditions de notre ouvrage, c'est-à-dire depuis une dizaine d'années, nous avons déjà insisté sur la grande fréquence à notre avis de cette complication.

Depuis cette époque plusieurs auteurs ont insisté sur sa recherche, croyant sans doute en avoir fait la découverte et en ont proposé divers traitements.

Nous allons tracer une symptomatologie d'après les formes multiples sous laquelle se présente la *vésiculite* ou *spermatocystite*.

Sur les milliers de blennorragiens de notre service pendant la guerre, nous l'avons rencontrée dans la proportion de près de 20 %.

La plupart des malades ne se plaignent que de maux vagues et n'attirent pas l'attention du médecin sur le siège précis de leur mal, en sorte que l'urétrologue pose le diagnostic de prostatite en laissant les vésicules séminales infectées.

Les études sur la vésiculite sont encore de date récente. En Amérique on s'en est beaucoup occupé avec la recherche des moyens d'accès chirurgicaux permettant la « vésiculotomie » et la « vésiculectomie ». Il est impossible de ne pas citer les noms de Fuller, Squier, Belfield, Schmidt et d'autres auteurs comme le Dr Edward White de Chicago, etc... C'est à ces observateurs que nous sommes redevables des connaissances actuelles sur ce sujet.

Les travaux de Fuller relatifs à la vésiculotomie remontent à 1901. Squier a étudié magistralement la symptomatologie de la vésiculite.

Cette symptomatologie, variable, se présente sous un certain nombre de formes, mais c'est le *toucher rectal* qui révèle les lésions.

La vésicule séminale, dont la situation anatomique est exposée (fig. 28), peut être dans certains cas ramollie et disparue en quelque sorte dans les plis du rectum; dans d'autres cas, elle est largement *distendue, fluctuante et très douloureuse*. C'est la *vésiculite catarrhale aiguë*. Dans certains cas même, sa distension est considérable et la douleur est celle d'un abcès prostatique; c'est alors la *vésiculite abcédée*.

Il faut signaler aussi une forme plus rare donnant au

doigt une sensation dure et légèrement *fibreuse* ; le diagnostic de tuberculose génitale se pose alors, et c'est l'examen de la prostate avec ses noyaux, ainsi que l'examen des testicules, qui facilite le diagnostic.

Dans d'autres cas, enfin, la prostatite et la vésiculite se confondent, formant une masse généralisée de *tissu inflammatoire* et provoquant des douleurs avec irradiations aux reins, à l'anus, à l'hypogastre, au périnée, à l'articulation sacro-iliaque, etc.

D'une façon générale, les symptômes sont les suivants :

Sensation de chaleur, de plénitude et de démangeaison à l'anus en rapport avec les plexus nerveux vésiculaires et prostatiques, associés aux nerfs sacrés et lombaires.

Il faut faire le diagnostic différentiel avec la « *coopérite* » et les douleurs hémorroïdaires. Nous verrons que cette affection s'accompagne fréquemment d'un état névropathique spécial pouvant aller jusqu'à la névrose (forme nerveuse).

Au milieu d'une symptomatologie un peu confuse, on doit distinguer plusieurs formes, selon la prédominance de certains symptômes.

Les Américains ont décrit :

- 1° *Une forme nerveuse ;*
- 2° *Une forme hémospérmiqùe ou sexuelle ;*
- 3° *Une forme funiculaire ;*
- 4° *Une forme vésicale ;*
- 5° *Une forme rhumatismale.*

1° **La forme nerveuse.** — Nous l'avons observée souvent et en particulier chez un malade que nous avons soigné au centre d'urologie de X... Il s'agissait d'un de nos confrères ; il avait présenté des récives fréquentes de spermatocystite avec forme nerveuse tout à fait pénible

et inquiétante. Le malade en crise était incapable de se livrer à aucun travail; il éprouvait une sensation douloureuse continuelle au moindre effort, pendant la marche et surtout quand il s'asseyait. La douleur, sourde et continue, avec sensation de plénitude au fondement, s'accompagnait d'irradiations fréquentes et intermittentes aux reins et au périnée; il en était arrivé à avoir des idées de suicide tant il souffrait. Nous avons eu la chance de guérir sa vésiculite et l'état nerveux s'est amélioré aussitôt.

2° Forme sexuelle ou hémospérmiq. — Ce qui caractérise cette forme, ce sont les érections fréquentes avec abondantes pollutions nocturnes.

Si l'affection persiste et progresse, le malade accuse de l'impuissance sexuelle et même une absence complète d'érection.

L'érection d'ailleurs est douloureuse et l'hémospérmié avec la pyospermie sont les symptômes habituels.

Toutes les fois qu'il y a du pus ou du sang dans le liquide émis après le massage des vésicules, il y a vésiculite (signe de Schmidt).

« Toutes les fois, ajouterons-nous, que le malade accuse au cours d'une blennorragie des « fausses couches » à aspect purulent ou sanguinolent, il y a vésiculite. »

3° Forme funiculaire. — Elle est associée le plus souvent à l'épididymite récurrente. Le malade accuse des tiraillements extrêmement douloureux tout le long du cordon. Dans un cas, le malade était dans l'impossibilité de pouvoir marcher de son pas ordinaire; depuis des mois il s'asseyait de façon bizarre. Le périnée était douloureux et la fin de la miction extrêmement cuisante.

Cette forme a été signalée sous le nom de « type à prédominance abdominale » en raison des symptômes trom-

peurs qu'elle pourrait présenter avec l'appendicite aiguë, l'uretérinite, le calcul de l'uretère et la colique néphrétique. Les Américains ont signalé des cas de vésiculite simulant l'appendicite et ayant causé bien des erreurs de diagnostic.

Une douleur sus-pubienne sourde et persistante avec irradiation latérale dans l'abdomen chez un blennorragien doit faire penser à une vésiculite.

4° **Forme vésicale.** — En regardant la figure 14, on se rend compte qu'une vésiculite peut entraîner des phénomènes de cystite.

Nous avons fait la cystoscopie chez certains malades et nous avons pu constater que la muqueuse vésicale en contact avec les vésicules ainsi que la muqueuse du trigone était hyperémiée dans les formes à cystite postérieure.

Les malades accusent des urines troubles, de la pression sus-pubienne, des mictions fréquentes, du ténesme vésical, voire même de la rétention aiguë.

5° **Forme rhumatismale.** — « Le liquide des synoviales est lymphocytaire au lieu d'être leucocytaire, et la vésicule séminale est du type des synoviales. »

Cela veut dire que la vésicule comme une synoviale n'a pas de pouvoir phagocytaire suffisant et qu'elle est un organe de prédilection, à cause de sa faiblesse naturelle, pour subir l'invasion de tous les microbes en général, et du gonocoque en particulier. Aussi n'est-il pas rare de constater avec la vésiculite des manifestations articulaires.

Les moyens par lesquels on peut reconnaître l'infection séminale sont :

1° L'examen de la sensibilité du véru-montanum que l'on peut constater avec un explorateur à boule olivaire.

Au moment où l'olive passe sur le véru-montanum une douleur très vive peut être l'indice d'une vésiculite.

2° Le toucher rectal. — On recherchera au-dessus de la prostate la masse des vésicules séminales, on constatera, au lieu de leur sensation veloutée, la présence de noyaux indurés qui sont douloureux à la pression.

3° La spermoculture. — Il est indispensable maintenant, et nous le verrons au chapitre suivant, de pratiquer chez les porteurs d'urétrite chronique rebelle un examen du sperme.

Le traitement de la vésiculite.

Le traitement de la vésiculite est une question controversée.

Pour beaucoup d'auteurs et surtout en Amérique, le meilleur dans les cas rebelles était le traitement chirurgical.

Belfield, de Chicago, a préconisé le « lavage des vésicules séminales » et la question a été reprise en France par Luys.

Le procédé, s'il paraît simple en apparence, est très délicat. Il s'agit de découvrir le canal déférent chirurgicalement et d'y faire à l'aide d'une aiguille-trocart une injection de liquide modificateur.

Cette technique ne va pas sans produire *une réaction générale et locale assez violente* et nous avouons que, pour notre part, nous n'y avons pas recours. Nous avons guéri un nombre considérable de vésiculites nettement diagnostiquées, suivies et contrôlées par la spermoculture, en ayant recours au massage vésiculaire combiné avec le traitement du véru-montanum par les voies naturelles.

L'urétrite concomitante est traitée par notre méthode classique.

Le massage des vésicules séminales est pratiquée dans la position d'élection (voir fig. 27), nous pensons que c'est la seule position qui permette de bien délimiter et circonscrire une vésicule enflammée. Le massage est fait après réplétion de la vessie.

Les lavements chauds de 50 grammes, matin et soir, conseillés au malade sont un bon adjuvant avec les bains de siège.

Le massage urétrorprostatique bien fait et bien dirigé donne dans la majeure partie des cas un tel résultat que nous n'avons vraiment pas le droit d'y renoncer pour avoir recours à des procédés fort intéressants mais qui nécessitent :

1° L'immobilisation et le séjour pendant une quinzaine de jours au moins dans une maison de santé;

2° Le risque d'une réaction locale que nous avons constatée et qui, dans ce cas, n'avait pas entraîné la guérison complète du malade que nous fûmes obligé de traiter à nouveau.

Nous persistons à penser que l'on ne doit recourir aux interventions chirurgicales que dans les cas très rares et nous aimons répéter cette phrase que Schmidt lui-même a écrite et qui nous semble la note exacte sur la question : Il ne faut pas se hâter de tenter en cas de vésiculite une intervention sanglante « tant que l'on aura pas *épuisé* toutes les ressources palliatives ».

A l'urétrologue averti de savoir « *épuiser* » les ressources dont il dispose... ce qu'il faut démontrer.

LE RHUMATISME ET L'ARTHRITE BLENNORRAGIQUES

C'est une complication que nous avons observée fréquemment, en particulier chez les Annamites du service (140 fois sur 2.000 blennorragiens traités).

L'arthrite est généralement mono-articulaire.

Les deux articulations les plus souvent touchées sont le genou et le poignet.

Dans quelques cas rares, l'articulation de la branche montante du maxillaire peut être prise, et cette arthrite a causé souvent bien des erreurs de diagnostic.

Nous donnons ici les résultats obtenus grâce à un traitement combiné : le bain de lumière, la radiothérapie et la bactériothérapie.

Technique du bain de lumière.

L'articulation sera placée dès l'arrivée du malade dans une gouttière ouatée, dont la partie supérieure reste découverte pour l'exposition au bain de lumière, qui est donné trois fois par jour par l'infirmier.

Ces bains de lumière se prennent à l'aide d'une cage métallique garnie intérieurement de lampes électriques à filaments de charbon (fig. 38). L'appareil est glissé sous la couverture du malade pour bien emprisonner la source de calories et empêcher la diffusion au dehors. Chaque séance d'air chaud durera une vingtaine de minutes.

S'il s'agit d'une arthrite du membre supérieur, on placera un simple enveloppement ouaté qui restera appliqué dans l'intervalle des séances de traitement.

Après chacun de ces bains de lumière, on constate une sudation très abondante de la peau. Une révulsion intense se produit, la douleur s'atténue, le malade éprouve un très grand soulagement.

Nous avons traité plus d'une centaine d'arthrites blennorragiques dans notre service; toutes furent traitées en même temps par la bactériothérapie, nous n'avons pas eu à constater une seule fois d'ankylose. Au bout d'un temps très variable, mais ne dépassant pas un mois, ou

un mois et demi dans les cas rebelles, on obtient une mobilité complète de l'articulation. Tous nos malades atteints de gonococcie à manifestations éloignées furent soumis au vaccin. A l'issue du traitement, presque dans

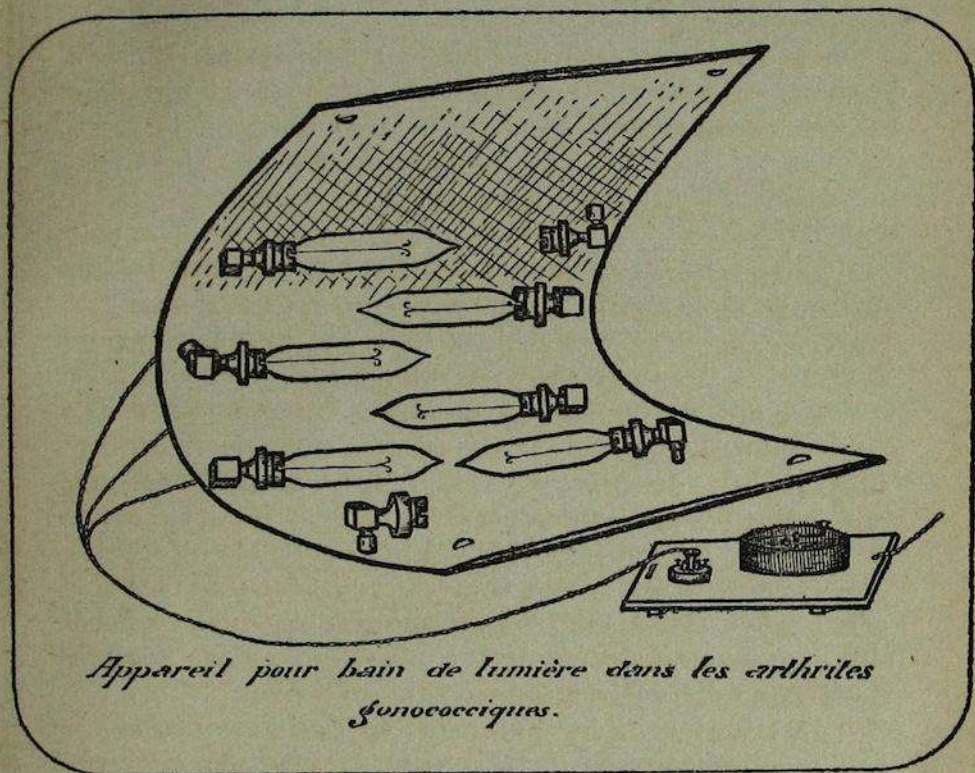


FIGURE 38

tous les cas d'arthrites mono-articulaires, nous avons remarqué une atrophie marquée, particulièrement dans les arthrites du genou, où l'atrophie du quadriceps est presque constante.

C'est contre ces formes d'atrophies que nous avons

fait instituer, sur les conseils du professeur Bergonié, la faradisation du quadriceps qui, associée au massage, nous a donné d'excellents résultats.

Les arthrites et la radiographie.

En parlant des arthrites blennorragiques et de leurs caractères cliniques, nous voulons indiquer ici un signe qui nous a été signalé par le professeur Bergonié et constaté par lui au cours des radiographies de l'articulation du poignet chez des malades suspects de gonococcie. Il peut arriver en effet que le diagnostic d'une arthrite soit très délicat. Si un malade atteint d'une arthrite tuberculeuse du poignet, par exemple, contracte une blennorragie, son arthrite fera diriger tout de suite l'attention du clinicien sur l'affection contractée secondairement et fera ainsi affirmer une origine gonococcique à une arthrite primitivement tuberculeuse. L'inverse peut aussi se produire et une arthrite d'origine gonococcique, chez un sujet à terrain spécial, peut être catégorisée « tuberculeuse », alors que sa première origine est la blennorragie.

Nous voyons donc déjà toute l'importance qu'il y a à posséder des caractères radiographiques capables de faire faire le diagnostic différentiel. Nous ne possédons pas ces caractères différentiels radiographiques pour toutes les arthrites; toutefois, *on constatera, en cas d'arthrite chronique tuberculeuse du poignet, une opacité spéciale du pisi-forme, sur laquelle l'attention doit être attirée et qui serait un signe distinctif de l'arthrite tuberculeuse*, alors que l'on ne constate pas cette opacité dans l'arthrite gonococcique du poignet.

On ne voit pas la même chose dans l'arthrite à gonocoques du genou, on ne constate qu'une déformation du plateau tibial avec altération du cartilage au niveau d'un

des plateaux. On a conseillé aussi, pour le diagnostic, de faire l'examen électrique précoce dans les arthrites tuberculeuses, on a constaté une diminution de l'excitabilité électrique des muscles de la cuisse dans l'arthrite tuberculeuse du genou à son début. L'examen électrique peut être de ce fait un signe avertisseur, tout comme l'atrophie fessière peut précéder et révéler une coxalgie en puissance.

La radiothérapie et le rhumatisme blennorragique.

Nous avons utilisé dans notre service l'action du radium dans le rhumatisme blennorragique de deux façons :

- 1° En application directe du radium;
- 2° En application de compresses d'eau radioactive.

1° Application du radium.

Pendant huit heures et au point le plus douloureux de l'articulation nous avons pratiqué l'application du radium; on déplaçait la plaque toutes les deux heures, en la promenant sur toute l'étendue de l'article.

L'application totale variait de huit à vingt-quatre heures, selon les indications.

Le traitement était complété par le massage, la mobilisation et la bactériothérapie.

