

la cystite chronique. D'autre part, le dépôt urinaire sera léger, floconneux et ne s'étalera jamais en nappe épaisse comme dans le catarrhe vésical.

Ajoutons à ces quelques données générales que le cathétérisme aidera beaucoup aussi à confirmer le diagnostic ; et en pareil cas, l'introduction d'une sonde métallique n'offre pas les inconvénients qu'il y aurait si la même exploration était pratiquée dans une vessie atteinte de cystite aiguë.

Pronostic. — Les considérations et les détails qui précèdent font pressentir combien il est difficile de porter un pronostic sur la terminaison du catarrhe vésical. Cependant cette affection réputée autrefois absolument incurable, ne l'est pas aujourd'hui, grâce aux moyens puissants d'investigations et aux ressources de la médecine opératoire. Ce n'est guère que dans les cas où l'organisme est épuisé et ruiné par une suppuration prenant sa source dans le tissu rénal que la thérapeutique est complètement impuissante.

On parvient parfois à éloigner mais jamais à conjurer le terme fatal.

Traitement général et local. — Il découle d'une façon directe des données fournies par l'étiologie et plus particulièrement par un sérieux examen des voies urinaires. C'est ainsi que si le canal urétral est atteint de rétrécissement, on ne pourra compter sur la guérison du catarrhe vésical qu'autant que l'urètre aura reconquis un calibre suffisant à une évacuation facile et complète de la vessie.

Si le cathétérisme fait constater la présence d'un calcul nous verrons plus loin qu'il serait sans doute imprudent de tenter le broiement de ce calcul avant d'avoir diminué l'état catarrhal de la vessie ; mais on se ferait grandement illusion, si on espérait venir à bout de la cystite avant d'avoir enlevé le calcul.

Une tumeur ou l'hypertrophie de la prostate, agissant dans le même sens que le rétrécissement urétral, c'est-à-

dire, s'opposant à l'évacuation facile et complète des urines — et cette lésion n'étant pas justiciable d'une opération quelconque — il est évident qu'en pareils cas il faut obvier avant tout au séjour trop prolongé des urines dans leur réservoir, et on y parvient en apprenant aux malades à se sonder eux-mêmes avec des sondes flexibles.

Mais toute l'étiologie de la cystite chronique ou du catarrhe vésical ne réside pas exclusivement dans la présence d'un calcul, ni dans l'existence d'une tumeur prostatique ou d'un rétrécissement urétral, et nous avons déjà dit, à propos de l'anatomie pathologique de cette affection, que, par le fait même des altérations de structure survenues dans les tuniques de la vessie, cet organe perdait la faculté de se contracter, d'où l'impossibilité de se vider complètement. On n'expulse alors qu'une quantité d'urine à peine suffisante pour maintenir un certain équilibre ; le malade urine par *surverse* ou *réorgement*. L'urine trop longtemps maintenue dans le réservoir ne tarde pas à s'altérer et à subir la décomposition ammoniacale dont il a été déjà question, et là git une nouvelle source d'irritation pour la vessie et parfois d'accidents généraux graves qu'on ne peut pas toujours prévenir avec un cathétérisme souvent répété.

On a successivement recouru à un grand nombre de médicaments pour combattre l'hypersécrétion vésicale, et la plupart ont été choisis dans la nombreuse classe des balsamiques. Nous devons mentionner en première ligne le copahu, le goudron et la térébenthine. Les uns et les autres ont donné de bons résultats ; mais si les effets de cette médication ne répondent pas toujours à l'attente du médecin, c'est, qu'on nous permette de le dire, qu'on veut en user dans *tous les cas* indistinctement et que, dans un traitement qui exige de la persévérance, on change trop souvent de remèdes, sans laisser à aucun le temps d'agir utilement.

