

## **Le traitement du rhumatisme blennorrhagique / par A. Guépin.**

### **Contributors**

Guépin, Ange Jean, 1866-  
Royal College of Surgeons of England

### **Publication/Creation**

Paris : Aux bureaux du Progrès médical, 1902.

### **Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/db3gmjvr>

### **Provider**

Royal College of Surgeons

### **License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. Conditions of use: it is possible this item is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this item in any way that is permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your use. For other uses you need to obtain permission from the rights-holder(s).



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

12

LE TRAITEMENT

DU

**RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE**

PAR

**Le D<sup>r</sup> A. GUÉPIN**

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris,  
et Professeur libre à l'École pratique de la Faculté de médecine.

---

Extrait du *Progrès Médical*, N<sup>o</sup> 25, 21 Juin 1902.

---

PARIS

AUX BUREAUX DU  
**PROGRÈS MÉDICAL**

14, rue des Carmes, 14

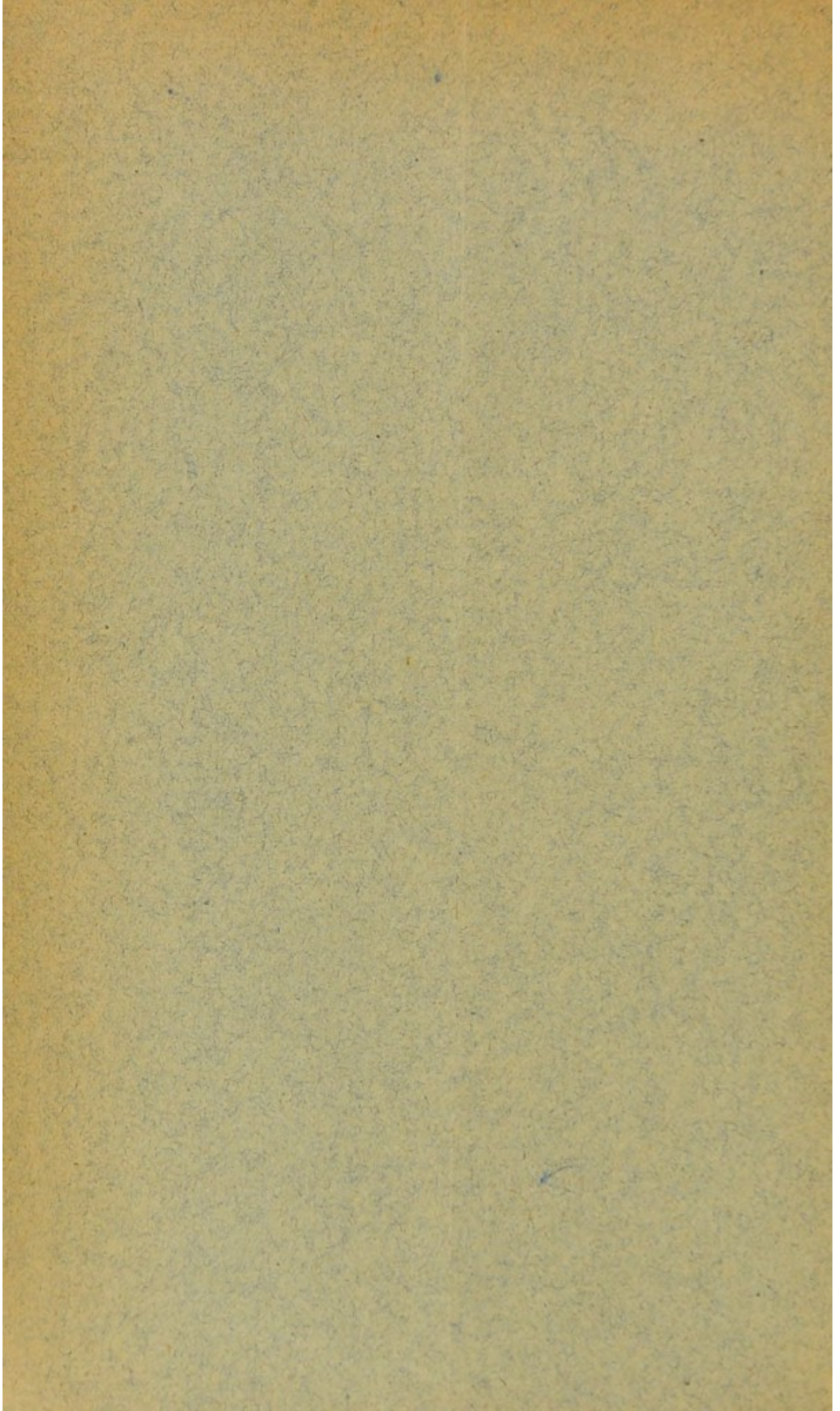
**Félix ALCAN**

ÉDITEUR

108, boulevard Saint-Germain, 108

1902









# LE TRAITEMENT

DU

# RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

PAR

**Le D<sup>r</sup> A. GUÉPIN**

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris,  
et professeur libre à l'École pratique de la Faculté de médecine.

I. — Le côté théorique de la question ayant déjà été traité dans une série de publications successives qui seront signalées chemin faisant, il me paraît utile aujourd'hui de faire connaître avec quelques détails les résultats pratiques d'une méthode que huit années d'expérience sont venues contrôler.

Le rhumatisme blennorrhagique, dont la seule manifestation articulaire doit pour le moment retenir notre attention, se traduit toujours à des degrés divers, par des symptômes non équivoques d'une infection généralisée ; c'est-à-dire que les arthrites sont l'expression locale d'un état général infectieux à point de départ urétral ou génital. Pour que se produise la généralisation des phénomènes infectieux, il faut de toute nécessité réunir les deux conditions suivantes :

1° Une *infection urétrale* (urétrite) aiguë ou chronique, ou surtout *para-urétrale* chez l'homme (cowpérite, prostatite (1), vésiculite) ; *génitale* chez la femme. Le

(1) E. RELIQUET et A. GUÉPIN. — Le foyer infectieux prostatogénital : *Les glandes de l'urètre*, tomes I et II. Vigot, édit., Paris, 1894-1895.

A. GUÉPIN. — Le foyer infectieux prostatogénital : *Tribune médicale* ; *Brochure* 1896. — *Académie de médecine*, 16 janvier 1900.

P. LOZÉ. — De l'orchite des prostatiques ; *thèse de doctorat*, Paris, 1897.



rhumatisme blennorrhagique chez la femme est beaucoup moins bien connu et beaucoup plus difficile à étudier que chez l'homme ; 2° *une cause de stagnation* des produits *infectieux* ou *toxiques* dans un point quelconque des voies génito-urinaires (urèthre, culs-de-sacs glandulaires), où ils pourront être *normalement* ou *accidentellement résorbés*.