2° Application de compresses d'eau radioactive.

En nous inspirant des expériences de A. Renaut et Claude, nous avons étudié l'efficacité des compresses d'eau radioactive en combinant ce mode de traitement avec l'ingestion à l'intérieur d'eau radioactive.

Influence de l'eau radioactive sur les urétrites à gonocoques compliquées de rhumatisme.

L'idée de faire prendre au malade à l'intérieur de l'eau radioactive repose sur les expériences faites *in vitro* sur les cultures de gonô soumises à l'action du radium et ensuite les résultats dans le rhumatisme articulo-blennorragique traité par les « boues radioactives ».

Ces résultats très encourageants nous ont fait rechercher si l'ingestion d'eau radioactive prise le matin à jeun ne diminuait pas la virulence de l'urétrite à gonocoques au point même de la rendre « agonococcique ».

Nous nous sommes servi d'une eau dont la radioactivité était de 1.258 milligrammes-minute représentant la quantité de gaz émis par cette eau.

L'eau de Plombières (une des plus actives) n'émet que 9 milligrammes-minute.

Le dispositif est une bouteille dans laquelle se trouve un autre petit récipient de verre contenant quelques milligrammes de sulfate de radium avec un peu de sulfate de baryum pour le rendre maniable et plus pondérable.

L'eau baigne vingt-quatre heures et est utilisable au bout de ce laps.

Il est vraisemblable de penser que le radium puisse agir sur la masse du sang et par conséquent même sur les culs-de-sac glandulaires.

In vitro on a déjà pu constater que les cultures de gonocoques (sur gélose au sang) diminuent beaucoup sous l'influence des eaux radioactives.

On n'a pas constaté toutefois d'arrêt complet dans les cultures.

L'eau radioactive ne perd pas sa radioactivité si elle

est bouchée. Mais si la bouteille est ouverte à l'air, la radio-activité diminue de *moitié* par vingt-huit minutes, en sorte que dans les vingt-huit autres minutes qui suivent elle perd encore « la moitié restante » de sa radioactivité et ainsi de suite (loi exponentielle).

Ce sont les gaz qui s'en vont d'abord, la production de gaz est le premier stade de la destruction du radium.

Le radium subit une « démolition » constante, très lente évidemment, puisqu'il faut des milliers d'années pour que cela soit appréciable au poids, mais il subit une démolition.

Dans un premier stade de destruction ce sont les gaz qui la produisent, il s'ensuit l'émanation de gaz radioactifs. Il faut un mois environ pour que dans un vase clos cette émanation de gaz radioactifs s'*équilibre*, c'est-à-dire qu'au bout seulement d'un mois la production de gaz radioactifs équivaut à la destruction et la contre-balance.

En sorte que, lorsqu'on veut mesurer la radioactivité d'une substance, il suffit de mesurer son rayonnement, mais il ne peut être mesuré qu'au bout d'un mois environ quand l'« équilibre » s'est établi.

Un deuxième stade de démolition du radium, c'est le « rayonnement » qui succède au stade de l'émanation de gaz.

C'est justement cette propriété de rayonnement qui est utilisée dans les applications de compresses d'eau radioactive. Ce que nous pouvons dire c'est que nous avons constaté une atténuation notable des phénomènes douloureux grâce aux applications de ces compresses.

Le rhumatisme blennorragique et la sérothérapie.

MM. Debré et Paraf ont étudié l'action de la sérothérapie dans le rhumatisme blennorragique.

Leur principe directeur fut le suivant :

Faire pénétrer d'une façon aussi précoce que possible un sérum antimicrobien actif au niveau des lésions mêmes où pullulent les microbes et répéter les injections de sérum jusqu'à la guérison.

Ils ont tout d'abord éprouvé la valeur de la sérothérapie antigonococcique locale par l'expérimentation sur l'animal : on sait que la virulence du gonocoque est nulle pour l'animal; quel que soit le lieu où on l'injecte, il ne s'y multiplie pas. On peut, néanmoins, provoquer d'importantes lésions, en particulier par l'injection de gonocoque dans la chambre antérieure de l'œil, chez le lapin. Ces lésions, qu'ils ont étudiées avec M. F. Terrien, sont dues à l'action des endotoxines microbiennes.

Or elles sont modifiées totalement par l'injection intra-oculaire de sérum antigonococcique, pratiquée vingt-quatre heures après l'injection des microbes, alors que l'injection sous-cutanée ou intraveineuse est absolument inefficace.

Ils ont ensuite expérimenté le traitement sur les blennorragiens :

Les 15 cas qu'ils ont choisis étaient graves par l'intensité des douleurs, l'abondance de l'épanchement, l'atteinte de l'état général, l'élévation de la température; abandonnées à elles-mêmes ces arthropathies auraient probablement évolué vers l'ankylose, après de longues semaines de fièvre et de douleurs.

Dans 14 de ces cas, ils ont observé des résultats favorables : dans 6 cas, la guérison est survenue en moins de huit jours; dans les 8 autres cas, avant le quinzième jour. Chez ces 14 sujets, la guérison a été complète en ce sens que les jointures atteintes ont recouvré toute leur souplesse. Dans un cas seulement, la sérothérapie a échoué complètement : la malade, une femme enceinte dont l'état

général était très mauvais, n'a tiré aucun bénéfice de leur intervention et a succombé par la suite.

La technique de ce traitement est simple : l'articulation malade est ponctionnée et vidée du liquide, le plus souvent trouble, qui la distend. L'injection du sérum est pratiquée aussitôt : on introduit une dose de sérum inférieure ou égale à la quantité de liquide retirée. Puis la jointure est enveloppée dans un pansement compressif. Il est nécessaire de répéter ponction et injection deux ou trois fois, soit régulièrement tous les jours, soit tous les deux ou trois jours. Cette pratique est celle qui est recommandée pour le traitement de la méningite cérébro-spinale (règles des injections répétées systématiques). C'est ainsi que chez six de leurs malades ils ont pratiqué deux injections intra-articulaires de sérum (poignet, genou, cou-de-pied). Dans quatre cas, trois injections ont été nécessaires (genou). Chez trois malades, il a fallu quatre injections, et chez deux malades, cinq injections.

Dans six de leurs observations, il s'agissait de rhumatisme polyarticulaire, intéressant deux et même trois articulations. Ils ont, dans ces cas, pratiqué les injections simultanément dans chaque articulation infectée.

Nous rapprochons de ces résultats si intéressants de la sérothérapie ceux que certains auteurs ont constaté en pratiquant au cours du rhumatisme blennorragique l'injection sous-cutanée du liquide articulaire recueilli par ponction.

Le mode opératoire est d'une simplicité extrême : ponction de l'article avec une aiguille et une seringue stériles ; évacuation de l'épanchement ; réinjection immédiate sous la peau de la cuisse de 10 centimètres cubes du liquide. Cette injection peut être répétée plusieurs fois. (M. Lop avait injecté 30 centimètres cubes en une seule fois.) Cette injection est parfaitement tolérée.

L'action thérapeutique est très rapide et des plus nettes. Dans trois cas, les douleurs ont disparu en quelques jours ainsi que l'épanchement, qui ne s'est pas reproduit. Les phénomènes généraux, la température, ont suivi une marche analogue. D'autres signes de généralisation de l'infection gonococcique, les arthralgies, les douleurs diffuses, ont aussi rapidement été influencées par ce traitement.

Traités ainsi, trois malades sont sortis de l'hôpital complètement guéris.

Les complications très rares.

Voici deux observations de complications blennorragiques rares observées dans notre service.

L'une a trait à un cas de *phlébite de la verge* et l'autre à un cas de *conjonctivite urinaire d'origine métastatique*.

Un cas de phlébite de la dorsale de la verge.

Le soldat Louis P..., 234^e de ligne, entre à la salle Maisonneuve, à l'hôpital 54 de la ...^e région, le 24 octobre 1916. Il présente une urétrite blennorragique contractée il y a quatre jours.

L'écoulement est intense, avec un léger œdème lymphatique de la verge et petite induration inguinale ganglionnaire des deux côtés. Il est soumis à la méthode des grands lavages au permanganate.

Le quatrième jour, c'est-à-dire le 28 octobre, l'écoulement a beaucoup diminué, mais le malade se plaint de douleurs et de picotements intenses dans la verge, particulièrement à la racine du pénis, dans la région pubopénienne. On sent au palper un cordon dur, douloureux; le long de la veine dorsale de la verge, l'œdème est très marqué. Le malade a 38° 4.

Nous prescrivons le repos au lit et l'application de compresses humides. Cessation des lavages. En cinq ou six jours les accidents phlébitiques disparaissent et l'urétrite suit son cours normal. Le malade sort guéri au bout de trois semaines.

Observation typique de conjonctivite urinéuse métastatique et non gonococcique chez un blennorragien compliqué.

Le soldat Vincent B..., de la poudrerie de Saint-M..., vingt-cinq ans, entre le 14 janvier 1918 à la salle 52, avec une urétrite gonococcique compliquée de cystite et d'arthrite tibio-tarsienne droite. Il est soumis au double traitement pour son urètre et pour son articulation (bains de lumière et radiothérapie).

Le 1^{er} février, son articulation est très améliorée et il commence à se lever.

Le 2 février, crise de cystite aiguë avec hématurie terminale. On prescrit le repos, urotropine et potion avec 3 grammes d'acide benzoïque.

Le 3 février, la cystite s'améliore; mais le malade présente une conjonctivite double aiguë avec volumineux œdème palpébral. Il n'y a pas de pus. L'examen est négatif au point de vue gonocoque. Traitement pendant trois jours de collyre à l'argyrol.

Le 6 février, poussée intense d'arthrite rhumatismale. Les conjonctives vont mieux et la cystite a disparu.

Le malade sort guéri au bout d'un mois sans avoir présenté de nouvelles métastases.

Nous nous sommes volontairement étendu sur les complications de la blennorragie parce que certaines sont « la monnaie courante » de la clientèle d'urétrologie.

Quand on songe à la bénignité d'une contagion prise à temps et à la gravité de quelques-unes, on ne peut se défendre d'un sentiment de pitié.

Quel réquisitoire contre l'ignorance, la maladresse ou le charlatanisme!

Nous allons aborder maintenant le chapitre de la guérison. Son étude vient à son heure, puisque nous savons maintenant les tristes conséquences des fausses guérisons et des résultats douteux.

Ne nous prononçons pas trop vite sur le pronostic de certaines complications et laissons-nous guider par la plus sévère des circonspections. Ne justifions pas trop l'humoristique réponse d'un pauvre diable appréciant ses traitements successifs : « Ils m'ont bien guéri mes dernières chaudepisses; il n'y en a qu'une qu'on n'a pu guérir, c'est... la première! »

CHAPITRE V

LA SPERMOCULTURE ET LA GUÉRISON QUAND UNE BLENNORRAGIE EST-ELLE GUÉRIE ?

Un fiancé porteur d'une goutte ne doit jamais se marier sans l'autorisation du médecin.

QUAND PEUT-ON SE DIRE GUÉRI D'UNE BLENNORRAGIE ?

- 1° L'importance prophylactique de cette question est considérable. Pour le savoir, il faut passer par un « crible » expérimental.
- 2° L'énumération du crible expérimental de guérison comprend : a) les épreuves cliniques : inspection et palpation ; la palpation avec et sans instruments ; b) les épreuves révélatrices, qui sont des épreuves d'irritation, de massage et d'expulsion ; c) les épreuves bactériologiques, qui sont les six prélèvements chez l'homme, les cinq prélèvements chez la femme ; d) les résultats microscopiques, qui donnent les trois catégories et les sept groupes d'éléments figurés sur une préparation.
- 3° Les rapports de la blennorrhagie avec le mariage constituent une question grave que solutionne la discussion des trois catégories d'éléments figurés trouvés sur la préparation.
La formule de guérison. C'est la préparation du septième groupe de la troisième catégorie ne présentant aucun microbe mais quelques cellules épithéliales.
- 4° Les gouttes éternelles. Exemples historiques de gouttes de quarante et soixante ans. Elles ne méritent l'attention qu'à la condition de n'avoir pas encore été examinées au « crible » : une fois examinées, si elles sont négatives on doit vivre avec elles.
- 5° Les névrosés de la blennorrhagie. Ce sont les reliquats des névropathies créées par les gouttes éternelles ; ce sont aussi parfois les formes nerveuses de la vésiculite blennorrhagique. Le traitement est la confiance dans le médecin, qui soumet le malade au crible avec toute la sévérité possible.

« Docteur, puis-je me marier ? » dira le jeune homme que la leçon d'une blennorrhagie a rendu plus sage et que préoccupe l'honorable souci que doit avoir tout fiancé de se présenter dans le mariage indemne d'une tare vénérienne.

« Docteur, suis-je bien guéri ? Je suis marié, puis-je

reprendre la vie conjugale? » dira l'époux volage et repentant.

Puis-je reprendre une vie normale, exempte de cette appréhension que la blennorragie laisse si souvent derrière elle? C'est que, ne l'oublions pas, cette affection rebelle à allure insidieuse, avec ses retours offensifs quand elle a été mal dirigée, a créé deux sortes de malades : les aigris et les désesparés, que n'affecte même plus le souci d'être ou de n'être pas porteurs de germes, et les névrosés, éternellement inquiets du « fantôme » de leur chaudepisse!

Que les uns et les autres se ressaisissent et se disent que les erreurs passées sont réparables dans une large mesure.

Un examen microscopique sérieusement fait et précédé des épreuves qui en établissent la valeur doit changer une mentalité faussée par l'ignorance et les préjugés.

Être bien guéri! en être sûr! voilà la question qui doit dominer l'histoire de toute chaudepisse. Elle domine aussi la prophylaxie, car si tous les blennorragiens soignés, disons-le bien haut, étaient complètement et définitivement guéris, la propagation des germes et la contagion seraient enrayées, la blennorragie serait vaincue!

Il'est juste de dire aussi pour la défense de beaucoup de propagateurs de germes, que leur bonne foi n'est pas en cause; ils *se croient* guéris. Partant de cette conviction fausse que le fait de ne plus souffrir d'une chaudepisse est un signe de guérison, l'armée des blennorragiens ignorants s'en va semer par le monde le microbe de Neisser au gré de ses fantaisies amoureuses.

Que doit donc faire un porteur de goutte suspecte pour savoir à quoi s'en tenir?

Notre réponse est simple : Il doit passer au « crible expérimental » d'examen dont voici le tableau.

Le « crible expérimental » d'examen d'une blennorrhagie.

(Homme ou Femme.)

Exposé clair de la question.

1° Épreuves cliniques.

- | | | | | | | | |
|----------------|---|----------------------|---|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|
| 1° Inspection. | } | A. Sans instruments. | } | Exploration externe. | | | |
| | | | | | 2° Palpation . | B. Avec instruments. | Exploration interne. |
| | | | | | | | |

2° Épreuves révélatrices.

- | | | |
|--------------------------------------|---|---------------------------------------------------|
| 1° D'irritation | } | 1° Boissons : alcool et bière. |
| | | 2° Médicamenteuses : instillation au nitrate. |
| | | 1° De l'urètre : béniqué. |
| 2° De massage | } | 2° De la prostate : toucher prostatique. |
| | | 3° Des vésicules séminales : toucher vésiculaire. |
| 3° D'expulsion : (coït avec capote). | | |

Chez l'homme 6 prélèvements.

- | | | |
|--------------------------------------------|---|--------------------------------------------------|
| A. Non provoqués | } | 1° Goutte au méat. |
| | | 2° Filaments du verre d'urine. |
| | | 3° Filaments de massage sur béniqué. |
| | | 4° Filaments de massage de prostate. |
| | | 5° Filaments de massage des vésicules séminales. |
| | | 6° Le sperme (spermoculture). |
| B. Provoqués (massage avec vessie remplie) | } | |
| | | |

Chez la femme 5 prélèvements.

- 1° Vagin.
- 2° Glandes de Skene.
- 3° Méat urétral.
- 4° Orifice des glandes de Bartholin.
- 5° Col utérin.

4° Épreuves microscopiques.

- | | | | | |
|-------------------------------------------------------------|---|---------------------------|---|----------------------------------|
| 1 ^{re} catégorie (avec gono) | } | 1 ^{er} groupe . | } | Gono intra et extra-cellulaires. |
| | | | | Diplo. |
| | | | | Poly. |
| 2 ^e catégorie (avec microbes autres que le gono) | } | 2 ^e groupe . . | } | Gono extra-cellulaires et rares. |
| | | | | 3 ^e groupe . . |
| 3 ^e catégorie (gouttes amicrobiennes) | } | 4 ^e groupe . . | } | Diplo. |
| | | | | 5 ^e groupe . . |
| 6 ^e groupe . . | } | 7 ^e groupe . . | } | C. E. |
| | | | | Poly. |
| | | | | C. E. (formule de guérison). |

Soumis à la série d'épreuves énumérées sur ce tableau, le malade sera fixé sur son état.