Et d'abord les balsamiques conviennent-ils à tous les tempéraments et doit-on les prescrire indistinctement à

tous ceux qui sont atteints de cystite chronique? Non, assurément, et il faut rappeler ici une observation clinique qui a son importance. Etant admis que le catarrhe vésical peut réagir fâcheusement sur tout l'organisme, il faut admettre aussi qu'un état diathésique particulier de cet organisme pourra exercer une influence non moins fâcheuse sur la lésion locale. Or, une diathèse rhumatismale, une diathèse herpétique, ou une disposition générale à l'hypersécrétion des muqueuses, ne sauraient exercer une influence identique sur l'inflammation chronique de la vessie issue d'une cause locale quelconque; et par cela seul — indépendamment d'antipathies organiques individuelles — la même médication ne saurait convenir à tous les cas. Inutile peut-être d'ajouter qu'il s'agit, pour le moment, d'une médication générale.

Il y a donc avantage incontestable à s'enquérir des dispositions générales de l'organisme, pour mieux combattre l'*appoint morbide* que cette disposition apportera fatalement à la lésion vésicale. De cette investigation résulte-t-il qu'on a affaire à un tempérament sujet à des atteintes rhumatismales ou goutteuses? On prescrira les préparations alcalines, telles que le bi-carbonate et le tartrate de soude. Leur action immédiate est de corriger l'excès d'acidité de l'urine, et c'est déjà un bon résultat. Elles augmentent aussi la sécrétion urinaire, et quelques praticiens considèrent le fait comme regrettable. Nous ne partageons pas cette manière de voir: vider souvent la vessie est un moyen d'éviter que l'urine revête les caractères des liquides croupissants. D'ailleurs personne ne conteste, pour la cystite chronique, l'utilité des bains généraux et plus particulièrement des bains alcalins, et personne n'ignore non plus que les bains augmentent la sécrétion urinaire.

Thompson associe aux alcalins de faibles doses de belladonne ou de jusquiame, et cet exemple est bon à suivre; d'autant meilleur même que, dans un traitement de longue durée, c'est moins peut-être de la *quantité* du remède administré qu'on doit attendre d'utiles effets que de son

action lente et continue. Certes, la dose de solution alcaline contenue dans les eaux de Vichy, de Contrexeville, de Vals ou d'Evian n'est pas énorme, et cependant l'on sait les résultats qu'on en obtient chaque jour.

A défaut d'eaux minérales naturelles, nous avons souvent conseillé — et avec bon résultat — l'usage de l'infusion de feuilles de frêne bicarbonatée, à la dose de quatre ou cinq grammes de sel par litre de véhicule; et si nous en jugeons par un fait récemment observé, il est plus que probable que le salicylate de soude sera aussi très-utilément employé, lorsque la diathèse rhumatismale ou goutteuse est bien accentuée et que l'élément douleur prédomine; mais nous n'osons rien affirmer en présence d'un unique essai.

Si la diathèse herpétique complique, voire même tient sous sa dépendance la cystite chronique, des deux choses l'une: ou cette diathèse n'est elle-même qu'une des manifestations de la diathèse urique, ou elle en est jusqu'à un certain point indépendante. Dans le premier cas, le traitement alcalin est encore indiqué et nous n'avons pas à revenir sur ce qui vient d'être dit. Dans le second cas, s'il y a ce qu'on appelait jadis une *constitution dartreuse* dont la caractéristique ne gît pas exclusivement dans la présence d'un excès d'acide urique dans le sang, le traitement général par les alcalins *n'aboutit* pas, et il faut en appeler aux préparations arsénicales à dose très-modérée, et au soufre à doses minimales.

Les bains d'Aix-en-Provence, par exemple, n'ont pas guéri, assurément, mais souvent soulagé des cystites catarrhales appartenant à cette catégorie.

Un autre dépuratif plus utile encore que les précédents, si les manifestations dartreuses ont été précédées ou accompagnées d'engorgements glandulaires, c'est le chlorure d'or et de sodium administré à la dose de deux ou trois milligrammes au plus, par jour, dans une légère infusion de houblon et de pensée sauvage.