Laissant dans l'ombre les causes occasionnelles évidentes, telles que les manœuvres directes sur l'appareil génito-urinaire infecté où stagnent des produits anormaux, toutes les autres notions pathogéniques et étiologiques sont discutables, obscures et d'intérêt secondaire. Aussi ne sera-t-il point parlé de l'influence problématique du tempérament, de la fatigue locale, de la virulence microbienne, de la tendance particulière dans certains cas aux localisations articulaires, ni de la prédisposition créée par l'insuffisance fonctionnelle relative des différents appareils glandulaires (foie, rein).

Ces données ne sont pas nouvelles. Convient-il encore de rappeler le travail de Reliquet (1), paru en 1887, sur les « rétrécissements péniers compliqués de cowpérite suppurée » et les réflexions aussi claires que remarquables de l'auteur ? De cette époque, date l'avènement des idées actuelles ; toutefois, leur diffusion est à peine commençante (2), non pas qu'elles présentent quoi que ce soit de paradoxal, mais parce que, jusqu'à présent, il n'a point été d'usage de considérer les maladies génito-urinaires comme soumises aux grands principes de la pathologie générale. Elles ne sont donc que l'application (et la vérification clinique), à un cas particulier des règles communes à la pathologie tout entière. C'est à peine si aujourd'hui, nous aurons quelque chose à y ajouter et le mémoire actuel vient surtout présenter les conséquences de leur utilisation consciente. Cependant, étant donnée la pauvreté navrante de la thérapeutique usuelle et le silence des classiques qui briguent le monopole de ces sortes d'affections, étant donnée la fréquence considérable des rhumatismes blennorrhagiques

---

(1) E. RELIQUET. — Rétrécissements péniers compliqués de cowpérite suppurée. *Brochure*, Paris 1887. — *Société de médecine de Paris*, 25 juin 1887. — *Œuvres complètes*, tome IV. Vigot, édit., Paris, 1894-1895.

(2) Consulter tous les traités classiques pour être fixé à cet égard.



et la difficulté du diagnostic causal dans de nombreuses circonstances, il faut encore revenir sur certains points ordinairement trop négligés.

a) Le rhumatisme blennorrhagique n'est pas directement en rapport avec l'acuité des phénomènes locaux d'urétrite ou la virulence apparente des microorganismes incriminés ; c'est-à-dire qu'il se montre d'ordinaire au déclin des urétrites, au moment même parfois où elles semblent absolument guéries. Il est cependant de règle de retrouver alors : soit des filaments urinaires chargés de pus franchement ou non microbien ; soit des signes manifestes d'infection des sécrétions glandulaires para-urétrales ou génitales, quand on examine leurs produits par des procédés rigoureux (1) quoique simple et à la portée de tous les praticiens.

b) La localisation articulaire semble souvent concentrer à son profit (ou à son détriment) toute la puissance nocive de l'infection généralisée ; de même qu'une seule articulation prise et bien prise, les autres, d'une façon habituelle, paraissent se dégager.

Cette revue ultra rapide une fois faite, que ce soit une forme microbienne quelconque ou des toxines qui agissent pour produire les désordres constatés, on concevra que le traitement rationnel reste le même et que ses effets soient toujours identiques. Ce n'est pas à dire que la conduite du praticien doive se renfermer dans des règles étroites. Il faut, en effet, d'abord qu'à tous les cas il applique la thérapeutique rationnelle ou causale, sans négliger pour cela les indications particulières fournies par chaque cas spécial ; ensuite, qu'il établisse aussi un traitement symptomatique. En d'autres termes, si une arthrite aiguë suppurée, une hydarthrose, des polyarthrites déformantes, relèvent toutes en général d'une méthode commune de traitement, il y a des soins particuliers pour chaque forme, pour chaque période, et le pronostic est lié aux lésions déjà produites lorsqu'interviennent les moyens curatifs que notre pratique nous incite à ne jamais négliger.

---

(1) A. GUÉPIN. — Exploration de la glande de Méry ; *Tribune médicale*, 17 juin 1896. — Comment il faut explorer la prostate ; *Journal des Praticiens*, 1<sup>er</sup> février 1896, etc.



II. — La thérapeutique actuelle du rhumatisme blennorrhagique est pauvre, déplorablement pauvre. Ce n'est pas que tous les médicaments usuels dans le rhumatisme articulaire ou abarticulaire n'aient point été employés tour à tour. Leur nombre même vient prouver leur impuissance habituelle. Quelques lectures suffiraient à démontrer le bien fondé de cette assertion et une leçon récente de M. Chauffard (1) ne nous dispense pas d'aller plus loin chercher d'autres renseignements. Chacun sait que l'on a proposé par analogie l'administration du *salicylate de soude* et de l'*antipyrine*. Le premier de ces médicaments a paru parfois donner une sédation passagère. Le second, à part ses effets immédiats, quoique irréguliers, est resté sans influence sur la marche du mal. A eux deux se borne presque la médication interne ; et le traitement externe devait, en revanche, disposer de moyens plus nombreux, mais d'ailleurs tout aussi incertains.

Ce sont les multiples pommades au *salicylate de méthyle* ou au *menthol*, les applications calmantes de toutes sortes, emplâtres, cataplasmes ; l'*immobilisation absolue* de la jointure malade (excellent procédé pour préparer l'ankylose), la *ponction simple* de l'articulation, la ponction suivie d'*injection modificatrice*, l'*arthrotomie* timorée ou au contraire, précoce, large et alors vraiment utile (2). Les *bains sulfureux*, le bain *térébenthiné* préconisé par M. Balzer (3), les *bains de vapeurs*, les *bains d'air surchauffé*, le *massage*, l'*électricité*, ces procédés dirigés, les uns contre les accidents aigus, les autres (les derniers), contre les accidents chroniques ou les conséquences de l'arthrite elle-même.

Il n'est pas question de condamner ou d'approuver en bloc l'ensemble de ces moyens, chacun d'eux — sauf l'immobilisation absolue — pouvant dans certaines circonstances offrir ses avantages et fournir au patient comme au médecin de précieuses ressources, mais il

---

(1) CHAUFFARD. — Rhumatisme blennorrhagique. *Journal des Praticiens*, 25 janvier 1902.

(2) A. GUÉPIN. — Traitement de l'arthrite blennorrhagique ; *Gazette médicale de Paris*, 3 février 1894.

(3) BALZER. — Traitement du rhumatisme blennorrhagique ; *Journal des Praticiens*, 7 août 1897.



importe au premier chef de ne leur accorder que leur valeur curative réelle.

Il y a plus ; le traitement usuel ci-dessus résumé, est non seulement *insuffisant* ; il est encore *illogique* et s'il est insuffisant, c'est, à mon sens, parce qu'il est irrationnel. Il convient, en effet, ici comme ailleurs, de faire une thérapeutique étiologique quand on veut soulager sinon guérir, et non pas le seul traitement des symptômes ou des complications. D'ailleurs, on sera surpris d'apprendre que presque personne n'ait songé au traitement causal du rhumatisme blennorrhagique et l'on objectera, peut-être, certaines publications où l'on recommande de soigner l'urétrite (1). Mais si l'on va au fond des choses, on remarque aussitôt que ces travaux sont récents, qu'ils n'exposent aucune idée pathogénique, qu'ils ne proposent qu'un traitement vague, ne pouvant convenir à l'ensemble des cas, qu'ils ne montrent point les difficultés du diagnostic causal, ni par conséquent les moyens d'éviter les erreurs, qu'ils ne signalent pas même, pour les réfuter, les publications antérieures, en un mot, qu'ils n'ont en rien fait avancer la question. L'impérieuse nécessité d'une doctrine, d'un point de départ exact et d'un plan rigoureux de recherches, est désormais trop évidente pour que l'on doive prolonger cet historique (2).

