

Maladies des voies urinaires

Ce qu'il faut entendre par guérison de l'urétrite chronique

Par le Dr Lucien Wormser.

S'il est un assez grand nombre de malades qui abandonnent trop vite le traitement des urétrites chroniques et conservent la possibilité ou de disséminer leur mal ou d'en subir eux-mêmes de graves conséquences ultérieures, il faut dire qu'aussi bien l'excès contraire est loin d'être rare.

Un grand nombre de nos malades, hantés par la persistance d'une goutte uréthrale, n'ont de cesse qu'ils n'aient épuisé successivement toute la gamme des médicaments utilisés en vue de leurs propriétés curatives plus ou moins problématiques; ils réclament, d'autre part, des soins prolongés du praticien auquel ils ont, en dernier recours, demandé avis.

Dans quelle mesure doit-on prolonger le traitement, dans quelle mesure aussi doit-on l'abandonner? C'est là un point essentiel et qui a une importance notable pour le malade qui vient nous consulter.

On se trouve en présence d'un malade qui a eu précédemment une ou plusieurs blennorragies, généralement peu ou mal soignées, qui ont duré pendant des temps plus ou moins longs; ils nous demandent de le débarrasser d'une goutte le plus souvent incolore, notable surtout le matin, apparaissant parfois dans la journée et devenant plus forte après un excès quelconque. Notre premier soin sera d'examiner la sécrétion au microscope et on se trouvera en présence d'une des deux variétés suivantes:

Urétrite chronique microbienne;

Urétrite chronique amicrobienne.

A. *Urétrite chronique microbienne.* — On peut trouver au microscope des gonocoques, des pseudo-gonocoques ou d'autres bactéries; il y a lieu de ne pas confondre les gonocoques avec une forme de pseudo-gonocoques fréquente dans les urétrites chroniques, le *micrococcus fallax*, décrit par Rousseau, qui prend le Gram comme le microbe de Neisser et dont nous avons étudié les particularités. Suivant le résultat bactériologique, on emploiera le traitement qui convient; celui-ci, en portant sur les microbes son action curative, guérira complètement l'urétrite, ou bien faisant seulement disparaître l'élément septique, laissera persister une goutte amicrobienne.

B. *Urétrite chronique amicrobienne.* — Il est bien entendu qu'on se trouve en présence d'un cas sur la nature bactériologique duquel on est nettement fixé.

Si, dès un premier examen, on n'a trouvé de bactéries d'aucune sorte dans l'écoulement, on devra faire subir

le traitement d'épreuve (lavage au nitrate d'argent, bière); on examinera la sécrétion le lendemain ou le surlendemain de cette épreuve; si elle a été formellement négative, on peut faire le diagnostic ferme d'urétrite chronique amicrobienne; c'est la forme qu'affectent le plus souvent les écoulements très longs, très rebelles, qui font spécialement l'objet de cette étude.

Une fois le diagnostic microscopique posé, on devra faire uriner le malade dans 4 verres distincts: le premier contiendra des filaments lourds, épais, les 3 autres seront normaux.

Nous éliminons de cette étude les urétrites compliquées de prostatite ou de folliculites uréthrales, qui sollicitent un diagnostic spécial et un traitement approprié, comme le massage de l'urètre sur Béniqué, ou l'usage de dilateurs-laveurs spéciaux. Nous ne donnerons pas non plus d'indications sur la façon dont nous envisageons le traitement de l'urétrite chronique et en particulier des cas rebelles; ce point a été l'objet d'un travail dans cette même Revue.

Nous estimons que, dans l'immense majorité des cas, la chronicité d'un écoulement tient à la formation, à la persistance de brides, de rugosités dans le canal. Nous n'insisterons pas sur la pathogénie de ces brides du canal; dans le travail dont nous parlons plus haut, nous avons montré, par des figures endoscopiques appropriées, comment se formaient, au niveau des régions primitivement lésées par une blennorragie, des plaques blanchâtres de tissu de sclérose, véritables points d'appel des retrécissements du canal.

Nous pensons que ces inflammations chroniques sclérogènes localisées sont les causes exclusives de la goutte persistante; c'est la sécrétion amenée par le processus inflammatoire qui constitue l'écoulement plus ou moins abondant; ce sont les débris de cette sécrétion, retenus en arrière des brides qui, expulsés par le premier jet de l'urine, donnent dans le premier verre les paquets de filaments londs qu'on y trouve en plus ou moins grande abondance.

L'explorateur à boule olivaire donnera d'ailleurs sur ce point une indication franche et précise: on constatera la présence de brides, de rugosités uréthrales, le plus souvent dans la région périnéale, parfois, mais plus rarement dans la région pénienne.

Que faire, en présence de ces indications?

Il faut entreprendre la dilatation méthodique et progressive du canal, non sans avoir soin, et nous insistons sur cette précaution parfois négligée, de faire précéder l'introduction d'un instrument quelconque dans l'urètre, d'un lavage à l'eau boriquée ou mieux à l'oxygène de mercure à 1 pour 2.000.

Nous avons coutume d'employer les bougies jusqu'au No 21, à raison de 2 bougies par séance, renouvelée 3 fois dans la semaine avant de nous servir du Béniqué, dont nous commençons l'usage à partir du 41, à raison de 3 par séance. S'il y a lieu, nous poussons la dilatation jusqu'au Béniqué 60, en faisant la méatotomie galvanique, le jour où le méat empêche l'introduction du Béniqué.

Il est utile de savoir et de faire savoir au malade que,