Enfin, lorsque la cystite chronique se déclare sur des organismes ou domine, entre autres conditions générales morbides, une notable prédisposition aux affections catarrhales et aux hypersécrétions muqueuses qui en sont la conséquence, la médication balsamique convient avant tout, et on peut employer *successivement* tous les résineux. Dupuytren professait une grande prédilection pour la térébenthine; le goudron, le copahu, les dérivés du bourgeon de sapin, ont eu et auront probablement encore leurs jours de vogue. La meilleure pratique nous paraît celle de se guider sur les sympathies ou les antipathies de l'estomac des malades, attendu que ces divers médicaments ont une action à peu près identique.

Ce que l'on ne saurait trop recommander en temps opportun, et lorsque le déplacement est possible, ce sont les eaux de Capvern; leur efficacité nous a été démontrée à diverses reprises, d'une façon irrécusable.

En cherchant à bien établir, par tout ce qui précède, qu'un traitement général est indispensable, nous sommes assurément bien loin de vouloir nier l'importance des soins locaux et directs pour combattre la cystite chronique. Et nous en avons déjà dit quelques mots en parlant, dès le début de cet article, de la nécessité d'une intervention chirurgicale, lorsque la lésion vésicale est due à un rétrécissement, à la présence d'un calcul ou à une tumeur de la prostate. Les désordres anatomo-pathologiques que nous avons signalés sur la muqueuse vésicale peuvent ne plus se trouver sous la dépendance d'un état morbide général, mais ils n'en persistent pas moins; d'où la nécessité d'agir sur eux directement pour arrêter au moins leur progrès, si l'on ne peut parvenir à leur complète disparition. Tout traitement local exige ici que le médicament soit nécessairement introduit dans le réservoir urinaire; il faut donc pratiquer des injections dans la vessie.

Une muqueuse vésicale atteinte d'hypersécrétion mucopurulente est, jusqu'à un certain degré, dans le cas d'une

large plaie qui suppure, et une des premières indications qui se présentent est le *lavage* de la plaie. Mais le lavage suppose l'introduction préalable d'une sonde à double courant, et alors même qu'on a à sa disposition des instruments flexibles, on ne peut renouveler quotidiennement ces lavages sans réveiller des douleurs toujours trop vives. M. Richet professe qu'on ne doit pratiquer les lavages que si les urines présentent les caractères des liquides croupissants et infects, et en cela l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu a parfaitement raison. Il est bon de se rappeler toutefois que les conditions anatomo-pathologiques qui facilitent le croupissement, et par cela même la fétidité des urines, existent très souvent dans la cystite chronique, pour peu que la maladie se prolonge; or, les lavages pouvant agir comme moyen préventif, il s'agit de savoir si le bien qu'ils peuvent produire se trouvera ou non suffisamment compensé par le surcroît d'irritation qu'ils apportent à un organe déjà trop irrité. C'est au tact du praticien à décider la question qui ne saurait, du reste, être résolue d'une manière générale. On a dit souvent, et bien avant nous, qu'on a affaire à des malades et non à des maladies, et il faut agir en conséquence.

L'injection intra-vésicale étant décidée en principe, faut-il la rendre *médicamenteuse*, ou doit-on se contenter d'un simple *lavage*? Si la maladie n'est pas trop ancienne, et si les urines ne sont pas profondément altérées, les lavages (qu'il ne faut pas confondre avec les irrigations dont nous parlerons plus loin) à l'eau froide, comme le conseille Civiale, ou à l'eau tiède, comme on les pratique généralement, remplissent un double but: nettoyer le réservoir, empêcher, par conséquent, que les urines croupissent, et réveiller la contractilité musculaire de l'organe. Cependant il nous paraît préférable de profiter du cathétérisme pour *modifier*, par un topique altérant, l'état morbide de la muqueuse, tout en procédant à son lavage. Et pour remplir ces deux indications nous avons recours d'abord à des injections d'eau légèrement arniquée et phéniquée.