III. -- Le traitement étiologique (ou rationnel) découle de la pathogénie résumée plus haut, dans les trois propositions suivantes : *a*) une infection urétrale, para-urétrale ou génitale ; *b*) une cause de stagnation des produits infectieux ou toxiques dans un point quelconque des voies génito-urinaires où ils pourront être, normalement ou accidentellement, résorbés ; *c*) un en-

---

(1) CARLIER. — Nécessité du traitement urétral dans les arthrites blennorrhagiques ; *Société de médecine de Lille*, 1897.

BALZER. — *Loc. citato*.

(2) E. RELIQUET et A. GUÉPIN. — *Les glandes de l'urètre*, tomes I et II.

A. GUÉPIN. — De la nécessité du traitement étiologique des arthrites urétrales ; *Tribune médicale*, octobre 1897.

A. GUÉPIN et P. LOZÉ. — De la nécessité du traitement étiologique des arthrites urétrales ; *France médicale*, 18 mars 1898.

A. GUÉPIN. — Diagnostic des arthrites génitales ; *Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie*, 16 avril 1898.



semble de causes occasionnelles, les unes bien connues les autres obscures, prédisposant à une localisation sur les tissus articulaires. En conséquence, il convient, chez tout malade, d'abord de faire un diagnostic *exact* et *complet* ; ensuite, de traiter la *stagnation* des produits anormaux ; enfin, de modifier la nature de ces produits, comme celle des tissus qui les sécrètent, c'est-à-dire de combattre l'*infection* elle-même.

Il ne suffit pas, en effet, de reconnaître que l'on a bien sous les yeux un rhumatisme blennorrhagique, frappant telle ou telle articulation, revêtant telle ou telle forme ; il faut encore préciser le point de départ de l'infection généralisée dans l'urètre depuis le méat jusqu'à la prostate, dans les glandes de Littre, de Méry, la prostate, les vésicules chez l'homme, la glande de Bartholin, l'utérus chez la femme ; et l'on ne peut arriver à cette dernière étape du diagnostic que par une connaissance approfondie de la pathologie de ces différents organes. On voit déjà où pourrait nous entraîner de trop copieux développements. Ces premières difficultés surmontées, on recherchera la cause et le siège de la stagnation des produits infectieux ou toxiques. Ici encore, le sujet se présente si vaste et si complexe qu'il est impossible même de tout énumérer sans oubli : les rétrécissements congénitaux ou acquis de l'urètre, l'oblitération inflammatoire ou cicatricielle des conduits excréteurs glandulaires (1), le spasme de leurs muscles constricteurs (2), la parésie des appareils extrinsèques et intrinsèques d'excrétion des sécrétions glandulaires (3), etc. Et quand on arrive aux causes occasionnelles et prédisposantes, il a été dit que parmi elles, les unes sont évidentes dans leurs effets immédiats : cathétérisme urétral, ouverture incomplète d'un abcès glandulaire (ponction rectale d'un abcès prostatique, cautérisation violente à l'orifice d'une glande infectée), péné-

---

(1) E. RELIQUET et A. GUÉPIN. — Les glandes de l'urètre, tomes I et II.

(2) R. ET G. *Loco citato*.

(3) A. GUÉPIN. — *Société de Biologie*, janvier 1895. — Ecoulement urétral d'origine glandulaire ; guérison. *Gazette médicale de Paris*, 7 mars 1896.



tration de l'urine dans les glandes (1) ; les autres plus obscures : fatigue locale, traumatisme, etc. Rien cependant de tout cela ne saurait être sans inconvénient passé sous silence, parce qu'il faut au rhumatisme blennorrhagique, comme aux autres maladies du reste, non pas une cause, mais un ensemble de causes agissant dans un sens identique à un moment donné.

Quelques observations résumées serviront d'exemples, avant que nous donnions les grandes lignes du traitement personnel.

OBS. I. *Urétrite et rétrécissement urétral ; rhumatisme blennorrhagique* (Publiée in *Bulletin de la Société de Médecine de Paris*, 1898). M. X..., 25 ans environ, consulte le Dr Guépin le 6 juillet 1897. Il dit avoir contracté sa première blennorrhagie en mars 1897. De suite, il fait des lavages au permanganate de potasse à 1 p. 4000, puis à 1 p. 2000 ; il prend quelques capsules de santal, suit une hygiène assez sévère, porte un suspensoir et après quinze jours de traitement se croit débarrassé de sa blennorrhagie. Dans les sécrétions, la présence des gonocoques ne fut pas décelée d'une façon certaine.

Le 24 avril et les jours suivants, coït : boissons alcooliques.

Le 26 mai, l'écoulement reparait après l'ingestion de champagne ; de nouveau, grands lavages, capsules de copahu ; les lavages deviennent rapidement très douloureux ; il faut les cesser, bien que les urines restent troubles. Il n'y a plus de suintement urétral.

Le 2 juin, à la suite d'une érection prolongée, douleurs dans l'épididyme droit qui gonfle rapidement (orchite prostatique). Repos au lit, compression élastique. La douleur cesse au bout de trois jours, le gonflement reste tel et ne décroît que peu à peu. Trois semaines après, il persiste encore un noyau induré et sensible à la pression et spontanément, vers la tête de l'organe. Pendant que M. X. était au lit, le genou droit est devenu très douloureux ; une petite quantité d'épanchement a occupé la cavité articulaire ; à gauche, il y a aussi un peu d'hydarthrose. Le malade est soigné — comme étudiant en médecine — dans un des hôpitaux de Paris où l'état trouble de ses urines n'arrêta point l'attention. D'ailleurs, celles-ci devinrent bientôt claires avec

---

(1) R. ET G. — *Loco citato* ; le foyer infectieux prostatogénital.  
A. GUÉPIN. — L'hypertrophie sénile de la prostate, Paris 1900.  
Vigot, édit.



de rares filaments. Cependant les douleurs de l'épididyme et des articulations prises ne se calmant point, l'épanchement persistant, le séjour au lit devenant des plus pénibles, M. X. se présenta à nous le 6 juillet.

L'urine contient de gros filaments courts ; les deux épидидymes sont indurés, surtout le droit ; la prostate est molle, remplie de sécrétions non purulentes d'aspect ; le frein est très court, le méat atrésié. Pas d'écoulement urétral ; hydarthrose abondante du genou droit ; mouvements limités par la douleur ; pas d'atrophie musculaire appréciable. Le malade est pâle et amaigri.