Nous l'avons appelé à cause de cela le *crible expérimental d'examen d'une blennorragie*.

Tout praticien doit le connaître; il est à la base de tout examen d'urètre et il s'impose dès que l'on voudra être fixé sur la nature d'une vieille goutte et sur les retours possibles d'un écoulement. Nous allons donner les détails de l'application de ce programme, mais pour mettre de l'ordre dans cette question, il faut envisager les différents cas qui peuvent se présenter pour les ramener à la méthode unique génératrice de la formule de guérison.

Ou bien il s'agit d'un ancien blennorragien qui vient demander au spécialiste de le renseigner exactement sur la goutte très ancienne qu'il a conservée après de multiples traitements qui ont été autant d'assauts livrés à son urètre. Il s'est décidé enfin à être fixé, car il est sur le point de prendre un parti qu'il se ferait un scrupule d'adopter sans savoir de source autorisée s'il est contagieux ou non.

Ou bien ce sera, dans un autre cas, notre propre client que nous avons soigné méthodiquement et que nous voulons renvoyer avec toutes les garanties désirables.

Le premier devra subir *toutes* les épreuves dont dépend la décision.

Le second aura déjà subi au cours du traitement certaines épreuves; on se bornera à le soumettre aux prélèvements et à interpréter les résultats microscopiques obtenus. Nous verrons quelle doit être cette interprétation en examinant les unes après les autres les lames au microscope.

Le crible expérimental devient donc le filet aux mailles serrées dans lequel on retient le malade pour être sûr

qu'il n'échappe pas à nos méthodes d'investigation. Il comprend quatre genres d'épreuves : des épreuves cliniques, des épreuves révélatrices, des épreuves de prélèvements, des épreuves microscopiques, que nous avons déjà réunies dans un petit tableau synoptique au chapitre de la *Microbiologie*.

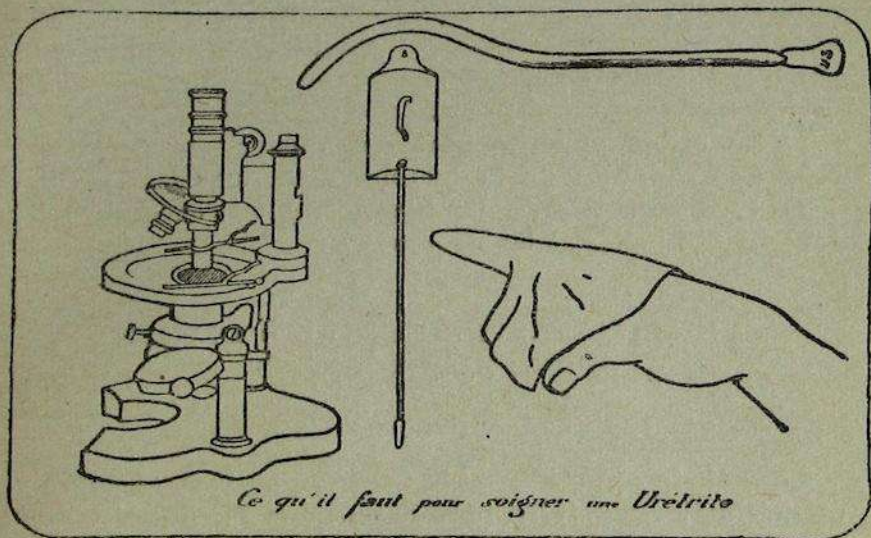


FIGURE 39

L'examen d'un urètre est soumis à des règles précises et méthodiques qui lui font livrer ses secrets; mais, encore une fois, il faut savoir l'interroger. C'est ce questionnaire inquisiteur qu'il faut imposer. Il donnera la bonne formule.

Il peut arriver que la formule de guérison, bien établie sur des données irréprochables, laisse le malade encore porteur d'une goutte claire; c'est l'histoire des gouttes éternelles, auxquelles il ne faut pas toucher.

Il peut arriver aussi que le blennorragien dont le système nerveux était prédisposé, après avoir traîné longtemps une misérable chaudepisse, conserve un état nerveux maladif que nous décrirons sous le titre de « névroses de la blennorragie ».

Arrivé à cette notion très précise du résultat microscopique qui donne la certitude de la guérison nous envisagerons cette question si grave des rapports de la blennorragie avec le mariage, qui est indissolublement liée à la question de la guérison.

Notre chapitre comprend donc :

- 1^o Le crible expérimental d'examen;
- 2^o Les rapports de la blennorragie avec le mariage;
- 3^o Les sequelles de la blennorragie c'est-à-dire les gouttes éternelles et les névroses.

LE CRIBLE EXPÉRIMENTAL D'EXAMEN D'UNE BLENNORRAGIE

I. — Les épreuves cliniques.

Le malade appelé à subir un examen urétral complet et méthodique doit se présenter, nous l'avons dit déjà, à la visite du médecin dans les conditions suivantes :

Il n'aura pas uriné depuis sept heures au moins pour n'avoir pas subi par la miction matinale un balayage trompeur des produits de sécrétion de son urètre, que le clinicien doit retrouver et interpréter en « lisant » dans le verre d'urine.

On lui recommandera auparavant le petit procédé pratique pour conserver l'urine qui consiste à ne rien prendre en se levant, ni boisson, ni café. Il viendra donc avec « sa goutte au méat ».

Faisons-le étendre sur la table.

Comment faut-il examiner un urètre. — Son examen complet.

Nous ne reviendrons pas sur l'anatomie de l'urètre (fig. 1, 4, 12 et 14). On voit dans ces figures, les trois urètres divisés anatomiquement en « pénien », « membraneux » et « prostatique ».

Cliniquement, on peut les diviser en deux parties :

L'*urètre postérieur fixe*, qui comprend l'urètre prostatique et l'urètre membraneux.

L'*urètre antérieur* ; c'est l'urètre mobile. On peut diviser ce dernier en deux parties : la partie périnéo-scrotale et la partie naviculaire. Sa longueur est variable, au point de vue de la partie mobile surtout ; la longueur de la partie fixe est de 4 centimètres chez l'homme ; la longueur totale moyenne est de 16 centimètres, dimension utilisée pour les sondes ; mais on ne sonde pas que des sujets moyens, on sonde des individualités ; il faut donc prévoir que la longueur variera entre 14 et 24 centimètres. L'urètre du vieillard est plus long ; une portion spongieuse de 18 centimètres n'est pas rare.

D'un autre côté, la traction sur la sonde allonge l'urètre de plusieurs centimètres.

Chez la femme, la longueur de l'urètre est de 3 centimètres environ ; il est accolé au vagin et peut se sentir à travers le vagin sur toute sa longueur.

Pour faire un examen complet de l'urètre, il est nécessaire d'agir avec méthode et de procéder successivement à une série d'explorations qui se complètent mutuellement et dont les résultats, mis en commun, permettent d'arriver à un diagnostic précis et complet.

1° L'INSPECTION. — *Inspection du méat urinaire.* — Le gland étant mis à découvert autant qu'il est possible

par la rétraction du prépuce, qui est attiré avec précaution en arrière, l'orifice du méat urétral se présente comme normal de situation, de forme, d'aspect; ou bien il paraît rétréci, plus ou moins rejeté à la face inférieure du gland, avec des bords collés par un exsudat glutineux ou laissant échapper du pus en plus ou moins grande abondance.

Le méat entr'ouvert montre une muqueuse saine et d'apparence normale, ou bien il est irrégulier et plus ou moins enflammé. L'extrémité de l'urètre pressée entre les doigts, d'arrière en avant, laisse sourdre une goutte de pus.

Nous avons insisté sur l'importance des anomalies congénitales.

2^o LA PALPATION. — A. *Palpation sans instruments.*

— La verge étant tendue de la main gauche, la face palmaire des dernières phalanges de l'index et du médius de la main droite parcourt, au-dessous d'elle, la saillie formée par le canal de l'urètre entouré de son corps spongieux.

On palpe ainsi d'avant en arrière, et aussi loin que possible, en refoulant les bourses. Dans cet examen, les indurations du canal urétral peuvent être décelées et on peut même parfois se faire une idée de leur étendue et de leur consistance.

Relevant ensuite les bourses en avant, on peut poursuivre en arrière d'elles la palpation de l'urètre périnéal jusqu'au moment où le canal s'enfonce dans la profondeur.

Le toucher rectal permet d'ailleurs de continuer plus loin l'exploration externe du canal.

Les noyaux fibreux péri-urétraux du périnée, qu'on rencontre par exemple comme reliquats de certains

abcès urineux, ou ceux qui accompagnent les fistules uréthro-périnéales peuvent être perçus, en particulier, par une sorte de double palpation, de palpation bidigitale pratiquée par l'index introduit dans l'anus et recourbé en crochet en avant et la face palmaire du pouce, qui reste au périnée. Les tissus fibreux anormaux sont pincés entre les deux doigts et facilement on peut ainsi se rendre compte de leur consistance, de leur étendue et de leurs rapports avec les parties voisines.

B. *Palpation avec instruments* (l'exploration interne de l'urètre). — S'il n'existe pas de contre-indication à l'introduction d'instruments dans le canal (urétrite aiguë), c'est le moment d'explorer l'urètre pour rechercher quel est son calibre interne.

Cet examen se fait au moyen des explorateurs à boule olivaire.

Il faut prendre d'abord un explorateur à boule calibre 20 ou 21.

Les mains de l'opérateur étant bien aseptisées, le gland lavé, le méat douché et nettoyé, la verge est tendue de la main gauche, tandis que de la droite le praticien introduit doucement l'explorateur huilé dans le canal et le pousse peu à peu, lentement, le tenant légèrement entre le pouce et l'index.

Pour lubrifier les instruments du cathétérisme, on peut se servir de divers produits.

Vaseline stérilisée, qu'on évitera d'étendre sur les instruments avec le doigt.

Vaseline salolée :

Salol.	2 ^{gr} 50
Vaseline boriquée.	50 »

Huile d'olive stérilisée.

Huile d'olive phéniquée :

Acide phénique.	2gr »
Huile d'olive stérilisée	50 »

Huile d'olive gaïaculée :

Iodoforme	0gr 50
Gaïacol.	2 50
Huile d'olive stérilisée	50 »

Huile d'olive goménolée :

Goménol.	5 à 10gr »
Huile d'olive stérilisée.	50 »

Mélange à la glycérine (Guyon) :

Poudre de savon.	} ââ 33gr »
Glycérine	
Eau.	
Acide phénique.	1 »

Toute la longueur de l'urètre est ainsi parcourue et la tige de l'explorateur transmet fidèlement aux doigts qui la maintiennent les sensations recueillies par la boule de l'instrument.

Si le canal est libre et si l'exploration est faite avec douceur, la boule parcourt facilement tout l'urètre antérieur. Arrivée au niveau de l'urètre membraneux, elle subit un léger ressaut ou bien même elle s'arrête en même temps que le patient éprouve une sensation parfois assez désagréable. Il faut à ce moment, en tendant bien la verge de la main gauche, exercer doucement une poussée continue avec l'explorateur; brusquement l'urètre membraneux se relâche, la *porte s'ouvre* et la boule s'enfonce dans la région prostatique, qu'elle parcourt jusqu'à la vessie. Si le malade accuse une douleur très vive au niveau du véru-montanum on devra penser à la vésiculite.

Si, malgré une légère pression quelque peu continuée, l'explorateur n'arrive pas à franchir le détroit musculaire et si on n'a perçu cependant aucune trace de sténose de l'urètre antérieur; si le malade n'accuse aucun antécédent de traumatisme périnéal capable d'expliquer la présence d'une sténose cicatricielle, on se trouve ordinairement en présence d'un spasme.

Le passage facile du béniqué de gros calibre, 40 à 45 par exemple, essayé doucement, fait alors le plus souvent faire le diagnostic de rétrécissement ou de spasme.

Signe de Bazy. — Dans le cas de spasme, la boule de l'explorateur se sent par le toucher rectal; dans le rétrécissement, on la perçoit au contraire par la palpation du périnée au-devant de l'anus.

L'arrivée dans la vessie est signalée aux doigts par une sensation spéciale : il semble que l'extrémité de l'instrument est devenue libre; on se rend compte qu'elle est dégagée du détroit urétral.

D'ailleurs, *c'est au retour* de l'instrument qu'on a les perceptions les plus nettes. Le talon de la boule exploratrice butant sur tous les obstacles permet de faire un diagnostic précis.

C'est ainsi qu'on perçoit l'arrivée de la boule exploratrice de la vessie dans le col et dans l'origine de l'urètre, les irrégularités de l'urètre postérieur, la sensation d'expulsion au moment où on tombe de la portion membraneuse dans la région bulbaire, *les rétrécissements de l'urètre antérieur*, etc.

Si la boule 20 ou 21 ne peut pénétrer dans le méat (le plus souvent ce n'est pas au méat même mais un peu en arrière de lui, à 4 ou 5 millimètres plus loin, que la boule vient buter), on doit *descendre peu à peu les numéros de la filière jusqu'à ce que l'explorateur du numéro le plus élevé possible soit introduit.*

L'exploration est alors conduite avec ce numéro comme il est indiqué précédemment.

Si un explorateur est arrêté au cours de la traversée de l'urètre antérieur, il faut prendre un explorateur plus petit; on traverse alors un anneau, pour buter contre un anneau plus serré situé plus profondément; on prend à nouveau une boule plus petite, et ainsi de suite jusqu'à ce que l'urètre ait pu être franchi dans toute sa longueur. On comprend qu'on puisse ainsi être amené à faire usage d'instruments de très petit calibre ou même de fines bougies qui correspondent aux nos 5, 4, 3 de la filière et qui portent le nom de bougies filiformes.

Pratiquement, il n'est pas besoin de descendre la filière des explorateurs en prenant successivement tous les numéros les uns après les autres; et même chez les rétrécis ce serait s'exposer à ne plus pouvoir passer. Il est bon de savoir *sauter quelques numéros* pour arriver plus rapidement à celui qui peut parcourir tout le trajet urétral.

La palpation de l'urètre sur le cathéter. — Pour se rendre compte de la souplesse des parois urétrales, des nodosités inflammatoires ou cicatricielles qui peuvent se rencontrer le long de son trajet, il est bon de pratiquer la palpation du canal comme il a été indiqué précédemment, après avoir introduit une sonde qui sert de point d'appui aux doigts qui palpent.

Cet examen ne doit être en général pratiqué qu'en l'absence de phénomènes inflammatoires aigus. Il n'est indiqué qu'en cas d'urétrite chronique et contre-indiqué en cas d'urétrite aiguë.

Il révélera alors les adénites urétrales, source fréquente d'abcès péri-urétraux et para-urétraux qui sont justiciables du traitement longuement décrit au chapitre du *Massage de l'urètre*.

3° L'URÉTROSCOPIE. — L'examen de l'urètre à l'urétroscope fait l'objet d'un chapitre spécial auquel nous renvoyons le lecteur.

Il est évidemment du domaine exclusif du spécialiste, qui y fait appel soit pour corroborer un diagnostic clinique, soit pour activer un traitement.

Le chapitre de l'urétroscopie renseignera le praticien sur ce que l'on peut attendre de cette méthode.

II. — Les épreuves révélatrices.

Cette catégorie d'épreuves est basée sur la propriété du microbe de Neisser de subir une exaltation de virulence sous l'influence de certaines boissons et sous l'action irritante de certaines substances comme le nitrate d'argent.

Elle est basée également sur l'action si efficace du massage glandulaire méthodique faisant pression sur les exsudats glandulaires et leurs agents microbiens pour les faire sortir de la « tranchée urétrale ».

Elle repose enfin sur l'action physiologique du coït-épreuve (avec capote), qui favorise l'expulsion au dehors de tous les agents infectieux embusqués dans les couloirs de l'urètre.

Nous avons ainsi quatre catégories d'épreuves révélatrices, *boissons, irritation, expression et expulsion*.

1° *L'épreuve des boissons*. — Tout le monde sait que la bière, le cidre, l'alcool, le champagne, le vin pur provoquent une irritation qui favorise la reprise de l'infection gonococcique si elle n'est pas définitivement éteinte.

2° *L'épreuve d'irritation*. — Nous l'avons décrite dans un chapitre spécial.

3° *L'épreuve d'expression.* — C'est le massage de toutes les glandes urétrales sans exception, les unes après les autres.

Toutes déversent leur sécrétion dans le canal, si une seule reste infectée il se produira une nouvelle infection et la sécrétion purulente reparait; on peut y retrouver aussitôt l'agent infectieux.

C'est ainsi que le passage du béniqué, béniqué droit pour l'urètre antérieur, courbe pour l'urètre postérieur, le massage sur un conducteur quelconque, l'introduction d'un stylet mousse dans une lacune de Morgagni insoupçonnée et voilà la révélation d'une urétrite encore en activité!