Mais ce traitement local, assez anodin, ne peut suffire lorsque le catarrhe est ancien et qu'il a déjà produit de graves désordres sur la région atteinte ; on a donc fait appel à une médication plus active, et c'est ici que la multiplicité des moyens proposés prouve malheureusement l'inefficacité de la plupart d'entre eux. Chopart a injecté de l'eau de Baréges, coupée par l'eau d'orge, et, dans une circonstance assez grave, une solution d'acétate plombique à la dose de 0,05 dans 120 gr. d'eau tiède. Le résultat fut favorable. Le baume de copahu a été préconisé par Souchier de Romans et employé avec succès à l'hôpital du Gros-Caillou. Dupuytren et Sanson pratiquaient, deux fois par jour, des injections d'eau de goudron modérément laudanisée, et en tiraient de bons effets.

Les opiacés ont été conseillés par Thompson et Kuss ; on a vanté encore, comme injections adoucissantes, le glycérolé de biborate de soude (30 gr. de sel in 60 gr. d'eau et glycérine). Une cuillerée de ce glycérolé dans 120 gr. d'eau tiède est injectée chaque fois et agit comme alcalin et comme anti-fermentescible. On a encore tenté l'emploi de la teinture d'iode comme *modificateur local* plus énergique.

Cependant, de toutes ces médications plus ou moins *perturbatrices*, celle qui a été la plus généralement adoptée et qui l'est peut-être encore dans les cas les plus rebelles — où, selon les préceptes de Celse, il est permis, pour de grands maux, d'avoir recours, à des remèdes énergiques. — C'est la médication mise en lumière par l'École de Montpellier et plus particulièrement par Lallemand et par Serre. L'illustre auteur des *Lettres sur l'encéphale* et de tant d'autres travaux qui lui ouvrirent les portes de l'Institut, a été le premier, croyons nous, à porter l'azotate d'argent sur la muqueuse vésicale ; mais on doit à Serre, qui fut un praticien très-remarquable, d'avoir soigneusement formulé *comment* et à *quelle dose* on pouvait employer les injections nitratées dans la vessie pour y combattre, avec

espoir de succès, un état catarrhal rebelle à d'autres médications. Serre recommande d'évacuer d'abord l'urine et d'injecter, immédiatement après, la solution d'azotate d'argent à la dose de 0,05 cent. dans 120 grammes d'eau distillée ; cette solution ne doit-être laissée en place que cinq ou six minutes, et moins encore, si le malade accuse quelque douleur profonde un peu trop vive ; et en pareil cas il faut renoncer pendant quelques jours à renouveler l'injection. Mais ordinairement cette médication n'est suivie d'aucun accident, et n'aggrave d'aucune façon les douleurs préexistantes ; on peut dès lors la renouveler plusieurs fois, à la distance de 24 ou 48 heures au plus, jusqu'à ce que l'hypersécrétion du muco-pus soit considérablement amendée. Il n'est pas prudent toutefois de recourir à cette injection plus de six ou huit fois, sauf à y revenir plus tard si la maladie persiste et ne cède à aucun autre moyen.

On n'a pas signalé, que nous sachions, de contre-indication spéciale à ce procédé de traitement local *altérant*, et nous n'osons affirmer que celle que nous allons indiquer soit bien positive ; tout ce qu'il nous est permis d'avancer c'est que, en nous y conformant, nous n'avons jamais eu à regretter l'introduction d'une solution légèrement caustique dans le réservoir urinaire.