La section du rétrécissement antérieur et du frein est faite quelques jours après. Le malade ne prend aucun médicament et ne fait rien contre les arthrites ou les épидidymites ; il use d'un lavement tiède quotidien donné suivant les règles de notre pratique. (V. « Les glandes de l'Urètre ») et met un suppositoire iodoformé chaque soir. Régime lacté d'abord absolu, puis mitigé.

Moins d'une semaine après, il ne souffre plus et marche tout le jour ; il revient au régime alimentaire normal et reprend ses études. Il reprend également le coït. Revu en décembre 1898, il reste absolument guéri, avec de rares filaments muqueux dans l'urine et une certaine laxité ligamenteuse des articulations du genou (droite et gauche). Il a engraisé, repris sa vigueur et peut faire de longues marches sans fatigue.

Depuis lors M. X. a été revu souvent ; une seconde blennorrhagie a guéri sans difficultés par le traitement émollient et quelques injections à la fin. Il ne conserve aucune trace de son rhumatisme ancien, sauf la laxité ligamenteuse surtout marquée à droite.

Point n'est besoin de revenir sur ce fait, où la compression, l'immobilité, les pointes de feu, avaient échoué contre les arthrites et où la simple section du rétrécissement antérieur a déterminé la guérison en quelques jours. Une nouvelle blennorrhagie contractée deux ans après, en province, disparut en quelques semaines, sans menacer le système articulaire, malgré les craintes trop justifiées du malade. On doit noter encore le relèvement de l'état général, l'éclaircissement définitif des urines, tous symptômes qui prouvent à la fois et la cessation des phénomènes d'urétrite chronique et la disparition du foyer infectieux, point de départ des accidents généraux particulièrement localisés sur les arti-



culations au genou. L'observation suivante est très analogue.

Obs. II (Inédite). *Urétrite et rétrécissement urétral ; rhumatisme blennorrhagique.* — M. X. 22 ans, étudiant en médecine, contracte sa première blennorrhagie le 24 mars 1901. Aucun antécédent personnel ou héréditaire ; santé d'ordinaire excellente.

Cette blennorrhagie franchement aiguë est d'abord traitée par la méthode émolliente, puis par les balsamiques, sans grande amélioration, jusqu'au 18 mai, où le malade commence à faire de grands lavages au permanganate de potasse à 1 pour 4000, 1 pour 2000 et enfin 1 pour 1000. Après quelques jours, l'écoulement disparaît et se montre une épидидymite gauche ; résolution rapide coïncidant avec la réapparition de l'écoulement dans son abondance primitive.

Le 12 juin (les lavages étant interrompus), l'écoulement diminue et le 17, le genou droit devient douloureux. La tuméfaction augmente, malgré la compression et l'immobilisation relative ; les douleurs deviennent plus vives. Pointes de feu.

Le malade garde le repos au lit jusqu'au 8 juillet ; il se lève un peu et le 15, le genou gauche se prend à son tour, pendant que la santé générale décline : perte des forces, pâleur, amaigrissement notable. L'écoulement se rétablit et néanmoins le genou gauche a encore augmenté de volume à la fin de juillet.

En août, les genoux vont mieux, l'écoulement persiste, l'état général est toujours mauvais, quand M. X. refait quelques lavages au permanganate ; le 28, épидидymite gauche.

Le malade consulte le Dr Guépin le 2 septembre 1901. Il a toujours une hydarthrose des deux genoux et une épидидymite gauche. L'urètre est légèrement suintant ; la prostate contient des sécrétions chargées de pus que la compression digitale chasse en petite quantité, au méat. Le prépuce est long, le méat atrésié.

Il est opéré le 5 octobre (section du prépuce et du méat) ; le 11 octobre, le malade était sur pied et rentrait chez lui. L'écoulement augmenta après l'opération ; mais quinze jours après (c'est-à-dire trois semaines après l'opération) il avait complètement disparu, sans que le malade ait pris aucun médicament (écoulement providentiel). Il fit alors l'épreuve de la bière qui resta négative.

En novembre, le malade paraissant guéri, les urines n'étant même plus filamenteuses, le coït prudent fut permis. Les genoux avaient repris leur volume normal ; il n'y avait plus ni douleurs, ni hydarthroses. M. X. engraisé, reprend



ses études. Revu souvent depuis cette époque, il n'a pas eu la moindre rechute et ne présente comme traces de ces accidents anciens qu'une certaine laxité des ligaments du genou, moins marquée toutefois que chez le malade précédent.

OBS. III. (Inédite). *Sciatique et rétrécissement urétral* (urétrite chronique). — M. X. 40 ans, consulte le Dr Guépin le 25 octobre 1901. Depuis près de 20 ans, il est atteint d'urétrite chronique soignée un peu par tous les procédés. Mais depuis quelques mois, l'état général devient de plus en plus mauvais et il souffre d'une sciatique névrite gauche rebelle, s'accompagnant d'une atrophie musculaire très marquée et telle que la marche est presque impossible. La prostate est remplie de sécrétions stagnantes manifestement infectées ; les urines sont très sales ; l'urètre est rétréci sur une longueur de trois centimètres à partir du méat (chancre ancien du gland) et admet à peine une bougie n° 9.

Le 26 octobre, urétrotomie interne avec la participation de M. le Dr Biscarrat, médecin du malade. Le Dr Biscarrat avait fait le diagnostic de sciatique infectieuse de cause urétrale, diagnostic qui jusque-là n'avait jamais été porté, bien que le malade se fût adressé à divers confrères.

Quelques jours après l'enlèvement de la sonde à demeure, le malade commence à se lever ; l'appétit et les forces reviennent ; les douleurs sciatiques ont presque disparu.

Le 2 novembre, les urines sont claires. Le 9, la prostate ne contient plus de pus ; l'écoulement urétral a complètement disparu. La sciatique n'occasionne plus de douleurs vives. En somme, il y a une amélioration immédiate, considérable, de l'état général et de l'état local, alors que toutes les médications symptomatiques n'avaient absolument donné aucun résultat.

Ce dernier exemple prouve donc qu'il n'y a point que les arthrites à bénéficier du traitement de leurs causes. Toute autre localisation infectieuse relève des mêmes facteurs, est justiciable du même traitement, s'améliore aussitôt dès son application, mais ne peut guérir, bien entendu, qu'avec les délais nécessaires à la réparation des tissus lésés. Dans tous les cas, qu'il me serait facile de rapporter nombreux, on voit que s'il y a urétrite et rétrécissement urétral diversement placé, il y a aussi, comme intermédiaire entre l'infection locale et généralisée, une infection des glandes du carrefour génito-urinaire, prostatite manifeste qu'annonce et que révèle l'épididymite, avant même les résultats positifs du toucher rectal et



l'examen direct des sécrétions obtenues par la compression digitale. En un mot, il s'agit ici des formes atténuées du *foyer infectieux prostatogénital* ; c'est la règle d'avoir affaire à une telle complication des urétrites avec ou sans gonocoques. Mais, il n'en est pas toujours ainsi et dans des circonstances beaucoup plus rares, il est vrai, mais que cependant il faut connaître la prostate est hors de cause ; une glande de Méry est intéressée ou toute autre glande urétrale chez l'homme, génitale chez la femme. La résorption des produits infectieux ou toxiques qui semblait plus haut se faire au niveau du carrefour génito-urinaire ou dans les cavités glandulaires elles-mêmes, dans les observations de Reliquet, a pour point de départ la dilatation urétrale située en arrière du rétrécissement (1). Je ne reviens pas sur la discussion de ce point pathogénique secondaire ; mais j'insiste sur le fait évident : la section du rétrécissement et l'évacuation provoquée des sécrétions glandulaires stagnantes et infectées a déterminé aussitôt la cessation de tous les troubles généraux et locaux rebelles aux autres modes de traitement.