4° On conseillera au malade de coïter avec une capote, coït bref et purement physiologique bien entendu. A la faveur de cette épreuve très utile, voilà une glande qui se vide et révèle l'« expulsion » du microbe adroitement embusqué.

III, — L'épreuve des prélèvements.

La spermoculture.

Le sperme contient la synthèse des glandes urétrales infectées.

Des six prélèvements sur lesquels la perspicacité de l'urétrologue aidé de ses connaissances bactériologiques peut s'exercer utilement, il en est *un* qui est devenu à notre époque la clef de voûte de la guérison d'une blennorragie : c'est le sperme.

Et pour l'interroger avec efficacité il faut le cultiver. C'est la *spermoculture*.

La culture du sperme infecté a toujours offert un

intérêt considérable, mais le gonocoque était si difficile à cultiver que la question resta longtemps en suspens jusqu'au jour où Bumm, en 1887, se servant de sérum humain, réussit des cultures pures qui toutefois ne pouvaient être inoculées à l'homme.

La culture ne devint pratique que lorsque Werthyn fit connaître sa méthode.

Il y a environ quinze ans le Dr Guépin décrivit une méthode inaugurale de culture du sperme qui est devenue classique.

La spermoculture éclaire d'un jour tout à fait nouveau le problème de la recherche du gonocoque si l'on veut se rappeler que le liquide spermatique est l'expression la plus complète du contenu des glandes urétrales. Il est évident que cette sécrétion parcourant tout l'appareil reproducteur depuis les cellules génératrices jusqu'au méat urinaire, raclant sur son trajet toutes les glandes polluées d'éléments microbiens, sera plus à même qu'aucun autre élément de donner par culture un calque fidèle de tous les micro-organismes rencontrés le long du canal excréteur.

Si d'un autre côté on tient compte de l'affinité si grande de la blennorragie pour l'appareil génital, on comprend l'importance du dépistage des agents pathogènes sur ce territoire.

Il existe en effet quantité d'anciens blennorragiens dans le passé desquels on relève une orchite-épididymite ou une prostatite-vésiculite; ils possèdent bien ces urines « miroitantes » dont parlait naïvement un de nos confrères comme le critérium de la guérison, mais la clarté de leurs urines ne signifie pas grand'chose, car si l'on vient à examiner et à cultiver leur sperme on constate ces infections latentes que l'épreuve d'expulsion du sperme a suffi à mettre en relief.

M. R. Darget a trouvé les chiffres suivants : sur 83 malades examinés et paraissant cliniquement guéris, quarante-quatre fois la spermoculture a été pratiquée. Aucun de ces malades atteints jadis d'urétrite chronique ne présentait de gonocoque à l'examen direct de la sécrétion urétrale et pourtant 20 d'entre eux gardaient encore dans leurs sécrétions génitales le microbe dont l'existence première remontait à des temps parfois très reculés.

Des chiffres plus impressionnants encore chez un autre auteur qui prétend que 80 % des anciens blennorragiens conserveraient au niveau de leur zone génitale (prostate et vésicules séminales principalement) des germes gonococciques profonds et larvés, à virulence sans doute très atténuée mais susceptibles de se réveiller et d'être cause pour les malades eux-mêmes ou pour leur compagne de surprises ultérieures pénibles ou dangereuses.

Ce serait même l'explication de bien des rechutes bizarres que cette fréquence de la blennorragie latente dépistée par la culture du sperme. Elle permet de mieux comprendre les blennorragies à répétitions, même éloignées, les formes à recrudescence spontanée et elle éclaire d'un jour tout nouveau la pathogénie des urétrites chroniques dites banales ou aseptiques.

Elle donne une explication à ces contagions par des sujets que l'on aurait pu, de bonne foi, croire suffisamment guéris et chez lesquels la culture du sperme seule peut déceler la présence de l'agent pathogène de transmission.

Cette méthode doit donc entrer maintenant dans la pratique courante pour affirmer la guérison absolue de la blennorragie.

Remarquons que *la persistance du gonocoque* n'est

pas plus étonnante dans la zone génitale de l'homme que dans celle de la femme, où elle est reconnue et admise depuis longtemps par tous. C'est elle d'ailleurs qui explique lumineusement le nombre effroyable de jeunes femmes infectées dès le début de leur mariage, alors que le mari, de très bonne foi, se croyait guéri et avait obtenu toutes permissions médicales, basées, soit sur l'absence de toute sécrétion urétrale et de tous filaments urinaires, soit sur l'absence de gonocoques à l'examen direct de la goutte matinale ou du liquide recueilli par l'expression prostatique ou vésiculaire. L'orgasme vénérien, mieux que toute manœuvre digitale, comprime et vide la totalité des glandes annexes de l'appareil urinaire, aussi bien la prostate et les vésicules séminales que les glandes de Méry et celles de Littre, et il est naturel que, avec toutes leurs sécrétions, il puisse ramener et mettre au jour le gonocoque qu'il arrache à ses plus profonds repaires.

Ce gonocoque, dira-t-on, peut avoir perdu de sa virulence au point de vivre en saprophyte chez son porteur, qui n'en sera pas autrement incommodé et ne s'en trouvera pas davantage contagieux ! Mais, de même encore que, chez la femme au moment des menstrues, la violence du microbe endormi se réveille au point de contaminer l'homme qui ne respecte pas cette période polluée, de même chez l'homme, à la suite d'excès variés, le microbe peut reprendre son activité et se manifester, soit sous forme de rechutes à lointaine échéance, comme nous l'avons vu plusieurs fois chez nos malades, soit par l'infection brusque d'une femme jusqu'alors épargnée.

Bien des objections ont été formulées contre la spermoculture.

La première invoquée serait la difficulté de recueillir aseptiquement les sécrétions. Nous pouvons dire que le

sperme peut être recueilli aseptiquement aussi bien que l'urine. D'autre part, lorsque le sperme contient des germes, il est de règle presque constante d'y trouver, englobés dans la masse, de petits grumeaux purulents que l'on prend de préférence pour ensemercer le milieu de culture. A qui ferait-on admettre que ces éléments viennent de l'extérieur?

On a accusé d'erreurs les résultats obtenus.

Si une culture présente tous les caractères du gonocoque, il nous semble plus rationnel d'admettre qu'il s'agit bien de gonocoque plutôt que de pseudo-gonocoque, puisque personne, à l'heure actuelle, n'est fixé sur ce point suffisamment pour faire la différence d'espèce.

Ces germes sont d'une virulence douteuse, a-t-on dit. Ce serait une faute grave, à notre avis, de considérer de parti pris comme inoffensifs des germes qui ont pu être cultivés. Même s'il existait un doute, notre premier devoir serait d'en débarrasser le porteur.

Enfin, on a considéré la spermoculture comme un critérium suspect.

Une culture négative ne prouve pas assurément qu'il n'existe pas des gonocoques enkystés. Dans ce cas, si l'on interroge le malade, on peut apprendre qu'il constate à des intervalles plus ou moins longs la réapparition d'une goutte. En l'absence de ce symptôme, il est facile de pousser l'examen à fond, de faire la palpation de l'urètre sur béniqué, la dilatation, l'urétroscopie, une nouvelle culture.

Si aucun de ces moyens ne donne de résultat, on peut tout au moins affirmer au malade que rien n'a été négligé.

Ce n'est pas un critère sans défaillances; il suffit, dit M. Darget, de savoir que ce procédé de contrôle a *seul* permis, presque dans 50 % de cas de spermatozystites

anciennes, de découvrir le gonocoque pour affirmer la nécessité de recourir à cette épreuve chez tous les malades ayant présenté des lésions des vésicules séminales ou de la prostate avant de pouvoir certifier leur guérison.

Les travaux sur cette question (Maille, Lebreton, Barbellion) n'ont pas réussi à entraîner la conviction de tous les urétrologues et on a reproché à la méthode « de donner trop et de ne pas donner assez »; ce que nous pouvons dire, c'est qu'elle nous a permis personnellement et à ceux qui l'ont employée de découvrir en nombre considérable des porteurs de germes qui pouvaient se croire guéris. Les uns avaient une goutte matinale ou des filaments reconnus exempts de gonocoques à l'examen microscopique, les autres, désireux de se marier, ne présentant aucun symptôme, s'adressaient à nous pour avoir une certitude de guérison complète.

Nous ne parlerons pas de statistique personnelle parce qu'il est impossible d'y faire entrer des cas qui ne sont que rarement tout à fait identiques. La proportion de porteurs de germes que nous avons trouvée est des plus impressionnantes.

Nous ne voulons pas en tout cas substituer cette méthode, comme l'ont fait certains urétrologues, aux méthodes de réactivation par la bière, les instillations de nitrate d'argent, l'eau de Vichy (Grande-Grille), qui gardent à notre avis leurs indications et leur valeur d'appréciation dans la guérison de la blennorrhagie.

Il ne faut pas contester, en reconnaissant l'utilité et les indications de la spermoculture, la valeur des réactions provoquées par le régime ou par les injections irritantes employées pour déceler le gonococcisme latent. Il faut *les associer* pour trouver la formule de guérison.

Cette méthode n'est après tout que celle appliquée

à tous les porteurs de germes, qu'il s'agisse de diphtérie ou de tuberculose, etc. L'inoculation au cobaye n'est elle-même qu'une variété de culture.

Si une culture négative ne permet pas d'affirmer de façon absolue qu'il n'existe pas de microbes enkystés, elle est d'une valeur incontestable si elle succède à la méthode des réactions provoquées et en confirme les résultats.

Par contre une culture positive donne un élément de diagnostic aussi précis que la présence du tréponème ou la réaction de Wassermann positive pour la syphilis que la présence du bacille de Koch dans la tuberculose. Il ne vient à l'idée de personne dans ces cas d'invoquer l'existence de pseudo-tréponèmes ou de pseudo-bacilles ou la possibilité d'une virulence atténuée et par conséquent négligeable. Si le résultat négatif autorise un doute, le résultat négatif n'autorise pas l'indifférence.

Façon de récolter le sperme. — On peut recueillir le sperme de deux façons différentes, soit par la masturbation que le malade pratique immédiatement avant l'examen, soit *par le coït avec capote*.

C'est ce dernier procédé que nous préférons et celui auquel se soumettent tous nos malades depuis des années que nous pratiquons la spermoculture.

Voici notre technique :

On recommande au patient de rester *cinq heures sans uriner* avant de pratiquer le coït, de façon que tous les germes suspects collectés dans son urètre ne soient pas entraînés par la miction.

C'est donc sans avoir été balayé depuis plusieurs heures par l'urine que l'urètre sera traversé par le sperme.

On conseillera aussi de faire avant l'épreuve du coït un savonnage minutieux du prépuce et du gland, suivi d'un rinçage à l'eau chaude.

Muni de deux verres de montre stériles pris à notre laboratoire, la capote après éjaculation et remplie de sperme fraîchement éjaculé est liée par un petit fil (que nous mettons habituellement entre les deux verres).

La capote déposée entre les deux verres protecteurs est placée par le malade sous son aisselle, le bras replié la maintient et elle se trouve ainsi dans une étuve naturelle à 37°. Le patient, dont les mouvements du bras ne sont nullement gênés par cet objet, apporte aussitôt (dans la demi-heure qui suit le coït si possible) le prélèvement de sperme à cultiver.

Le délai nécessaire pour faire l'examen dans les conditions les meilleures ne doit pas dépasser trois quarts d'heure environ après l'éjaculation.

Le sperme est aussitôt soumis à un examen microscopique préalable avec la coloration habituelle.

L'ensemencement est fait immédiatement sur milieu solide à base de gélose-ascite, puis mis à l'étuve à 37° pendant vingt-quatre heures. Après quoi les cultures sont examinées. Elles sont alors repiquées sur milieux solides et en milieux liquides et replacées à l'étuve.

Cette technique que nous avons adoptée nous a paru facile d'exécution en clientèle. Elle facilite le travail du laboratoire auquel le malade apporte ce prélèvement comme il apporterait son bocal d'urine à examiner.

On a objecté que le sperme obtenu par un autre procédé pouvait fausser les recherches si le gland et la main du patient provoquaient l'adjonction d'autres microbes associés à l'éjaculation.

Nous n'insisterons pas sur ces détails sans grande importance; l'essentiel c'est que le patient présente au laboratoire un sperme frais pour la spermoculture.

Milieux de culture favorables. — Très nombreux sont les milieux qui ont été conseillés.

Nous allons en citer quelques-uns pour mémoire : ce sont les milieux de Weissembach, Wertheim au sérum humain; de Christmas, Wassermann, Oliviero au sérum d'animaux; de Kufer sur le liquide d'ascite; de Monge sur liquide kystique; de Bezançon et Griffon *sur gélose au sang*; de Lumière sur moût de bière albumineux; de Boyer, de Blaizot, de Ferrari, etc...

Nous donnons plus loin la préparation de quelques-uns.

Le gonocoque est un aérobie strict. Il végète entre 22 et 40°; 37° est la température optima pour son développement. Il éprouve cependant de grandes difficultés à pousser dans les milieux de laboratoire. Comme le méningocoque, il exige le plus souvent des milieux albumineux pour donner une culture abondante et durable. Dans le bouillon ordinaire, il pousse à peine; vers le deuxième ou troisième jour, un trouble léger se produit bientôt suivi d'un dépôt qui se forme au fond du tube.

En bouillon-ascite (bouillon, trois parties; ascite, une partie), le développement est un peu plus abondant; le trouble se manifeste vers le deuxième jour; puis des flocons grisâtres se déposent. Quand le gonocoque a subi plusieurs passages dans ce milieu, il peut s'acclimater au bouillon ordinaire.

De Christmas prépare du bouillon de veau non peptonisé, qu'il concentre en évaporant par l'ébullition au quart de son volume. A une partie il ajoute trois parties d'ascite. Dans ce milieu, le développement est rapide; les gonocoques conservent leur forme en grains de café; les formes d'involution sont rares.

Finger a montré que le gonocoque donnait une culture assez abondante dans l'urine non alcalinisée à laquelle on ajoute 0,5 % de peptone.

Le développement est plus marqué encore quand l'urine est albumineuse.

Sur la gélose ordinaire la culture est très grêle, ne s'effectuant qu'à la faveur des albuminoïdes du pus qu'on ajoute en même temps qu'on pratique l'ensemencement de pus urétral; mais cette culture, repiquée dans le même milieu, ne pousse pas.

Vannod cependant a obtenu des cultures abondantes et repiquables en 30 passages avec la gélose ordinaire très faiblement alcalinisée.

Gélose-ascite.

La gélose simple ou glycinée, additionnée d'ascite ou de liquide pleural (1 partie), convient très bien pour la culture du gonocoque. Au bout de vingt-quatre à trente-six heures, les « colonies isolées » apparaissent arrondies, punctiformes, blanc grisâtre, légèrement translucides, à bords sinueux. Elles atteignent 1 millimètre environ en deux à cinq jours; elles sont alors plus opaques; leur centre est sombre et épais; elles ont une consistance assez visqueuse. Transportées dans une gouttelette d'eau, elles s'émulsionnent, mais d'une façon peu homogène.

Les « stries » forment une glaire mince, grisâtre, un peu transparente; la surface est humide et brillante.

Mais si le liquide d'ascite est *un milieu d'élection pour la culture du gonocoque* et du méningocoque, malheureusement il est extrêmement difficile de s'en procurer, de là la préparation d'un milieu artificiel dû au Dr Martin, de l'Institut Pasteur, qui a permis de vulgariser cette excellente méthode de culture.

A 100 centimètres cubes de sérum normal de cheval,
(Prendre soit de l'hémostyl du Dr Roussel, soit du sérum normal d'Oliviero.)

Ajouter : 6 gouttes de formol du commerce à 40 %.
Laisser en contact après agitation un quart d'heure. Addi-

tionner le mélange de 6 gouttes d'ammoniaque pour neutraliser le formol (formation d'urotropine). Agiter. Laisser en contact un quart d'heure. Étendre ensuite de 200 centimètres cubes d'eau distillée et porter à l'ébullition. Filtrer sur papier et tampon d'ouate. Stériliser à l'autoclave sans dépasser 105°-110° et conserver pour l'usage.

On a ainsi un liquide opalescent, à reflet verdâtre, qui servira à la préparation de bouillon-ascite et de gélose-ascite par addition à ces milieux classiques dans une proportion d'un tiers environ.

La gélose-ascite ainsi préparée et stérilisée sans dépasser 105°-110° constitue un des meilleurs milieux pour le dépistage du gonocoque dans les cas douteux.

M. Oliviero recommande l'emploi de la peptone aminée de Macquaire pour la préparation des bouillons peptonés.

De plus, il conseille d'ajouter 0,50 de saponine par litre de bouillon peptoné afin d'augmenter, ainsi qu'il l'a indiqué dans une note à l'Académie des Sciences, la tension superficielle du liquide, ce qui permet une nutrition osmotique plus facile des bactéries.