Lors donc que la cystite chronique est accompagnée de fréquentes apparitions herpétiques au prépuce et autour du gland, et que l'on rencontre dans le dépôt des urines quelques filaments sanguins ou de tout petits caillots de sang, il est prudent de surseoir à l'injection nitratée jusqu'à ce qu'on se soit assuré du degré de sensibilité de la vessie ; et ce renseignement important peut s'obtenir, sans trop de difficulté, en pressant modérément la paroi vésicale entre une sonde déjà placée dans la vessie et l'index introduit dans le rectum. Si la pression exercée sur différents points du réservoir détermine de vives douleurs, on peut en conclure, avec quelque certitude, que la muqueuse est ramollie, éraillée, et il faut dès lors renoncer à l'injection

d'azotate d'argent et s'en tenir aux autres moyens curatifs *locaux* précédemment indiqués.

Somme toute, en présence d'une maladie grave, toujours difficile à guérir — quand elle est guérissable — il n'est guère permis de décider *à priori* qu'elle est la médication qui réussira le mieux, et moins encore si la même sera suivie sans interruption, ou si l'on ne sera pas obligé d'avoir alternativement recours aux unes et aux autres, selon la marche de la lésion locale et selon les variations subies par l'état général lui-même. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'on ne doit pas redouter l'emploi des injections vésicales lorsque l'urine offre les conditions de purulence déjà signalées. Il est rassurant de se rappeler à cet égard la belle observation mentionnée par J. Cloquet dans les *Archives générales de médecine* (1) : Un homme âgé de soixantedix ans, atteint de catarrhe vésical très-intense, fut soumis, pendant quatre mois, à des irrigations d'eau tiède (32 degrés) à l'aide de la sonde à double courant. Près de deux mille litres d'eau passèrent par la vessie dans ces quatre mois de traitement, et le malade guérit. Cloquet ajoute que s'il n'a pas toujours obtenu des résultats aussi satisfaisants, du moins l'état des malades soumis à ces irrigations n'a *jamais empiré* ; et c'est peut-être en s'inspirant des essais de J. Cloquet et, plus récemment, de l'opinion de Roser (2), que M. Bertholle a proposé de pratiquer les injections intra-vésicales *directement par le canal de l'urèthre* à l'aide d'une seringue ordinaire munie d'une extrémité en caoutchouc. Ces *lavements de vessie*, selon l'expression de l'auteur, ont l'avantage, dit-il, de pouvoir être facilement et fréquemment employés par le malade lui-même, qui les multiplie ou les retarde, selon le degré de soulagement qu'il en ressent.

(1) 1823. T. III, p. 304.

(2) *Eléments de pathologie chirurgicale*. Traduction de MM. Culmann et Sengel, Paris, 1870.

Ces deux procédés, de J. Cloquet et de Bertholle, sont en quelque sorte une application *d'hydrothérapie locale* au traitement de la cystite chronique. Et en admettant même que ni l'un ni l'autre ne soit d'une application facile et générale, on ne peut leur refuser de fournir un bon argument en faveur des injections médicamenteuses directement portées sur la muqueuse vésicale.

CHAPITRE IV.

CALCULS ET CORPS ÉTRANGERS DE LA VESSIE.

§ 1. — CALCULS VÉSICAUX.

Nous avons déjà dit (page 101 et suivantes), quelles sont les conditions physiques et chimiques qui distinguent l'urine normale ou physiologique de l'urine anormale ou pathologique.

Il est évident que la plupart des causes — mais pas toutes assurément — qui concourent à la formation des calculs vésicaux c'est dans l'urine pathologique qu'il faut les chercher. Et deux circonstances également anormales, agissant séparément ou conjointement, peuvent faciliter la formation de ce produit morbide : *excès* dans les matériaux cristallisables qui composent normalement l'urine ; *addition*, à ses matériaux ordinaires, de produits anormaux ou insolites. Parmi ces derniers, il faut compter les corps étrangers qui, arrivant dans la vessie par le canal de l'urèthre ou par toute autre voie, constituent à bref délai le noyau des calculs.

Sans entrer ici dans des détails inutiles sur une question généralement connue, nous rappellerons seulement que