Le gonflement inflammatoire du conduit excréteur ou la rétraction cicatricielle de l'orifice urétral de ce même conduit, lorsque la glande enflammée reste remplie de pus s'écoulant avec peine dans l'urètre, lorsqu'il y a, en un mot, stagnation des sécrétions modifiées dans les voies glandulaires, peut être l'origine d'accidents infectieux en général et rhumatismaux en particulier, sans que le canal présente la moindre diminution de calibre. A ce titre, l'observation résumée suivante est fort démonstrative.

Obs. IV. *Suppuration d'une glande de Littre consécutive à la blennorrhagie ; rhumatisme.*— M. X..., 30 ans, consulte en 1895. Première et unique blennorrhagie datant de plusieurs mois et paraissant bien guérie. Se plaint de douleurs vives dans le pied droit au niveau de l'articulation médio-tarsienne, provoquées par la station debout, exagérées par la marche et la pression.

Rougeur de la peau et gonflement de la région qui disparaissent quand les douleurs se calment, mais récidivent presque chaque mois, malgré le repos, la révulsion locale, le

---

(1) E. RELIQUET. Cowpérite et rétrécissements péniens, etc.



salicylate de soude à l'intérieur. Cela dura plus d'un an. Le malade remarqua lui-même et fit observer à son médecin que la douleur du pied se montrait lorsque disparaissait la petite goutte urétrale claire que l'expression de l'urètre amenait le matin au méat. A la partie inférieure et latérale du canal, à trois centimètres environ du méat (c'est le lieu d'élection) se formait une petite induration, peu à peu très perceptible et très douloureuse au toucher ; alors le canal était sec. Puis l'écoulement se rétablissait et l'induration juxta urétrale s'effaçait insensiblement ; le pied allait mieux, en attendant la rechute prochaine. Urètre libre. Je conseille les injections antiseptiques dans le canal, qui ne sont pas acceptées.

Le spasme urétral profond qui oblitère activement les conduits excréteurs des glandes prostatiques (1) et entraîne la stagnation de leurs produits dans les cavités glandulaires, qu'il soit symptomatique d'une de ces malformations congénitales dont il a été si souvent question, ou qu'il relève d'un trouble nerveux (lui-même expression d'une névrose ou d'un état organique), favorise la résorption des éléments infectieux ou toxiques et alors, manifestement dans la glande et non pas dans l'urètre. Il suffit, ici encore, de combattre la stagnation et la rétention glandulaires dans leurs causes pour combattre avec efficacité leurs conséquences plus ou moins lointaines. Lorsque nous serons arrivés à la description du traitement et de ses indications spéciales, les diverses modalités cliniques devront être envisagées tour à tour ; cependant voici un nouveau fait à l'appui de cette thèse.

OBS. V. *Prostatite chronique entretenue par un spasme névropathique de l'urètre profond ; rhumatisme.* — M. X..., 32 ans, consulte le Dr Guépin le 29 novembre 1901. Il accuse des douleurs dans les deux poignets, surtout le droit, rendant même l'écriture impossible, exagérées par la pression et les mouvements, s'accompagnant d'une légère tuméfaction des régions envahies. Les deux genoux sont le siège d'une hydarthrose peu abondante, mais douloureuse. Ce rhumatisme est survenu au déclin d'une blennorrhagie simple remontant à un an environ et n'ayant laissé à sa suite qu'une insigni-

---

(1) A. GUÉPIN. — Influence du spasme de l'urètre sur la rétention des sécrétions dans la prostate ; *Société de Biologie*, 19 janvier 1895.



fiant humidité urétrale. L'urètre, libre, est le siège d'un spasme marqué au niveau de la région membraneuse ; la prostate contient quelques sécrétions infectées. Grandes irrigations rectales chaque jour suivies d'un suppositoire antiseptique et calmant. Régime lacté mitigé.

Pendant le mois de décembre, série d'instillations argentiques à 1 pour 200 puis à 1 pour 150. Sous cette influence, il se produit une hypersécrétion urétrale et, en même temps, la prostate dégonfle, les arthrites s'atténuent pour disparaître peu à peu.

Le 12 janvier 1902, M. X..., est complètement guéri. Plus de suintement uréthral ni de filaments dans l'urine ; la compression digitale de la prostate ne chasse aucun liquide au méat. L'hydarthrose des deux genoux a disparu, les poignets sont libres, tout cela sans que le malade ait pris aucun médicament ou ait interrompu ses occupations. Il revient peu à peu au régime normal et depuis cette époque le résultat obtenu se maintient.

OBS. VI. *Prostatite blennorrhagique chronique ; douleurs rhumatoïdes, compression digitale ; guérison.* — M. X..., 30 ans, consulte le 16 novembre 1901 pour un écoulement urétral peu abondant, mais opaque, subissant des poussées aiguës spontanées et persistant depuis deux ans malgré toutes les médications usuelles employées tour à tour : balsamiques, injections, grands lavages, dilatation urétrale et surdilatation. Le malade se plaint de douleurs vagues dans les membres, de névralgies diverses, en particulier faciale. Urètre libre, spasmodiquement contracté ; prostate remplie de pus facilement évacué par la pression digitale, (au moins un demi-centimètre cube). Ce pus épais, grumeleux est jaune verdâtre. Entéroclyse quotidien, suppositoires antiseptiques et calmants, injection de Ricord (au sulfate de zinc).

23 novembre. — Pas de changement appréciable ;

3 décembre. — Compression digitale de la prostate suivie d'une pesanteur rectale pénible persistant 24 heures, mais avec moins d'écoulement.

9 décembre. — Il y a moins de pus dans la prostate et celui-ci est déjà plus clair, moins coloré. Créosote à l'intérieur.

La compression digitale est régulièrement continuée tous les sept ou huit jours jusqu'au milieu de janvier 1902. Les sécrétions prostatiques examinées chaque fois diminuent progressivement de quantité et de purulence. Les granulations graisseuses y reparaissent, tandis que les éléments cellulaires y deviennent exceptionnels. La pesanteur rectale, les douleurs des membres, les névralgies mobiles ont disparu depuis décembre. Le malade, en apparence guéri,



reprend le coït (avec toute l'antiseptie indispensable) ; il n'y a point de rechute comme autrefois après chaque rapport sexuel. M. X..., a été revu à la fin de janvier et depuis lors a envoyé de ses nouvelles : la guérison se maintient absolue bien qu'il n'observe plus aucun régime et ne prenne aucune précaution spéciale.