Sur un sérum humain (Bumm) ou sérum de lapin (de Christmas) coagulé, les colonies de gonocoques présentent des caractères identiques à ceux qu'on observe sur gélose-ascite.

Gélatine.

Sur gélatine, en « piqûre », à 22°, on observe au bout de quelques jours un développement léger le long de la piqûre. A la surface une légère dépression se forme, devenant vers le dixième jour une espèce de cupule, constituée plutôt par un ramollissement de la gélatine que par une véritable liquéfaction (Macé). Turro préfère la gélatine acide, c'est-à-dire la gélatine ordinaire non alcali-

nisée. Mais le développement est très grêle et les colonies difficilement repiquables.

Gélose de Wassermann.

Ce milieu est très favorable.

A 15 centimètres cubes de sérum de porc ne contenant pas d'hémoglobine on ajoute 30 à 35 centimètres cubes d'eau, 2 à 3 centimètres cubes de glycérine, et 80 à 90 centigrammes de nutrose. On agite bien ce mélange, et on le chauffe, en l'agitant toujours, jusqu'à l'ébullition. Le liquide, qui était trouble, s'éclaircit. On continue l'ébullition pendant vingt minutes environ, ce qui suffit pour stériliser le liquide quand le sérum est frais. Le liquide est ensuite mélangé à parties égales avec de l'agar contenant 2 % de peptone, préalablement liquéfié à 50°, et le mélange est versé dans les boîtes de Pietri.

Milieu de Weissembach.

Prélever du sang humain par ponction veineuse, le citrater, le défibriner par agitation avec des perles de verre, laquer le sang par addition de quelques gouttes d'éther.

On obtient ainsi un liquide de couleur cerise, susceptible de se conserver à la glacière pendant plusieurs semaines.

Ce liquide servira à la préparation :

1° De milieu liquide, par addition de 1 centimètre cube de sang laqué à 10 centimètres cubes de bouillon peptoné ;

2° De milieu solide, en faisant fondre un tube de gélose, en le laissant refroidir et, au moment de la solidification vers 50°, en l'additionnant de 1 demi-centimètre cube de sang laqué.

Milieu à l'extrait globulaire vitaminé de Legroux.

Ce procédé est excellent, d'une préparation plus à la portée du chimiste.

Prendre 10 centimètres cubes de sang humain ou 10 centimètres cubes de sang de cheval, le défibriner par agitation immédiate avec des perles de verre.

Additionner ce sang de quatre fois son volume d'eau physiologique à 8,50 %.

Chauffer au bain-marie à 80° pendant un quart d'heure. Filtrer au papier. Tyndalliser ensuite.

On obtient un liquide opalescent, légèrement rosé, renfermant des vitamines.

Se conserve quelques jours à la glacière.

Sert à la préparation extemporanée de bouillon et de gélose à l'extrait globulaire par addition d'un vingtième de ce liquide.

La spermoculture a permis à certains auteurs de réaliser une bactériothérapie issue du microbe cultivé.

On a conseillé de partager l'auto-vaccin ainsi obtenu en deux catégories : la première sert à des injections intramusculaires, la seconde est destinée à l'ingestion.

L'auto-vaccin est alors préparé en émulsionnant les cultures avec du sérum physiologique à 9 ‰, sans adjonction d'aucune souche étrangère. La stérilisation du vaccin est obtenue par deux chauffages de trois quarts d'heure à 58°, faits à vingt-quatre heures d'intervalle.

Le vaccin est alors réparti en ampoules de 1 centimètre cube; 12 de ces ampoules, contenant d'une façon générale 1 milliard de gonos par centimètre cube, servent aux injections. Les 24 ampoules contenant 5 à 10 milliards de germes sont destinées à l'ingestion.

La cure de vaccination dure environ trente-six jours,

soit : une ampoule injectable tous les deux jours en commençant par injecter 1 demi-centimètre cube pour éprouver la sensibilité du malade, les injections se font intramusculaires (dans les muscles de la fesse) ou à la hauteur des aponévroses qui séparent le tissu cellulaire sous-cutané du muscle (dans la région sacro-iliaque).

Le vingt-quatrième jour de traitement, la douzième et dernière injection est suivie d'une période d'ingestion à raison de 2 ampoules par jour (10 à 12 milliards de germes), le contenu de chaque ampoule étant dilué dans 15 à 30 centimètres cubes d'eau et absorbé une bonne heure avant chacun des deux principaux repas. Enfin, vingt jours après la dernière ingestion une vérification de culture est faite par le procédé de l'ensemencement initial.

La spermoculture ayant donné sur un milieu favorable un résultat, c'est-à-dire une culture s'étant développée, il reste à interpréter par l'examen microscopique la valeur pathologique des colonies microbiennes.

Cette interprétation ne diffère pas pour le sperme de ce qu'elle peut être pour l'exsudat pris directement ou exprimé par le massage.

Goutte, exsudats, filaments, sperme sont autant de prélèvements dans lesquels il faut dépister le gonocoque et ses associés.

Nous arrivons à la quatrième et dernière partie du erible expérimental, les épreuves microscopiques. Nous allons les exposer et les discuter.

IV. — Les épreuves microscopiques.

Au chapitre de la microbiologie des écoulements, nous avons étudié tout ce que l'on pouvait voir dans une goutte ou dans un filament urinaire. Nous savons

maintenant ce qu'on trouve dans un prélèvement quel qu'il soit : le gonocoque, des diplocoques, des cellules épithéliales et des globules de pus.

L'interprétation de ces éléments constitue l'art du bactériologiste doublé du clinicien; c'est l'*art de « mesurer » une urétrite.*

Nous avons dressé un tableau synoptique de ces différents groupes d'éléments. Et, pour mieux fixer les idées, nous avons divisé ces groupes en trois catégories dans lesquelles l'urétrologue recherchera le groupe qui lui livre la solution du problème : *Quand une urétrite est-elle guérie?*

C'est en examinant et en discutant *de près* ces divers groupements que l'on arrive à discerner celui qui exprime la vraie formule de guérison.

De la sorte, tout praticien qui ne sera pas familiarisé avec la pratique du microscope, ou même avec la pratique urétrologique, pourra se former une opinion lorsqu'on lui soumettra l'examen d'un prélèvement urétral. Il pourra en déduire si son malade est suspect, guéri ou contagieux.

S'il veut examiner lui-même la sécrétion urétrale, nous le renvoyons au chapitre spécial de l'*Examen bactériologique* pour la technique.

Nous avons classé les résultats en trois grandes catégories :

- La première c'est le prélèvement avec gonocoque;
- La deuxième c'est le prélèvement avec d'autres microbes que le gonocoque;
- La troisième c'est le prélèvement sans microbe.

Première catégorie. — *Le prélèvement avec gonocoques.*
— Cette première catégorie comprend trois groupes.
Le *premier groupe* présente : gonocoques intra et extra-

cellulaires, diplocoques nombreux prenant le Gram, polynucléaires abondants, cellules épithéliales nombreuses.

Dans ce premier groupe, il y a *tous* les éléments. C'est le pus verdâtre d'une urétrite aiguë banale. La plupart du temps, le simple examen du méat rouge et tuméfié, d'où s'écoule un pus épais et vert caractéristique, suffit à faire le diagnostic. La verge tuméfiée, et même souvent transformée en un « battant de cloche », est d'aspect typique et répugnant. Dans ce cas même l'examen microscopique ne présente qu'un intérêt très secondaire; cliniquement, l'urétrite est aiguë, violente, et l'erreur est impossible. Tout au plus chez les phimositiques est-il utile de bien examiner le sillon balano-préputial pour être sûr qu'il n'y a pas de chancres mous ou indurés dissimulés dans quelques replis et associés à la chaudepisse. En nettoyant le gland avec une compresse et en faisant uriner le malade dans un verre, on sera bien certain que le pus est nettement d'origine urétrale.

Inutile d'insister davantage sur la valeur de l'examen de ce premier groupe.

Le *deuxième groupe* comprend : rares gonocoques tous extra-cellulaires, cellules épithéliales rares.

Ce deuxième groupe est le résultat d'un examen de la toute première heure. C'est un des plus importants; au chapitre du *Traitement abortif* nous avons vu les conditions requises pour le succès de cette modalité de traitement. Ce groupe est donc l'indication formelle de l'« abortion », et à ce titre il doit être bien connu, car il permet d'affirmer que le malade est porteur d'une urétrite blennorragique « en puissance » et qu'il est encore temps de la faire avorter.

Qu'on se reporte au chapitre *Comment on guérit en quinze jours* pour voir les déductions multiples et si

intéressantes que l'on peut tirer de cette variété d'écoulement.

C'est la goutte *avant les trente-six heures révolues*.

Si l'on attend, le gonocoque sera intra-cellulaire; il sera trop tard.

Le *troisième groupe* présente : gonocoques déformés et rares, cellules épithéliales nombreuses, diplocoques plus ou moins abondants.

Ce groupe est celui des vieilles gouttes contagieuses, c'est le plus grave, le plus sérieux, le plus rebelle à guérir. C'est la goutte des insoucians dangereux, qui gardent du gonocoque dans leur urètre.

Il prouve une très longue histoire antérieure d'infection gonococcique, remontant à des mois ou à des années; on le rencontre chez des malades qui ont un passé très chargé de blennorragies plus ou moins bien traitées, et la découverte de ces rares gonocoques déformés n'est possible qu'au prix de plusieurs examens microscopiques délicats par la méthode de Gram.

Ce sont ces gouttes dont la virulence peut s'exalter en cas d'excès génital, mais dont le porteur a subi à la longue, pour lui personnellement, une vraie vaccination et qui, depuis longtemps, malgré les excès de toutes sortes, ne connaît plus les reprises de blennorragie aiguë.

Ce sont les gouttes éternelles, ceux pour qui l'examen de goutte s'impose et qu'il faut y contraindre.

Deuxième catégorie. — *Le prélèvement contient d'autres microbes que le gonocoque.* — Cette deuxième catégorie comprend les quatrième et cinquième groupes.

1° Le *quatrième groupe* présente : très abondants diplocoques prenant le Gram, polynucléaires abondants.

Ce qui caractérise ce quatrième groupe, c'est la prédominance de microbes divers, plus ou moins suspects,

intéressantes que l'on peut tirer de cette variété d'écoulement.

C'est la goutte *avant les trente-six heures révolues*.

Si l'on attend, le gonocoque sera intra-cellulaire; il sera trop tard.

Le *troisième groupe* présente : gonocoques déformés et rares, cellules épithéliales nombreuses, diplocoques plus ou moins abondants.

Ce groupe est celui des vieilles gouttes contagieuses, c'est le plus grave, le plus sérieux, le plus rebelle à guérir. C'est la goutte des insoucians dangereux, qui gardent du gonocoque dans leur urètre.

Il prouve une très longue histoire antérieure d'infection gonococcique, remontant à des mois ou à des années; on le rencontre chez des malades qui ont un passé très chargé de blennorragies plus ou moins bien traitées, et la découverte de ces rares gonocoques déformés n'est possible qu'au prix de plusieurs examens microscopiques délicats par la méthode de Gram.

Ce sont ces gouttes dont la virulence peut s'exalter en cas d'excès génital, mais dont le porteur a subi à la longue, pour lui personnellement, une vraie vaccination et qui, depuis longtemps, malgré les excès de toutes sortes, ne connaît plus les reprises de blennorragie aiguë.

Ce sont les gouttes éternelles, ceux pour qui l'examen de goutte s'impose et qu'il faut y contraindre.

Deuxième catégorie. — *Le prélèvement contient d'autres microbes que le gonocoque.* — Cette deuxième catégorie comprend les quatrième et cinquième groupes.

1^o Le *quatrième groupe* présente : très abondants diplocoques prenant le Gram, polynucléaires abondants.

Ce qui caractérise ce quatrième groupe, c'est la prédominance de microbes divers, plus ou moins suspects,

avec d'abondants globules de pus. Dans cette flore polymicrobienne nous avons vu les genres divers de pseudo-gonocoques que l'on peut y trouver, ce sont les associés de la « bande noire ».

Évidemment, le gonocoque, agent de contagion de la blennorragie, ne s'y trouve pas, mais ces associations de colonies abondantes de diplocoques sont très rebelles.

L'abondance des polynucléaires accentue l'importance que l'on doit accorder à ces diplocoques. Ils sont la preuve d'une infection en activité.

Ici, c'est encore la méthode de Gram qui s'impose pour bien séparer, au milieu de ces colonies, ceux qui ne prennent pas le Gram des autres diplocoques. Nous verrons au paragraphe des « vetos » pour le mariage ce qu'il faut penser du quatrième groupe.

2° Le *cinquième* présente : surabondance de diplocoques prenant le Gram, nombreux cocci sans caractère nettement déterminé.

Ce sont souvent les gouttes où le pseudo-fallax de Rousseau est l'élément principal; ce sont les urétrites justiciables du grand lavage ALCALIN, comme nous l'avons expliqué au cours de l'étude des faux gonocoques. C'est souvent l'élément de la goutte du « vieux chaudepissard » dont le passé génital se compte par un nombre impressionnant de chevrons. Ces malades vous disent qu'au moindre excès de coït ou de libations ils sont certains de voir « la vieille coulante » les rappeler à l'ordre, et l'urétrite devient ainsi le baromètre des excès de toute nature. Certains, pour lesquels la pratique du bock injecteur et du lavage est devenu un soin de toilette comme un autre, vous diront qu'ils ont consulté tout le ban et l'arrière-ban des spécialistes « en renom », les tapageurs et les discrets, puis un jour ils ont

décidé de se traiter eux-mêmes. Ils font un lavage ou deux, et tout rentre dans l'ordre.

« Je m'échauffe facilement, voilà tout! » La chaleur a toujours joué, comme le froid, un très grand rôle dans les conceptions pathogéniques de la foule!...

L'explication anatomo-pathologique de ces écoulements « à rechute » réside dans l'état de la muqueuse de ces urètres dont l'épithélium est devenu « infectant » par excellence.

La muqueuse urétrale est dans un tel état de réceptivité qu'elle ne se défend plus et que tout microbe banal, saprophyte du vagin ou autre, engendre avec une poussée d'infection la sécrétion qui en résulte.

Ces malades doivent se méfier au cours de leurs aventures amoureuses.

La moindre « leucorrhée » féminine engendrera une urétrite.

Est-ce là l'urétrite de nature indéterminée dont nous parlions au début, le fameux « échauffement », formule complaisante, avouons-le, puisqu'elle respecte à la fois « le culte de l'idole » et sourit aux hommes mûrs dont elle excuse poliment les défaillances?

Peut-être est-ce là la flore de l'urétrite passagère, dont on se débarrassera avec quelques lavages antiseptiques légers (oxycyanure à 1 pour 5.000 ou 6.000, par exemple, ou encore sublimé à 1 pour 20.000).

Cette flore disparaît vite en tout cas et il faut se garder d'insister par des lavages prolongés, dont le résultat serait de faire apparaître un nouvel élément, les cellules épithéliales, signe d'une irritation trop accentuée de la muqueuse urétrale.

Il faut conseiller à ces malades de faire traiter la leucorrhée de leurs épouses.

La métrite du col de la femme est la cause fréquente

de ces urétrites à rechute, véritables « pituites » de l'urètre, sorte de « leucorrhée urétrale », comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire au cours de cet ouvrage.

Ce qu'il faut retenir avant tout pour les deux groupes de cette deuxième catégorie, c'est que leur constatation dans une sécrétion indique une *infection* qui peut offrir les plus grands dangers.

Quelle est la virulence de ces microbes? Sont-ce des saprophytes ou des pathogènes? La conduite la plus sage est de s'en méfier; ces microbes, inoffensifs pour celui qui les porte, peuvent trouver dans un terrain où ils seront déposés des conditions favorables à l'exaltation de leur virulence. Ils peuvent y retrouver d'autres éléments microbiens auxquels ils vont *s'associer*, et de saprophytes qu'ils étaient, ils vont se transformer en pathogènes. C'est la loi des associations microbiennes, phénomène fréquent en bactériologie. Ne voit-on pas le lapin, qui est réfractaire au « charbon », succomber si on associe au microbe du charbon un autre bacille, comme le *micrococcus prodigiosus*, par exemple? Aussi, en présence du doute où nous sommes sur cette question de la virulence, vaut-il mieux s'abstenir et refuser toute assurance de guérison avant la disparition absolue de toutes ces formes microbiennes.

Nous arrivons à la troisième catégorie, celle des prélèvements *amicrobiens*, qui comprend le sixième et le septième groupe :

1° Le *sixième groupe* présente : de nombreux polynucléaires; des cellules épithéliales.

Le pronostic est réservé; c'est le signe d'une suppuration à l'état latent et qui pourra se réveiller sous la moindre influence irritante.

C'est le groupe « des formes à recrudescence spon-

tanée » que nous allons étudier tout à l'heure. Il ne faut pas cesser le traitement chez ces malades. L'urétrite *sommeille* et l'infection n'est guérie qu'en apparence. Il y a toujours des microphages, donc toujours une défense de l'organisme.