Chez le vieillard atteint de prostatite sénile, au deuxième stade de l'évolution progressive des lésions prostatiques, alors que les glandes génitales dilatées et infectées commencent à déverser dans l'urètre leurs produits stagnants, si l'urine pénètre dans leurs cavités béantes à la faveur de la dilatation temporaire de leurs conduits excréteurs, aussitôt éclatent des accidents infectieux de la plus haute gravité. Il a été dit que lorsque les phénomènes infectieux revêtent dès l'origine ce caractère d'importance et de diffusion, surtout dans un âge avancé et avec des organes déjà tous plus ou moins insuffisants, le rhumatisme ne se rencontre guère que comme épiphénomène d'une situation complexe. Aussi ne reviendrons-nous pas sur les multiples observations déjà signalées ailleurs, nous bornant aujourd'hui à l'étude du rhumatisme d'origine uréthro-génitale, mais tenant à faire ressortir ses rapports intimes avec toutes les infections dont le point d'origine et la nature essentielle sont analogues sinon identiques.

Pour résumer les pages précédentes dans leurs grandes lignes et conclure, il faut donc reprendre les trois propositions du début, qui schématisent notre conception pathogénique et dominant le traitement, sur lequel nous allons désormais insister.

IV. — Lorsque le praticien, après avoir surmonté les difficultés nombreuses d'un diagnostic exact et complet, se trouve en présence d'accidents infectieux d'origine uréthro-génitale avec localisations articulaires, il doit appliquer à la fois les règles générales du traitement étiologique et remplir les indications particulières fournies par chaque cas déterminé.

RÈGLES GÉNÉRALES DU TRAITEMENT. — 1° *Faire cesser la stagnation des produits glandulaires infectés ; a) dans les glandes ; b) dans l'urètre où ils sont résorbés.* — Divers moyens sont à mettre en œuvre



pour atteindre ce but. Le premier de tous, logiquement et chronologiquement, consiste à calibrer l'urètre s'il y a lieu. Les compressions extérieures (prépuce étroit), les atrésies ou rétrécissements acquis du méat, les rétrécissements blennorrhagiques ou cicatriciels, quel que soit leur siège, devront d'abord être divisés, non seulement parce qu'ils ont pour effet d'entretenir la stagnation, mais encore parce qu'ils sont souvent l'origine de réflexes provoquant le spasme urétral avec toutes ses conséquences. Dans les jours qui suivent la section stricturale, le canal sec ou presque sec redevient le siège d'un écoulement alors spontané, parfois très abondant et qui, au point de vue du pronostic, est la preuve que les glandes se débarrassent d'elles-mêmes des produits encombrant leurs cavités ; c'est l'*écoulement providentiel* (1) dont la valeur est désormais bien connue. Alors chez le prostatique, on redouble de soins antiseptiques locaux, on maintient d'autorité la sonde à demeure sous peine d'aggravation rapide. Au fur et à mesure que l'écoulement spontané s'établit, à la grande terreur du malade et parfois aussi du médecin, les glandes intéressées perdent de leur dureté ; leur tuméfaction diminue et le doigt les déprime en chassant vers le méat ou vers la vessie une nouvelle quantité de sécrétions anormales. La compression digitale (2) vient aider à l'évacuation spontanée des glandes et la remplace quand celle-ci est incomplète ou même impossible. En quelques mots, voici ses indications, sa technique et ses résultats.

Pour désigner l'évacuation provoquée par la pression du doigt des sécrétions qui stagnent dans les culs-de-sac pathologiquement dilatés de la prostate et des vésicules séminales, j'ai proposé, il y a quelques années, les mots : compression digitale. Il importe avant tout de distinguer cette petite intervention de ce que l'on a appelé le « massage de la prostate », comme de « l'expression prostatique ». Le massage de la glande, que l'on étend parfois jusqu'aux vésicules séminales, est fait

---

(1) A. GUÉPIN. — Les écoulements urétraux providentiels ; *Tribune médicale*, 19 mai 1897.

(2) A. GUÉPIN. — Compression digitale de la prostate. *Académie de Médecine*, 24 août 1897. — *Gazette des hôpitaux*, 26 août 1897. — *Journal des Praticiens*, 25 septembre 1897, etc.



sans indications précises (V. Aubry, thèse de Paris, 1899), sans que rien en règle la durée, la force qu'il doit nécessiter, la fréquence des séances, les points exacts sur lesquels il doit porter, à l'exclusion des autres ; enfin et surtout, son but est différent, son mécanisme vaguement interprété. Ici, au contraire, tout est méthodiquement établi, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte.

L'expression prostatique — et on connaît les précieuses ressources qu'elle fournit pour le diagnostic des lésions de la prostate, des vésicules et de leur nature même comme du siège de ces lésions — se propose aussi un objet bien différent ; car la compression digitale a pour but et pour effet de combattre la stagnation glandulaire, partant, de favoriser le dégonflement prostatique (on dit parfois l'atrophie) et de s'opposer ainsi, autant que faire se peut, aux troubles urinaires qui résultent de la prostatomégalie, comme aux accidents toxico-infectieux qui ont leur siège d'origine dans les cavités glandulaires remplies de sécrétions stagnantes. C'est donc une opération spéciale, imaginée et mise en pratique depuis environ quinze ans par mon regretté maître Reliquet et qui a donné, entre ses mains, d'abord, tous les résultats qu'elle avait promis.

Les indications en sont précises. D'une façon générale, chaque fois que des sécrétions infectées ou non stagnent dans les culs-de-sac de la prostate, chaque fois que leur évacuation spontanée (par le coït physiologique) est impossible ou incomplète, il y a lieu de pratiquer la compression digitale de la prostate. Ce qui revient à dire que, dans toutes les prostatites aiguës, subaiguës ou chroniques, partielles ou généralisées, à une période déterminée de leur évolution, la compression digitale est un adjuvant heureux du traitement indirect ; elle hâte la fin des accidents et assure la guérison définitive, si exceptionnelle, on le sait, lorsque les malades sont abandonnés à eux-mêmes.

La technique en est simple et bien réglée. Suivant le cas, on fait uriner le malade ou on vide sa vessie par la sonde en remplaçant une partie du liquide (un tiers à un quart) par de l'eau boriquée tiède. S'il a la sonde à demeure, on peut soit retirer celle-ci pour un instant et en profiter pour la vérifier ; soit pratiquer la compression sur la sonde et la retirer en lavant l'urètre au fur



et à mesure qu'on l'amène vers le méat. Le malade prend la position dite « à quatre pattes » sur son lit, ou se lève et s'incline en avant, en appuyant les mains sur un siège dur, le bassin élevé, la tête basse ; en un mot, on prend toutes les précautions nécessaires au toucher rectal méthodique de la prostate et des vésicules séminales.