2° Le septième groupe : *il n'y a que des cellules épithéliales.*

Les autres éléments sont absents. C'est le signe d'un urètre guéri, mais c'est aussi quelquefois le signe d'un urètre « trop lavé ». Rappelons-nous le chapitre de l'*Examen de la goutte* et la microbiologie des « urètres trop lavés ».

La muqueuse épithéliale de l'urètre, sous l'influence de traitements irritants ou trop prolongés, se défend en subissant une véritable desquamation.

Les cellules se détachent nombreuses. Cette irritation prolongée, nous l'avons dit et redit, engendrera un état spécial de *réceptivité* de la muqueuse urétrale qui fait qu'au moindre excès de coït la muqueuse de néoformation, qui n'est plus « la bonne muqueuse de défense », s'infectera avec grande facilité.

On constatera alors sur la lame le quatrième groupe.

Il ne nous reste plus qu'à donner une interprétation de ces formes *amicrobiennes* considérées au point de vue de la guérison.

Nous devons admettre que notre embarras est parfois très grand en présence *des gouttes dans lesquelles il n'y a plus de microbes* et dans lesquelles on ne trouve que des éléments anatomiques, à l'exclusion de toute forme microbienne. Nous ne pouvons discuter ici toutes les théories qui ont été émises sur la nature de l'urétrite chronique. Les uns prétendent que *l'urétrite chronique est toujours une infection à gonocoques*, d'autres la considèrent comme une *suppuration aseptique*, une véritable

suppuration d'*origine chimique*. Or, ces deux opinions sont, à notre avis, également erronées.

Nous savons aujourd'hui que le fait de ne pas trouver de microbes dans une goutte *ne prouve pas que l'urètre n'en contient pas*. L'urétrite chronique ne fait pas exception à cette règle, et comme toutes les autres suppurations, elle procède toujours d'un élément infectieux. Cet élément infectieux peut échapper à nos recherches, mais cela ne veut pas dire qu'il n'existe pas. Il nous échappe pour plusieurs raisons; la première, c'est que les espèces microbiennes qui l'entretiennent résistent peut-être à nos procédés de coloration et demandent pour être décelées une technique savante; la plupart du temps, d'ailleurs, ce sont des anaérobies. La seconde, c'est que ces mêmes microbes occupent la profondeur des tissus et qu'ils peuvent être inaccessibles à nos massages, même à nos massages savamment dirigés.

Toutes ces urétrites amicrobiennes sont donc toujours infectieuses au sens scientifique du mot et doivent être tenues pour contagieuses.

Cette discussion doit aboutir à une formule que nous adoptons :

Tant qu'il y a d'abondants polynucléaires, l'infection persiste et reste menaçante.

Le septième groupe, qui ne présente plus ou peu de microphages, est celui qui démontre la disparition de l'infection et prouve que l'incendie est éteint.

Le septième groupe est la formule de guérison.

Ainsi donc, lorsque la majorité des éléments anatomiques constatés est représentée par des cellules épithéliales, on peut affirmer la guérison malgré même la présence de *quelques rares polynucléaires*. Ceux-ci exis-

tent dans tous les filaments sans exception, même dans le filament muqueux qu'entraîne le premier jet d'urine chez des sujets n'ayant aucun passé urétral.

Mais n'oublions pas tout à fait la clinique. Elle nous apprend que les écoulements qui présentent des « recrudescences spontanées » doivent être tenus pour dangereux. Des retours offensifs prouvent que l'affection ne s'est pas modifiée bactériologiquement, que la virulence seule est atténuée. Or ces formes à recrudescence spontanée que nous allons étudier coïncident toujours avec la présence de polynucléaires plus ou moins nombreux dans l'exsudat, les filaments ou le sperme.

Les formes de blennorragie à recrudescence spontanée.

En envisageant tous les aspects microscopiques d'un écoulement pour discerner celui qui n'est plus contagieux des autres sur lesquels plane encore un doute, nous avons fait allusion à certaines formes de la blennorragie qui portent avec elles une menace persistante et doivent laisser le praticien *sur la réserve*, sans hâte de conclure.

Chez certains malades dont la goutte examinée à plusieurs reprises a toujours donné un résultat *négatif*, répondant aux formules que nous venons d'examiner longuement, il peut néanmoins se produire certains retours offensifs bizarres et imprévus, soit isolément, du côté d'un testicule, par exemple, soit même brusquement dans les deux testicules. Ces rechutes sont possibles pendant une période assez longue après la guérison, pourtant constatée cliniquement et bactériologiquement.

Il faut que l'on connaisse ces formes spéciales de la blennorragie et on doit s'en méfier, sans oublier pourtant

que tout blennorragien préfère toujours incriminer une vieille chaudépisse plus ou moins guérie que d'avouer une nouvelle contagion. D'où la maxime que nous avons placée en tête de ce chapitre : « La récurrence d'une blennorragie ancienne est l'excuse commode et habituelle d'une nouvelle contagion. »

Nous proposons d'appeler ces formes « *formes à recrudescence spontanée* » ; elles doivent être tenues comme particulièrement dangereuses.

Alors même que l'examen bactériologique a montré que la virulence de l'affection s'est ralentie au point que l'examen est négatif ou douteux, si l'on place ce malade en observation, c'est-à-dire s'il cesse de faire tout traitement, au bout de très peu de jours on peut voir *spontanément* se produire par exemple une orchididite avec tout son cortège clinique de réactions douloureuses et parfois même dramatiques (température 40° 5, état saburral des voies digestives, etc.). Dans la majorité des cas, le surmenage, la fatigue, les excès sont en cause, mais les accidents peuvent se produire spontanément. Ils se traduiront dans d'autres cas par une poussée de prostatite. Le malade, qui se croyait guéri, accuse subitement une douleur très vive dans le fondement; le toucher rectal révèle une poussée de prostatite.

La forme à recrudescence spontanée se traduira parfois par une poussée aiguë de cystite du col vésical, survenant toujours chez un malade qui se croyait guéri mais dont la virulence microbienne de l'infection n'était qu'atténuée apparemment.

Nous avons voulu à dessein placer cette « forme » au chapitre de la guérison de la blennorragie parce qu'elle est très utile à connaître et qu'un clinicien averti ne doit jamais l'ignorer, d'abord parce qu'il pourra pré-

venir son malade de cette éventualité et devancer même ces accidents, ensuite et surtout il ne devra pas affirmer trop légèrement à un porteur de filaments urinaires, après une blennorragie d'évolution anormale, *qu'il est absolument et complètement guéri* et à l'abri de toute espèce de rechute.

Voilà pourquoi nous considérons comme indispensable, lorsqu'une demande d'autorisation de mariage se pose chez un de nos clients, de le soumettre à un état d'observation d'une durée *d'au moins deux mois* pour affirmer que nulle rechute imprévue ne viendra révéler à notre malade qu'il est encore porteur d'une infection blennorragique. Nous insistons sur l'importance de ce « carême », qui est une vraie « soupape de sûreté » à la fin d'un traitement. En résumé, toutes les complications de voisinage : épидидymite, orché-épididymite, prostatite, arthrite, uréthro-cystite sont les complications habituelles de la forme spéciale de ces « blennorragies à recrudescence spontanée ». Nous avons eu l'occasion de constater ces formes à maintes reprises dans notre service d'hôpital, alors que les hommes qui y sont cloîtrés, condamnés au repos absolu, ne pouvaient invoquer pour cause de leur rechute ni fatigue, ni traitement intempestif, ni coït infectant.

Il semble là qu'il s'agisse vraiment d'une question de terrain ou de prédisposition spéciale pour l'évolution de la blennorragie. Encore un exemple de plus à l'appui de cette idée en matière de pathologie : il n'y a pas de « maladies » à proprement parler; il n'y a que des « malades ».

Pratiquement donc, il faut connaître ces formes qui sont exceptionnelles et il ne faut pas en exagérer la fréquence ni en multiplier les constatations, car la contagion nouvelle est l'histoire de tous les jours; la rechute

n'est que rarement spontanée. Ne nous laissons pas abuser; c'est si tentant pour le blennorragien impénitent d'invoquer pour sa compagne, justement ombrageuse, une faute passée dont l'ancienneté commande l'indulgente prescription!

Il faut même admettre que cette facilité avec laquelle les malades accusent leur première chaudepisse n'a pas peu contribué à répandre la vieille croyance : « Dieu sait quand on guérit! » dont Ricord faisait un dogme, et qui en réalité ne repose sur rien.

On guérit très bien une chaudepisse, mais on ne change pas le tempérament des chaudépissards. Ils seront et resteront éternellement la proie du gonocoque.

Pour certains, évidemment, c'est le même écoulement qui revient, mais pour nombre d'autres, et ils sont légion, ce sont plutôt des alliances gonococciques qui aggravent la situation; le champ de bataille reste le même, mais l'ennemi s'est renforcé, et il est bien inutile de chercher l'origine de certaines alliances!

D'ailleurs, comme nous l'avons dit déjà, nous n'avons pas à rechercher la source à laquelle a été puisée une chaudepisse; il faut même nous bien garder de glisser sur cette pente, où le malade veut toujours nous entraîner.

L'urétrologue à ce point de vue doit ignorer toujours, douter souvent, n'affirmer jamais!...

Le carême de la guérison.

A blennorragie longue, réceptivité éternelle de l'urètre.

Deux erreurs capitales dominent la conception que l'on a habituellement de la blennorragie. Quel est exactement son début? Quand est-elle vraiment terminée?

Le début ou ce qu'on appelle « le début » est généralement la période d'état.

Quant à l'interprétation de la fin exacte d'une chaudepisse, elle explique toutes les fausses guérisons.

Les rechutes, l'hygiène « à rebours » des blennorragiens qui se croient guéris parce qu'« on le leur a dit » ont pour résultat lamentable la contamination, les retours offensifs du mal, l'augmentation formidable des blennorragies, etc., etc...

Il y a donc *une convalescence de chaudepisse*, oui certes, comme il y a « un carême » de guérison que le blennorragien doit suivre à la lettre, mais encore faut-il que *son carême* lui soit prescrit et formulé. Il porte sur l'hygiène générale du malade, il a trait à la reprise de la vie normale et vise les deux grands facteurs de rechutes qui sont les boissons et la question de la vie sexuelle. « On pourrait presque poser en principe, dit le D^r Renault, qu'il est aussi difficile d'obtenir la disparition d'un écoulement que d'en maintenir la suppression définitive. »

C'est que la susceptibilité d'un urètre est fonction de la durée de la chaudepisse; plus elle aura été courte, moins la muqueuse restera sensible.

Voici le malade débarrassé de son cauchemar. Les urines sont miroitantes (ce qui, isolément, ne prouverait rien), mais la spermoculture n'a rien révélé après les épreuves irritatives. Il y a bien encore quelques filaments dans le verre, à la première émission d'urine, mais après une longue blennorragie on n'arrive guère à les supprimer. L'urétrologue a dit de n'en plus tenir compte et il a eu raison, mais la réceptivité de la muqueuse urétrale n'est pas éteinte, et le moindre excès, sachez-le bien, peut dans certains cas remettre le feu aux poudres.

Or, abstraction faite d'un régime sévère et longtemps

prolongé, possédons-nous quelques moyens d'affermir le canal, en un mot de l'aguerrir contre les excitations multiples auxquelles il est exposé quotidiennement? Catégoriquement nous pouvons répondre : non. La continuation plus ou moins persistante du remède, qui a réalisé la guérison, ne servirait à rien. Bien au contraire, à la longue, il irriterait le canal et risquerait de reproduire la goutte, qui souvent, pendant des semaines, a défié les efforts du spécialiste. Aucun recours non plus à attendre de toutes les médications dites anticatarrhales, qui pourraient être prescrites à l'intérieur.

C'est au régime et à l'hygiène seuls qu'il faut s'en référer, et alors, quelles recommandations expresses doit-on adresser au malade?

Au point de vue des boissons le patient se contentera d'eau rougie, très diluée; les liqueurs, les apéritifs seront rigoureusement interdits.

Les longues marches poussées jusqu'à la fatigue, les bains de mer ou de rivière, l'équitation et surtout la bicyclette, qui tend à congestionner les organes pelviens, ne seront pas autorisés.

En ce qui concerne les aliments solides, la consigne sera moins sévère, mais il faudra éviter les mets vinaigrés et acides et surtout au moment de la saison, les asperges, qui fluxionnent les voies urinaires.

Maintenant, ce qui est très important à connaître, c'est le temps pendant lequel cette existence draconienne doit être maintenue.

Or, rien n'est plus difficile que de fixer une échéance ferme. La guérison ne permet en aucune façon d'apprécier la résistance du canal aux chocs de la vie normale.

Nous pensons qu'il faut au moins un *carême de deux bons mois* avant de revenir aux boissons alcoolisées telles que le vin, les liqueurs, etc...

Les précautions seront surtout multipliées à l'occasion des rapports même avec une femme très saine. Il importe que le contact ne soit ni trop fréquent ni trop prolongé.

Qu'il nous soit permis, la question est d'importance, d'entrer dans quelques détails.

La question de la reprise de la vie sexuelle. — Est-il indispensable pour reprendre la vie sexuelle d'attendre le délai du carême que nous avons fixé à deux mois? Il faut compter avec le besoin impérieux de rapprochements chez certains malades et par conséquent avec l'éréthisme constant qui en résulte.

On recommandera au blennorragien guéri d'attendre le plus longtemps possible. Mais le rapprochement une fois permis sera très court. « L'amour prudent doit être alerte », disait le père Ricord.

Méfiez-vous, répéterons-nous après lui, « des coïts paresseux ou raffinés qui s'attardent ou n'en finissent pas... »

Mais lorsque les rapprochements sexuels pourront être permis, il y a encore des précautions à prendre, si l'on veut se mettre à l'abri de toute récurrence.

Il importe d'abord de se méfier du moment des règles. Le flux menstruel, étant très irritant, ne manquerait guère de provoquer une nouvelle goutte. Aussi la prudence exige-t-elle de s'abstenir un à deux jours avant l'époque présumée et de ne reprendre un contact qu'après terminaison très complète. Dans le cours d'une nuit, le coït ne sera pas renouvelé. Il aura lieu le soir et le sujet prendra la précaution d'uriner auparavant. J'attache à cette recommandation une grande importance pour la double raison que voici : si par hasard, les quelques filaments, qui persistent à peu près toujours dans le canal et que la première miction expulse, contenaient

encore des microbes, la femme risquerait d'être infectée. Il suffit de rappeler les conséquences désastreuses qui pourraient en résulter : métrite, salpingite, ovarite, stérilité, interventions chirurgicales plus ou moins graves. D'autre part, il faut se rappeler que les flueurs blanches, si fréquentes surtout chez les femmes qui habitent les grandes villes, s'accumulent pendant la nuit dans le vagin et peuvent, par leur contact, irriter l'urètre. Enfin, en dehors des rapports sexuels, le malade s'abstiendra de toute excitation génésique et le coït ne sera pas renouvelé plus de deux ou trois fois par semaine.

Sous réserve de la mise en œuvre de ces conditions, le sujet sera à l'abri des récidives. Mais encore une fois, il ne doit pas oublier que sa muqueuse urétrale nécessite de sérieux ménagements, pour un temps qu'il est bien difficile de limiter, étant données les susceptibilités individuelles, si l'on veut éviter le retour des germes nocifs. En conclusion, les prouesses génitales seront interdites!

Tel est le carême de la guérison que nous devons « prêcher » à nos patients en souhaitant « pour eux » qu'ils l'observent...

Et si de les convaincre vous n'emportez le prix... dites-vous : « J'aurai du moins l'honneur de l'avoir entrepris. »

LA BLENNORRAGIE ET LE MARIAGE

Si nous devons mettre une maxime en tête de ce chapitre, nous dirions pour tous les médecins auxquels leur client posera cette grave question : « Suis-je guéri et puis-je me marier? » — « *Tout fiancé encore porteur de goutte doit passer au crible expérimental.* »

La question de la blennorragie et du mariage est courante en clientèle. Elle se pose tous les jours, elle est du

plus grand intérêt, non seulement pour l'individu, mais aussi pour la société et l'espèce.

Elle a été posée déjà par la Société de Prophylaxie sanitaire et morale sous la forme suivante : *Peut-on permettre le mariage à un jeune homme dont le canal n'est pas complètement sec et le premier verre d'urine complètement vierge de tout filament?*

C'est en somme la forme sous laquelle se pose quotidiennement le problème. Disons tout de suite qu'il n'est pas des plus faciles à résoudre.

Le malade demande une réponse; *il faut la lui donner.*

Nous venons d'étudier ce que l'on peut attendre de la spermoculture, obligeant l'urètre du malade à livrer tous ses secrets, en vidant tous ses exsudats.

Il ne reste plus qu'à interpréter pour le mariage les diverses préparations que nous avons tout à l'heure classées en trois catégories.

Ne nous attardons pas et ne revenons pas ici sur la discussion portant sur chaque groupe; cet exposé n'avait qu'un intérêt clinique, parfois anatomo-pathologique ou thérapeutique; ici, c'est une ligne de conduite, c'est la réponse à donner au malade qu'il faut formuler.

Si l'on consulte les opinions des divers auteurs sur cette question, on se heurte à deux théories diamétralement opposées.

Les premiers n'exigent que la *disparition pure et simple du gonocoque* dans le prélèvement. « Si l'examen microscopique et les cultures, disent les adeptes de cette dernière école, *ne permettent pas de déceler l'organisme de Neisser*, peu importe les autres éléments anatomiques. L'écoulement n'est plus qu'une sécrétion banale, ne présentant aucun danger. » Cette école est vraiment par trop simpliste. Seule la goutte gonococcique comporterait le veto au mariage.

Les adversaires de cette école, plus réservés, invoquent la difficulté de dépister le gonocoque dans les prélèvements et suspendent systématiquement leur autorisation *tant que goutte et filaments n'ont pas complètement et entièrement disparu*. Cette théorie est encore excessive.

La vérité nous paraît *peut-être*, avec M. Noguès, *entre ces deux opinions extrêmes*, car toutes les sécrétions urétrales sont loin d'avoir la même signification.

La pratique quotidienne nous montre que beaucoup de nos malades porteurs d'une petite sécrétion urétrale, avec quelques filaments, sont restés guéris et inoffensifs pour leur épouse. En vingt ans de pratique nous avons pu le constater, et combien de nos confrères peuvent affirmer la même chose.

Concluons, car il est inutile de pousser trop loin cette discussion, et nous répétons que « ce serait une exagération que de vouer au célibat tous les jeunes hommes dont l'urètre n'est pas complètement sec et dont le premier verre n'est pas indemne de tout filament ».

Il faut pourtant *une formule* qui serve de guide au médecin, et lorsque le laboratoire lui soumettra le résultat d'un examen, tout praticien devra pouvoir émettre une opinion; voici celle que nous lui suggérons.

Il faut envisager les divers cas qui peuvent se présenter. Nous avons vu que les divers groupements d'éléments, sur une *lame* vue au microscope, peuvent se ramener à sept, que l'on peut classer en trois catégories. Pour la première catégorie (la goutte gonococcique), *c'est le veto le plus absolu*; aucune autorisation ne peut être donnée; le malade est contagieux, aucune hésitation à avoir.

Il sera traité comme il convient et l'autorisation ne sera donnée qu'après avoir fait passer le malade par le crible expérimental et même l'avoir obligé à *deux mois*

d'attente avant de prononcer l'autorisation (formes de blennorragie à recrudescence spontanée).

Pour la deuxième catégorie, la *goutte microbienne sans gonocoque*, c'est encore le même veto, car la contagion reste possible et nous n'avons pas le droit de faire courir pareil risque à un malade et à son épouse.

Il faut soigner et, mieux, guérir ces urètres. La reprise du traitement bien dirigé fera passer ces écoulements de la deuxième catégorie dans la troisième.

Pour la troisième catégorie, *les gouttes amicrobiennes*, il faut distinguer.

Pratiquement, il ne doit y avoir que peu ou pas de *polynucléaires*.

Qu'on se reporte à ce que nous avons dit lors de la discussion sur chaque groupe et en particulier sur le sixième groupe. Nous sommes amenés ainsi à trouver dans le septième groupe de la troisième catégorie la vraie formule de guérison d'une blennorragie : c'est celle-là qu'il faut *théoriquement adopter*.

N'oublions pas de conserver toujours comme soupape de sûreté *le carême de guérison* exigible pour certaines formes de la maladie. Voici un tableau résumé qui fixera les idées :

TABLEAU

1^{re} CATÉGORIE. — *Il y a du gonocoque :*

Veto absolu au mariage (contagion).

2^e CATÉGORIE. — *Il y a d'autres microbes, mais pas de gonocoque :*

Veto absolu au mariage (contagion possible).

3^e CATÉGORIE. — *Il n'y a pas de microbes.* Il faut distinguer :

a) Beaucoup de polynucléaires :

Veto au mariage (formes à recrudescence spontanée).

b) Très peu de polynucléaires :

Le mariage est permis.

CONCLUSIONS. — Voici quelles sont les conclusions que nous devons formuler en présence d'une demande d'autorisation de mariage de la part d'un homme, soit que nous l'ayons soigné nous-même, soit qu'il nous arrive pour avis :

1° On devra être sévère, *mais ne jamais être absolu* ;

2° Faire passer le malade par les épreuves classiques ;

3° Être bien certain de la valeur des examens microscopiques faits après les prélèvements dans les conditions que nous avons énumérées ;

4° La formule bactériologique idéale sera l'absence de gonocoques et de toute autre forme microbienne, l'écoulement restant exclusivement constitué par des cellules épithéliales.

C'est là, redisons-le, une formule bactériologique idéale de guérison ; malheureusement, nous sommes appelés à donner notre opinion dans une quantité de cas plus douteux et bien moins simples. Alors il faut, comme nous le disions plus haut, être sévères en pensant cependant qu'*en matière de science il n'y a rien d'absolu*.

Notre dernier avis, malgré toutes les précisions que réclame l'intéressé, sera la formule que nous avons tous adoptée et que nous donnons ici dans sa forme la plus résumée, la plus concise et la plus scientifique :

« *Étant donnés, Monsieur, les moyens scientifiques d'investigation dont nous disposons, je ne trouve dans l'examen complet que je viens de vous faire subir aucun élément qui me permette de dire que vous n'êtes pas guéri.* »

Que l'on sache bien qu'il ne s'agit pas là d'une réponse ambiguë qui cache un faux-fuyant ou dont les termes paraissent empruntés aux paysans de Normandie. C'est la vraie et la seule réponse à faire quand on est en présence, d'une part, d'un résultat microscopique et, d'autre part, d'un malade désireux d'emporter une précision.

Nous tenons à cette formule pour le malade et pour le médecin. Pour le premier, c'est l'assurance qu'aucun moyen n'a été négligé, et dans la bouche de l'urétrologue auquel il accorde sa confiance cette formule devient une assurance formelle. Pour le second, c'est le moyen de rester sur le terrain scientifique dans un ordre d'idées spécial, où les avis trop « absolus » ne sont pas toujours les plus autorisés...

LES SÉQUELLES DE LA BLENNORRAGIE

I. — Les gouttes éternelles.

Il y a un moment où vouloir tarir une goutte c'est l'installer pour toujours.

Il en est de certains écoulements un peu comme des neiges qui recouvrent le sommet de certaines montagnes : elles sont éternelles.

Vieilles gouttes des R. A. T., des territoriaux et des retraités, que n'a-t-on pas fait pour vous voir disparaître ?

Il y en a de si anciennes qu'elles appartiennent à l'histoire, et nous devons citer ces « monuments » comme des exemples frappants de la résistance incroyable des urètres et des préjugés.

Le vieux maître Ricord cite l'exemple d'un « chaudepissard » qu'il a soigné en 1840 pour un écoulement qui datait de la paix d'Amiens, c'est-à-dire de l'an de grâce 1800. Quarante ans d'existence pour une goutte ! Elle avait vraiment droit à la « citation ».

Le malade de Desormeaux est encore plus remarquable. Il s'agit d'un ancien officier dont la goutte, « très militaire », persistait depuis sa première blennorragie, contractée en Bohême pendant l'occupation des Français

en 1813. Il vint consulter seulement en 1863; mieux vaut tard que jamais!

Il n'est pas difficile de multiplier les observations de cas analogues.

Nous avons eu nous-même un vieux maître dans les hôpitaux qui racontait à qui voulait l'entendre que sa première goutte, contractée à dix-huit ans, n'avait jamais tari.

Il est mort avec elle à soixante-douze ans.

Ces gouttes intarissables portent différents noms. On les désigne sous les noms variés de « goutte militaire » ou « goutte matinale »; la *blennorrhée*, nous l'avons dit déjà, nous semble le terme le meilleur et celui qui correspond le mieux à cet état spécial de l'urètre.

Quelle définition peut-on donner de la blennorrhée? Nous l'empruntons au professeur Guyon :

« Elle existe, dit-il, toutes les fois que les phénomènes inflammatoires du canal se sont apaisés au point de permettre à la miction et aux érections de se faire sans douleur et que l'écoulement est devenu plus fluide, moins coloré. Il s'agit alors d'une vraie blennorrhée. »

Comment arrive-t-on à créer ces gouttes éternelles?

Nous avons vu au cours de cette étude combien d'erreurs le traitement de la blennorrhagie a suscitées et combien à notre époque encore, il faut l'avouer, le traitement et la défense contre la blennorrhagie sont négligés.

Les causes qui peuvent déterminer l'installation d'une blennorrhée sont multiples. En commençant par les moins fréquentes, on peut invoquer d'abord les causes qui entretiennent d'une façon permanente une irritation du canal chez des malades insuffisamment traités, comme l'usage de mets trop épicés, trop ragoûtés, les excès alcooliques, les retours hâtifs ou immodérés au coït, la masturbation chez le blennorrhagien solitaire que tourmentent les érec-

tions, etc., autant de causes qui rallument et font persister la phlegmasie urétrale en voie d'extinction.

Les blennorragiens sont rares, comme le disait spirituellement un médecin, qui, conformément au vieux précepte de Paré, « tiennent bonne manière de vivre et évitent toute chose qui échauffe le sang ».

En général, la grande et vraie cause qui crée la goutte éternelle, c'est la blennorragie mal soignée. C'est en effet une des maladies que tout le monde se croit le droit de diriger : charlatans qui répandent la formule de leurs néfastes injections prétendues abortives, commerçants qui ne peuvent refuser à leurs clients un conseil souvent maladroit pour ne pas avoir l'air, après tout, de se dérober à une demande gratuite de conseils, suivie forcément de l'offre un peu moins désintéressée d'un produit en vogue ! Le matin, dans notre service, l'interrogatoire de nos hommes nous a valu plus d'une histoire « piquante » sur tout ce que le blennorragien peut essayer quelquefois pour guérir « sa coulante » ; nous en avons enregistré, des modes de traitement, à cette consultation où pendant des années défilaient des milliers de sujets !

L'administration d'injections non calculées, l'application de méthodes contradictoires, toutes ces thérapeutiques d'affolement des malades (Pousson) contribuent fréquemment à transformer en blennorrhée éternelle une urétrite qui ne demandait qu'à guérir. Ajoutons à cela la question si importante du tempérament chez les lymphatiques, les scrofuleux, les arthritiques, gens plus prédisposés que d'autres à la blennorrhée, ce qui faisait dire au professeur Guyon que « *la blennorragie peut servir quelquefois de pierre de touche à la santé générale* ».

Il importe de faire ici, pour expliquer la persistance de ces gouttes, un peu d'anatomie pathologique. Les lésions créées par l'urétrite chronique ont été très bien mises en

relief par les recherches déjà anciennes de Voillemier, de Zarnowski, d'Ampitz, de Grunfeld, de Jamin. Ces travaux nous ont montré que la lésion est localisée à la partie profonde de l'urètre antérieur, dans le cul-de-sac du bulbe; quelquefois aussi elle occupe l'urètre postérieur. L'inflammation est localisée non seulement à la muqueuse elle-même, mais elle s'étend aux glandules qui en dépendent et qui sont situées dans la couche musculaire sous-jacente.

L'urétroscopie a apporté encore sur la question, avec ses moyens d'investigation, de grandes précisions.

A l'urétroscope, la muqueuse présente les lésions de l'inflammation chronique; on y voit les callosités et les placards de desquamations épithéliales, d'exulcérations, d'infiltrations profondes du tissu sous-muqueux.

Les signes de la blennorrhée sont si connus qu'il est presque inutile de les décrire. Ils varient pourtant un peu, selon que les lésions sont localisées à l'urètre antérieur ou à l'urètre postérieur.

Dans le premier cas, c'est un suintement peu abondant, apparaissant le matin et faisant souvent défaut pendant le reste de la journée. Cet écoulement forme sur le linge des placards peu étendus, à bords irréguliers, non festonnés, de coloration très variable. Le verre d'urine matinale contient des filaments, les uns déliés, légèrement renflés à leurs extrémités, les autres courts, punctiformes. Dans le second cas, à ce suintement et à la goutte matinale s'ajoute un écoulement intermittent, survenant à des intervalles plus ou moins éloignés, soit spontanément, soit surtout au moment de la défécation ou de l'exploration du canal par le toucher rectal.

Le malade a parfaitement conscience de ce suintement. Cette issue brusque du liquide, véritable « éjaculation en miniature », se produit toutes les fois que le liquide puru-

lent accumulé entre le sphincter urétral et le col de la vessie est soumis à une pression suffisante pour forcer l'urètre membraneux.

L'urétroscope permet dans ce cas de localiser les lésions à l'urètre postérieur et de confirmer ainsi le diagnostic clinique.

La blennorrhée ne s'accompagne pas de douleurs, elle ne détermine pas de modification de la miction. C'est ce qui fait que les porteurs de goutte ne se tracassent pas et ne se préoccupent pas de la présence de leur vieil écoulement...

Faut-il faire quelque chose et peut-on encore guérir ces vieux écoulements?

Nous répondrons que certainement on peut quelque chose *et que l'on doit toujours s'inquiéter de la nature de cet écoulement.*

Au risque de nous répéter, nous redirons ici : on peut être bien guéri même avec une goutte persistante, ne l'oublions pas, mais il faut *savoir toujours ce qu'il y a dans une goutte.*

Ce qui est important, *c'est de savoir si le fait de passer au travers de ce que nous avons appelé le crible expérimental de la guérison de la blennorragie fera sortir le malade de cet examen sans que s'élève le moindre soupçon de contagion.*

Ambroise Paré disait jadis : « S'il ne sort plus de sanie, lors tu pourras espérer le patient guéri. » La formule est simple mais pas plus saugrenue que celle de cet urologiste qui trouve « dans les urines miroitantes » la preuve de la guérison!

Il y a, comme nous le disons et le répétons, des *gouttes auxquelles il ne faut plus toucher*, mais nous pensons que toute espèce de porteur de goutte doit se soumettre au moins une fois à la série des épreuves qui permettront

au médecin spécialiste de lui dire s'il doit encore faire du traitement, *non pas pour arriver à obtenir un assèchement de son canal, ce qui est irréalisable*, mais pour savoir purement et simplement si son écoulement est dépourvu de toute espèce d'éléments contagieux.

Voilà pourquoi mon vieux maître avait tort de parler de « sa goutte éternelle » avec cette insouciance mêlée d'humour qui faisait sourire ses jeunes élèves.

Il omettait de nous dire, ce dont il était sûr d'ailleurs, que sa blennorrhée n'avait plus aucun caractère contagieux !

Il ne cherchait plus sa disparition parce qu'il se savait guéri, de cela d'abord et d'autre chose !...

Son âge lui faisait parler un peu volontiers de « sa goutte »... Elle lui rappelait le temps où « elle et lui » avaient été jeunes !...

L'heure des balsamiques.

Certains traitements ont fait
plus de gouttes éternelles que
tous les gonocoques réunis.

Nous avons déjà longuement insisté sur la pathogénie de l'urétrite et sur l'élément « sécrétion » dans la blennorragie, facteur primordial « de défense » de la muqueuse et symptôme « très secondaire » au point de vue thérapeutique, car le supprimer ou seulement l'atténuer *ce n'est pas guérir la maladie !*

Le malade, pourtant, par besoin sans doute de ne pas donner l'éveil, et puis parce que la sécrétion a un caractère vraiment répugnant, ne souhaite qu'une chose, « ne plus couler ». Il ne s'inquiète pas de savoir s'il est encore contagieux, il « se frappe » seulement parce qu'il « coule toujours »...

Ce qu'il veut, c'est un canal sec, « asséché », et la poursuite de ce but illusoire est peut-être la cause la plus vivace de tous les errements en cours, l'origine de toutes les méthodes nuisibles qui ont dirigé et dirigent encore, hélas ! la cure d'une blennorrhagie.

Certains traitements de chaudepisse, disions-nous au début, ont fait plus de gouttes éternelles que tous les gonocoques réunis. C'est que le premier geste du blennorragien au début de sa chaudepisse est de prendre des balsamiques. Or, en prendre à cette période, c'est essayer de lutter contre un écoulement qui n'est « qu'une réaction ». Ce n'est pas le moment !

Donner des balsamiques *au début* d'une chaudepisse, c'est *annihiler* la sécrétion de défense de la muqueuse en présence du gonocoque.

Donner des balsamiques *à la fin* d'une chaudepisse, quand le gonocoque a disparu de la goutte, c'est tenter rationnellement d'atténuer une sécrétion glandulaire trop abondante pour cette raison toute simple qu'à force de sécréter, « la fonction » a fini par faire augmenter le volume de « l'organe ». Celui-ci a triplé de volume et il continuera à sécréter, même après disparition de l'agent infectieux, si on n'essaie pas de tarir cette « pituite urétrale » par un balsamique approprié.