« Alors, le doigt explore l'organe avec prudence et reconnaît la saillie des glandes dilatées, donnant la sensation de petits kystes proéminents vers le rectum ou de noyaux durs sous la muqueuse intestinale. Pour être autorisé à comprimer un de ces points avec la pulpe digitale, il faut que celui-ci présente une certaine mollesse, qu'il cède à la moindre pression comme une poche qui se vide. Peu à peu, là où on appréciait une saillie, on trouve désormais une dépression, limitée par des bords réguliers et plus fermes, comparable à celle que l'on déterminerait en appuyant avec l'extrémité du doigt sur un morceau de cire molle. Au contraire, la moindre douleur éprouvée par le malade doit faire suspendre la compression ; car, pratiquée sans toute la douceur indispensable ou sans indications suffisantes, elle provoquerait et elle a provoqué une poussée aiguë de congestion prostatique et une exacerbation des souffrances. Après quelques jours de traitement dans les prostatites aiguës (en particulier dans le furoncle de la prostate), lorsque les phénomènes douloureux commencent à s'amender, il convient de songer à faire la compression digitale ; l'état local reconnu par le toucher renseignera sur son opportunité. Et, de même dans les prostatites chroniques, comme dans l'hypertrophie sénile (prostatite sénile de Reliquet), ce n'est point au début, mais après une période de durée variable, alors que les autres procédés thérapeutiques (lavements, suppositoires, cathétérisme, etc.), auront été utilisés, que l'on évacuera ainsi artificiellement les glandes.

Une seule séance de compression ne permet ordinairement point de vider toutes les dilatations glandulaires ; ensuite, quelques-unes de ces dilatations se reproduisent — c'est la règle — moins volumineuses, il est vrai. Il faut donc, à certains intervalles et pendant un certain temps (intervalles et temps que l'observation du malade sert à préciser), renouveler la compres-



sion. Je la fais habituellement précéder du passage d'une bougie molle, en gomme, de calibre moyen (N<sup>os</sup> 16 à 18).

Pendant que la pulpe de l'index déprime les saillies glandulaires, le malade sent passer un liquide dans l'urètre, et, par une sorte de petite éjaculation, se présentent souvent au méat de grosses gouttes de sécrétions prostatiques et vésiculaires, purulentes, fétides, colorées par du sang, parfois au contraire d'aspect presque normal. Le microscope en fait au besoin reconnaître aussitôt l'origine, et la constatation de leurs caractères macroscopiques et microscopiques vient aider au diagnostic comme au pronostic du cas donné. Quelquefois, on doit attendre un instant pour voir s'écouler au dehors ces sécrétions stagnantes; ou même, elles refluent en partie dans la vessie, et l'urine, immédiatement après, sort trouble et chargée de mucosités.

Toutes les complications à redouter dans la compression digitale viendraient d'une faute opératoire (intervention prématurée, violences exercées sur la prostate, prolongation excessive des manœuvres), même celles qui résultent de la pénétration de l'urine dans les glandes, dont la cavité reste béante et le canal excréteur dilaté après l'expulsion de leur contenu. Ce qui revient à dire que, chez le vieillard prostatique, à partir de la seconde étape anatomo-pathologique des accidents, on comprimera la prostate sur la sonde à demeure ou en assurant la miction par un cathétérisme régulier.

Après la compression, survient un calme relatif; les besoins d'uriner s'espacent; les érections pathologiques sont moins fréquentes, la vessie se vide mieux; partant, les urines sont plus claires et la congestion locale atténuée. En somme, il y a une amélioration indiscutable et qui peut être définitive. Il faut, le plus souvent, revenir à la compression digitale de la prostate, jusqu'au moment où l'organe, diminué de volume, a acquis une consistance uniforme et souple et où cette compression ne provoque plus la sortie d'aucun liquide. »

Les glandes de Méry peuvent également être comprimées avec facilité, bien qu'elle ne reposent sur aucun plan résistant. Le *modus faciendi* de cette compression a été donné dans une courte revue sur laquelle je ne



reviendrai pas (1). Quant aux glandes de Littre de la portion péniennne du canal, leur situation accessible rend cette intervention des plus simples. On retiendra que souvent le conduit excréteur de ces glandes vient s'ouvrir au fond d'une sorte de valvule située plus ou moins près du méat urinaire. Sans que cette valvule agisse comme un véritable rétrécissement, l'infection se localise parfois dans sa profondeur et ne disparaît qu'après sa section. L'incision de la valvule est donc à tenter, en suivant pour cela les principes connus et en s'inspirant des conditions particulières qui doivent faire modifier quelque peu le manuel opératoire suivant les circonstances.

La cautérisation légère de l'urètre au niveau de l'orifice du conduit excréteur constitue le troisième des moyens à utiliser, conjointement avec les précédents, isolément parfois. Il importe que la cautérisation soit légère ; car, trop forte, elle irait à l'encontre du résultat que l'on attend d'elle, en boursouflant l'orifice urétral du conduit glandulaire et en provoquant aussi la contracture urétrale. Lorsque la glande enflammée est facilement tangible, une injection poussée dans le canal et maintenue quelques instants peut suffire ; au contraire, si elle siège au-delà des sphincters, faut-il se servir de la sonde à instillations. Le nitrate d'argent en solution à un pour deux cents (et de titre croissant jusqu'à deux pour cent) est la substance dont les effets sont les plus réguliers. Les innombrables produits, analogues dans leur nature et similaires dans leurs effets, proposés pendant ces dernières années, sont beaucoup moins fidèles. En outre, le nitrate d'argent offre l'avantage de ne pouvoir être laissé entre les mains du malade qui trop souvent n'en fait point un usage judicieux.

Cette injection ou instillation doit provoquer une hypersécrétion urétrale, sans poussée de gonflement glandulaire et être continuée jusqu'au moment où le toucher de l'organe malade ne dénote plus aucune augmentation de volume.

L'ablation de la glande (glande de Méry, de Bartholin), lorsque l'infection y a élu son siège et quand les

---

(1) A. GUÉPIN. — Exploration de la glande de Méry ; *Tribune médicale*, 17 juin 1896.



phénomènes d'inflammation aigus se sont calmés, a déjà été recommandée par Swiedaur pour obtenir la cicatrisation de certaines fistules urétrales non urinaires (1). Mais lorsque celle-ci pourrait être trop difficile, en raison de la périadénite diffuse et des fistules, il convient alors, à l'exemple de Reliquet, d'inciser largement les tissus sur la glande, de placer un drain au sommet de la plaie triangulaire ainsi formée, par ce drain de faire des lavages antiseptiques fréquents ; enfin de chercher à faire que la cicatrisation s'effectue du sommet vers la base du triangle, en diminuant peu à peu le drain de volume, mais en le maintenant toujours en contact avec le corps glandulaire enflammé. Il est avantageux de se servir à la fin d'un petit drain métallique, parce que son calibre intérieur est relativement considérable et que la pression des tissus ne permet ni l'oblitération de sa lumière, ni une courbure dans sa continuité qui tendrait également à l'effacer et supprimerait son action. On le retire, lorsque l'eau de lavage revient claire et que les tissus enserrant le tube dans toute sa longueur, enfin, lorsqu'il ne laisse plus suinter aucun liquide d'apparence normale et surtout anormale.