Nous voyons donc tout de suite *ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire*.

Ce qu'il ne faut pas faire, selon le fameux précepte qui domine la pathologie générale, *primum non nocere*, c'est combattre dès son début la réaction de défense de l'urètre à l'infection.

Si l'on donne trop tôt à un malade des balsamiques, son urètre sécrètera moins, c'est entendu, mais il se défendra bien moins aussi. Ce qu'il faut à cette période, c'est un agent destructeur organisant un tir de barrage

contre l'ennemi qui accourt. Le choix de cet antiseptique n'est pas indifférent, et nous avons jugé cette question. Son degré de nocivité doit être envisagé à l'avance, pour se bien garder de détruire par un antiseptique trop agressif une muqueuse déjà frappée de moindre résistance par l'infection débutante. « Il faut à cette période, disions-nous, une chiquenaude. Ne tirez pas avec un 420! »

Ce qu'il ne faudra pas faire, nous l'avons dit et redit, c'est « attendre » pour organiser cette défense, car la sécrétion, fonction de défense, sera d'autant plus intense que l'infection sera plus virulente et aura été plus tardivement maîtrisée.

Que faut-il donc donner comme balsamique? Quels sont les balsamiques de choix?

On pourra donner le santal, soit isolément, soit encore associé au bleu de méthylène.

Nous recommandons tout particulièrement le mélange très heureux et très efficace de santal au bleu de méthylène, qui n'a qu'un inconvénient pour le malade : c'est d'éveiller peut-être l'attention de son entourage. Le bleu de méthylène colore les urines, et dans certains cas son emploi nécessitera des précautions spéciales. Il faut, en tout cas, toujours prévenir son malade de cette éventualité.

On peut prescrire encore le copahu, le cubèbe, etc.

Tous ces balsamiques ont été présentés sous forme de spécialités très connues.

Il faudra surveiller de près l'estomac des malades soumis aux balsamiques.

Dans notre service, nous donnions l'opiat, sous forme de boulettes. 4 à 6 boulettes par jour, à prendre au début des repas.

La formule de l'opiat est la suivante :

Opiat (électuaire composé) :

Poudre de poivre de cubèbe . . .	150 grammes.
Poudre de cachou	50 —
Baume de copahu (1).	25 —
Poudre de gentiane.	q. s.
Magnésie calcinée.	7 —
Essence de menthe	3 —
Eau et glycérine . . . q. s. p.	300 —

Faire des boules d'opiat que l'on avale, 4 à 6 par jour.

Après un usage prolongé des balsamiques, l'écoulement arrive à être réduit au minimum et il n'y a plus lieu d'en tenir compte si nous rappelons ce que nous avons dit des résultats de l'examen microscopique.

Nous devons alors tranquilliser notre malade, lui donner une absolue confiance à ce tournant de sa maladie et l'engager à reprendre en toute sécurité une vie normale et les rapports conjugaux.

Il faut bien lui dire que ce suintement, cette « humidité » du canal *n'a aucun inconvénient*.

La reprise des rapports achèvera encore de l'atténuer, car la sécrétion prostatique filante, claire est très accentuée « chez les continents »; la glande ne se vide bien et complètement *que par le coït*, qui est le vrai *massage physiologique de la prostate*, nous l'avons dit en traitant du massage prostatique.

Mais si cette confiance en la guérison n'est pas nettement établie, le doute persiste chez le malade, qui reste inquiet. Au bout de peu de temps, la persistance de ce

(1) Le baume de copahu est aussi connu sous le nom d' « oléo-résine de copahu ».

souci peut devenir « malade » et le blennorragien verse dans cet état spécial que nous allons étudier maintenant sous le terme général de « névroses de la blennorragie ».

II. — Les névroses de la blennorragie.

Il est parfois plus facile de chasser le gonocoque de l'urètre que sa hantise chez un obsédé.

Le fait d'être porteur d'une goutte intarissable arrive à créer chez une catégorie de malades un état de névrose tout à fait inquiétant. C'est même là la complication tardive la plus sérieuse que puisse engendrer la blennorragie lorsque le crible expérimental de guérison a prouvé que cette blennorragie n'avait plus rien de contagieux.

Chez un certain nombre, et en particulier chez les prédisposés, les intellectuels névropathes, chez ceux que la contagion a surpris au milieu d'illusoires précautions, on peut voir se développer cet état très spécial, consécutif en général à une blennorragie de longue durée.

Souvent le fait d'avoir surveillé trop longtemps leur méat urinaire a fini par déterminer chez ces malades le besoin maladif de contempler leur urètre à des intervalles très fréquents. Ce besoin les pousse à se livrer sur la verge à des tractions incessantes pour arriver à faire sourdre le plus souvent une goutte insignifiante mais dont le soupçon les exaspère et leur fait redouter un retour offensif de la maladie.

Nous nous rappelons l'exemple d'un malade, en particulier; cet homme, très prévoyant et qu'une jeunesse très studieuse avait tenu éloigné de ce qu'on est convenu d'appeler « la vie de jeune homme », redoutait plus que tout les avatars des rencontres amoureuses.

Un jour, après de mûres réflexions, nous racontait-il,

il s'était décidé, sans trop savoir pourquoi, à accepter les faveurs d'une dame très bien, dont l'excellent mari, son ami bien entendu, avait été pour lui « la raison déterminante » au seuil de cette malencontreuse aventure !

S'il n'y avait pas eu « le mari », jamais il n'aurait osé ; mais « le mari » était là, remplissant une fois de plus son rôle éternel...

Et il s'était risqué. Une longue blennorragie avait été la récompense de cet excès de confiance « dans le mari », auquel il n'avait cessé d'ailleurs d'en vouloir...

Les conseils de personnes « renseignées » avaient, comme toujours, permis à cette chaudepisse de s'aggraver d'une double orchite, et nous avons eu l'honneur de l'avoir pour client à cette période pénible où le chaudepissard côtoie « la grande désespérance ».

Après guérison et épreuves concluantes, il avait repris sa bonne humeur et méditait la leçon, mais il avait gardé cette phobie curieuse l'obligeant à regarder continuellement son méat urétral.

Et cette phobie s'était accentuée au point que notre malade nous avouait que sa profession l'obligeant à se déplacer, il ne pouvait plus voyager qu'en wagon à couloir pour pouvoir à chaque instant jeter un regard inquiet et toujours méfiant sur son urètre !

Cette inquiétude empoisonne littéralement l'existence de certains malades. Chez ceux qui pourront être guidés, cet état névropathique mérite d'être soigné d'une manière spéciale ; chez les autres, on peut prédire qu'ils seront la proie des charlatans.

La maxime du début de ce chapitre : « Vouloir tarir une goutte c'est l'installer pour toujours », se vérifie chez eux. Tarir la goutte, « assécher l'urètre », c'est avec cette idée que se cultive leur névrose. Faute d'être interprétée comme elle doit l'être l'« humidité urétrale » multiplie les

erreurs répandues, certains charlatans proclament sa disparition à l'aide de procédés dangereux : le porteur de goutte devient un lamentable patient, doublé d'un éternel exploité.

Médecins et malades doivent donc bien savoir ce qu'il en est de ces gouttes intarissables.

Les premiers se doivent de détruire cette idée fautive chez leurs clients et les seconds se doivent de ne frapper qu'à la porte où ils trouveront, avec la cure de leur préoccupation, la véritable formule de la guérison.

Nous l'avons dit et redit, un malade « coule » et a une goutte matinale simplement parce que ses glandes sécrètent. Nous avons insisté sur l'importance qu'il y avait dans le traitement à ne pas trop irriter cette muqueuse en voulant détruire le microbe qui s'y embusque.

C'est en se servant de toutes les prétendues solutions abortives ou curatives que l'on a créé les gouttes interminables. Combien nombreux sont ces porteurs de blennorrhagie « matinale », suintement avec le méat collé, la fatale goutte qui apparaît entre les lèvres du méat, quand le malade, le matin, contemple mélancoliquement son méat urinaire que la miction n'a pas encore balayé de ses « sécréta ». C'est une véritable « tache de Macbeth » qui apparaît toujours plus abondante avec les traitements nouveaux et l'essai infructueux d'un prétendu remède toujours infaillible. Ils sont légion, les porteurs de goutte qui courent les spécialistes ! Au bout d'un certain temps, faute d'une direction salutaire, d'une mise au point, ils deviennent les névrosés de la goutte, interrogateurs éternellement penchés sur leur urètre, murés dans leur idée fixe, comme le malade dont nous citons l'observation tout à l'heure.

En présence de cette névrose, que faudra-t-il faire ?

Il faut partir de ce principe que plus on emploiera d'an-

tiseptiques, plus on multipliera les traitements locaux, plus la muqueuse « réagira », plus elle « crachera » ses sécrétions. Cette muqueuse urétrale, incessamment irritée comme la muqueuse gastrique du buveur d'alcool incorrigible, « vomit », elle aussi, de l'eau à son réveil. L'urètre a la « pituite » matinale lui aussi. Donc, la première chose qu'il faudra obtenir du malade sera celle-ci : ne plus faire de lavage, laisser l'urètre tranquille.

Il faut dire ici toute la vérité. Elles se résume dans cette maxime :

Un urétrologue vraiment digne de ce nom devra parfois chasser son client pour le guérir malgré lui.

C'est, en effet, pour cette catégorie de malades qu'il est important que le médecin s'élève un peu au-dessus de sa profession, désireux de faire de la prophylaxie plutôt que de multiplier ses succès de clientèle.

Tous nos confrères connaissent ces clients de nos consultations venant à nous parce que tel ou tel malade guéri a donné notre adresse (toujours la dernière) et venant réclamer le traitement sauveur. Ces clients sont généralement décidés à tous les sacrifices matériels correspondant à leur état.

Leur étonnement est comique lorsque la première prescription qui leur est imposée est « ne plus rien faire du tout ».

Nous demandons à ces pauvres malades de nous accorder le crédit de quinze jours de confiance, de confiance aveugle ! Il s'agit d'obtenir d'eux qu'ils restent une quinzaine sans faire *quoi que ce soit* comme traitement, en ajoutant : « Et surtout pas de nouvelle adresse de médecins !... »

Au bout de ce laps de temps, un examen complet permet de capter définitivement la confiance naissante, condition nécessaire du succès, et de les mettre en face de cette maxime :

« Avoir un suintement n'est rien, savoir ce qu'il y a dedans est tout. »

Nous ne pouvons clore ce court aperçu sur les névroses de la blennorrhagie sans parler de celles qu'engendrent certaines complications persistantes comme la *prostatite* et la *vésiculite*.

Il importe donc de les bien diagnostiquer si l'on veut guérir la névrose. Nous avons vu qu'il existait une forme nerveuse de la vésiculite, c'est à elle que nous faisons allusion.

Il faudra que l'urétrologue remonte à la cause de ces états névropathiques, qu'il recherche la cause initiale. Il lui arrivera de trouver une prostatite mal guérie, une vésiculite ancienne sur laquelle l'attention du médecin n'a pas été suffisamment attirée. Ce sera la meilleure façon de donner confiance à ces malheureux dont on comprend les déceptions et les amertumes.

Ce sont les cas aussi où le patient a souvent plus besoin d'un réconfort moral que d'un béniqué ou d'un massage de prostate!

Il guérira s'il est convaincu de la bienfaisante autorité de celui auquel il s'adresse.

Inutile d'insister sur cette tâche, la plus belle et la plus enviable qu'il nous soit donné de remplir!...

CHAPITRE VI

LA BLENNORRAGIE DE LA FEMME

Se marier porteur d'une goutte suspecte, c'est faire de sa femme une infirme du ventre, la condamner parfois à une péritonite mortelle.

LA BLENNORRAGIE CHEZ LA FEMME.

- 1^o L'importance au point de vue prophylactique du traitement de la blennorrhagie féminine.
- 2^o Les lieux d'élection de la cueillette du gonocoque chez la femme.
- 3^o Les épreuves bactériologiques et les quatre prélèvements chez la femme.
- 4^o Le diagnostic clinique, comprenant : *a*) l'examen de la vulve ; *b*) l'examen de l'urètre ; *c*) l'examen des grandes lèvres et des glandes de Bartholin ; *d*) l'examen des glandes de Skene ; *e*) l'examen du col utérin ; *f*) l'examen des annexes.
- 5^o Le traitement. Son instrumentation ; huit instruments nécessaires.
- 6^o Technique : *a*) pour les glandes de Skene ; *b*) pour l'urètre ; *c*) pour les glandes de Bartholin ; *d*) pour l'utérus.
- 7^o Notre modèle de sonde intra-utérine.
- 8^o Le grand lavage intra-utérin. Sa technique et son code, avec les huit conditions requises pour un bon lavage intra-utérin.
- 9^o Les contre-indications du lavage.
- 10^o Technique de l'injection vaginale. Notre canule spéculum pour les injections vaginales et les grands bains gynécologiques.
- 11^o L'importance de la guérison et le « tennis gono », ou la contagion récidivante chez le malade guéri due à l'épouse qui ne l'est pas.

Maintenant que nous avons, au cours des précédents chapitres, parlé longuement de la blennorrhagie de l'homme, de son traitement, de la façon de poser le diagnostic sur des données précises et scientifiques, une question se pose : le traitement est-il exactement semblable pour la femme ?

N'y a-t-il purement et simplement qu'à donner aux deux conjoints la même ordonnance ? Et notons que si

nous disons aux « deux » conjoints, c'est souvent aux trois et même davantage qu'il faudrait dire...

L'expérience de la clientèle féminine est féconde en anecdotes piquantes.

Il y a certaines femmes auxquelles on peut appliquer sans exagération l'opinion d'un humoriste qui disait de l'une d'elles : « Ce n'est pas un cœur, c'est un bureau de bienfaisance. »

De cette charité, le gonocoque n'est pas soustrait, hélas!... pour le malheur des bénéficiaires!

Nous nous rappelons la visite, un jour, d'une de nos clientes, M^{me} X..., épouse d'un mari irréprochable, venant nous demander un rendez-vous pour « leur ami », professeur de violon, très souffrant, nous dit-elle... sans autre précision...

Le professeur de musique avait sans doute fait vibrer d'autres cordes que celles de son violon...; il avait une urétrite à gonocoques!

Malgré les précautions dont nous avons entouré l'affirmation de ce diagnostic trop évident, hélas! notre homme s'était écrié : « Je n'ai eu qu'une maîtresse, et c'est « elle » qui m'a adressé à vous. »

Le lendemain, la dame voulait être examinée par nous, et le résultat aboutit à la constatation chez elle d'une métrite gonococcique typique!

Le troisième jour, c'était le tour du mari, et, en voyant arriver cette succession de victimes qui en faisait prévoir d'autres, nous pensions : « Ce n'est plus une cliente... c'est une clientèle... »

Ceci est l'histoire de tous les jours. Mais si nous citons cette anecdote, c'est pour bien établir que certaines « donneuses de germes » sont de vraies pépinières chez lesquelles le gonocoque « cultive » et grâce auxquelles il se multiplie.

Pour détruire le gonocoque dans ces « pépinières », nous sommes forcé d'avouer que ce n'est pas facile...

Il faut pourtant *atteindre la source* intarissable qu'est la « gonococcie » féminine.

Le problème n'est pas aisé à résoudre. Nous allons le voir au chapitre de la prophylaxie. *Il faut dire toute la vérité. Nous pensons que la blennorragie de la femme n'est pas seulement mal soignée, la plupart du temps elle n'est pas soignée du tout!*

Et pourtant la conception de la chaudepisse de la femme s'est modifiée depuis un demi-siècle; les observateurs se sont rendu compte que le domaine de cette affection s'était singulièrement étendu.

Jadis, on ne connaissait guère que la vieille leucorrhée des femmes, appelée vulgairement « les pertes blanches », et on n'envisageait pas encore la possibilité d'une propagation au péritoine. On ne connaissait guère que l'urétrite, la vulvite et la vaginite.

West, puis Woggerath en 1872, montrèrent les premiers les relations qui existaient entre la blennorragie de l'homme et les inflammations utéro-annexielles de la femme, phlegmasies qui pouvaient se propager jusqu'au péritoine pelvien. Ces idées eurent un grand retentissement, et on arriva ainsi à la conception exacte de la métrite blennorragique, qui est la localisation du gonocoque sur la matrice.

Toute métrite a pour cause une infection; or, sans aller jusqu'à dire que cette infection est toujours soit d'origine puerpérale, soit d'origine gonococcique, il faut avouer que beaucoup sont d'origine gonococcique. Bien plus, chez une femme récemment accouchée et atteinte de métrite, on peut même envisager l'idée d'une métrite d'origine gonococcique (Thèse de du Bouchet). L'infection utérine puerpérale est l'œuvre d'une quantité