2° *Modifier la nature des produits et des tissus qui les sécrètent.* — Ici intervient la thérapeutique dont nous avons déjà parlé. Comme médicaments externes, rappelons le bain térébenthiné, sulfureux, arsénical, les applications locales (sur la glande malade) de cataplasmes chauds et aseptiques, les applications d'onguent napolitain, de pommades iodurées. Comme médicaments internes, chez les tuberculeux en puissance, les sulfureux, la créosote, l'arsenic ; chez les syphilitiques, le traitement spécifique ; chez tous, au besoin, les balsamiques, les antiseptiques urinaires (salol, urotropine). Du côté de l'appareil glandulaire infecté et infectieux, si les lavages sont rendus possibles par une fistule ou une incision, les pansements humides ou secs, après irrigations destinées à déterger les tissus et à entraîner le pus stagnant dans leurs anfractuosités. Et

---

(1) E. RELIQUET — Fistules urétrales non urinaires, *Gazette des Hôpitaux*, 1884-1885. — *Œuvres complètes*, tome IV.



alors, on emploiera la solution de chloral, d'acide phénique, l'eau oxygénée de préférence, la teinture d'iode, le chlorure de zinc ; la poudre d'iodoforme, l'éther iodoformé, sont particulièrement utiles et très préférables au salol par exemple, ou aux solutions de sublimé corrosif. Il n'est pas possible, sans prolonger outre mesure ce travail, de discuter les indications nettes de chacun de ces médicaments. Il faut seulement retenir que, si le foyer infectieux est ouvert, spontanément ou incisé par le chirurgien, ce qui est parfois nécessaire, lorsque l'évacuation des sécrétions stagnantes ne peut être autrement assurée, il devient indispensable d'agir très activement sur lui jusqu'au moment où surviendra la cicatrisation parfaite, ou que l'ablation totale de la glande pourra être tentée.

#### RÈGLES PARTICULIÈRES AUX GRANDES VARIÉTÉS CLINIQUES.

1<sup>o</sup> *D'après le point de départ de l'infection.* — Il est manifeste que les soins à donner pour combattre efficacement le rhumatisme blennorrhagique varieront dans une certaine mesure, suivant que le point de départ de l'infection se fera dans les glandes génitales de l'urètre profond, dans les glandes à mucus (de Méry, de Littre), dans l'urètre lui-même et alors rétréci, ou dans l'appareil génital de la femme (glandes de Bartholin, utérus). Il suffit d'appliquer aux conditions particulières les principes généraux indiqués ci-devant.

2<sup>o</sup> *D'après le terrain.* — Les accidents toxi-infectieux du vieux prostatique, dont la prostate est déjà envahie par la sclérose périglandulaire systématisée progressive, commandent plus que tous les autres diverses observations. Ici, il faut la sonde à demeure, l'antisepsie urinaire, la déplétion régulière et facile de l'intestin : il faut encore, par un régime approprié, et diminuer autant que possible la production des toxines intestinales et faciliter le fonctionnement des appareils de fixation et d'élimination déjà parfois en situation précaire (foie, rein). De même, chez les lymphatiques, plusieurs médicaments, d'ailleurs connus, paraissent avoir



une action spéciale ; de même chez les syphilitiques et les gouteux.

3° *D'après la forme de la localisation articulaire.* — S'agit-il d'une simple arthralgie ? les calmants, les révulsifs, le repos sans immobilisation absolue ; d'une hydarthrose ? les mêmes procédés et au besoin la ponction suivie ou non d'injections modificatrices ; mais, si le liquide retiré est louche et *a fortiori*, si on se trouve en présence d'une arthrite aiguë, il est préférable de pratiquer l'arthrotomie large. L'indication d'intervenir se présente quand les moyens indirects (le traitement causal) sont restés sans effet notable sur la marche de l'infection locale et à distance. Et il devient indispensable, si on ouvre une articulation, de pratiquer l'incision à la fois précoce et large. Précoce, parce que aussitôt que l'on intervienne, on trouvera du pus ; large, parce que ce pus glaireux, souvent verdâtre, adhérent, ne peut être détaché que par un véritable grattage des surfaces articulaires, sous une irrigation antiseptique. L'arthrotomie sera suivie d'un drainage et d'une immobilisation relative autant que courte. En thèse générale, le drain sera retiré après huit ou dix jours, le membre opéré devra être progressivement mobilisé à partir du quinzième.

4° *D'après l'âge des lésions articulaires, leurs conséquences ou leurs complications.* — Avec le temps mais souvent d'une manière rapide, dans les infections tenaces, surviennent soit l'ankylose, soit l'atrophie musculaire, soit encore réapparaissent des poussées plus ou moins douloureuses qui affectent les articulations comme les tissus péri-articulaires ou frappent même d'autres organes (névrites). Alors seront utilement employés les bains déjà mentionnés et peut-être surtout en particulier le bain d'air sec surchauffé (procédé dit de Tallermann), le massage, l'électricité. Contre l'ankylose, la résection articulaire est le seul traitement lorsqu'il y a lieu d'intervenir chirurgicalement. Aux névrites, on opposera leur traitement habituel sur lequel je n'ai pas à m'étendre.

Mais, et ce sera la conclusion naturelle de cette étude, les manifestations toxi-infectieuses qui accompagnent un foyer uréthro-génital et plus spécialement leur locali-



sation articulaire, ne sont jamais que l'expression locale d'une infection généralisée ; il ne faut donc pas vouloir les guérir seules : en traitant comme il convient leurs symptômes et leurs complications, il importe avant tout et toujours, de chercher à supprimer leurs causes pour répondre aux indications du moment et si possible, assurer l'avenir.

---

## DU MÊME AUTEUR

---

**Faux rétrécissements de l'urètre.** Brochure, Paris, 1893 (en collaboration avec le Dr Reliquet). Bureaux du *Progrès médical*.

**Œuvres complètes du Dr Reliquet** (Sur les maladies et les opérations des voies génito-urinaires). 5 vol., Paris, 1895 ; Vigot, éditeur.

**Les glandes de l'urètre** (en collaboration avec le Dr Reliquet). 2 volumes, Paris, 1894-1895 ; Vigot, éditeur.

**La colique spermatique.** Brochure, Paris, 1894, Steinheil, éditeur.

**Le foyer infectieux prostatogénital.** Brochure, Paris, 1896 ; Maurin, éditeur.

**Écoulements urétraux providentiels,** Brochure, Paris, 1897 ; Maurin, éditeur.

**Exposé des titres et travaux scientifiques du Dr A. Guépin,** 1898 ; Vigot, éditeur.

**L'hypertrophie sénile de la prostate.** Vol. in-8°, Paris, 1900, Vigot, éditeur.



