

nous nous bornerons à discuter et à établir les cas dans lesquels l'une ou l'autre sont applicables.

Les statistiques donnent ici des indications fort minimes; en se bornant à celle de GROSS, qui porte sur un total de neuf mille deux cent quatre-vingt-dix-neuf (9299) faits, on trouve que la taille occasionne à peu près deux fois plus de décès que la lithotritie. Au point de vue des chances de succès, la lithotritie a donc une supériorité incontestable. Dans ces dernières années, d'importantes modifications ont notablement élargi les limites déjà très vastes de la lithotritie; au lieu de se borner à broyer les calculs, le chirurgien enlève séance tenante les fragments à l'aide d'un appareil spécial (aspirateur de BIGELOW); au lieu de faire des séances très courtes, on reste 40, 50, 60 minutes dans la vessie de façon à la débarrasser en une seule fois. Ainsi transformée, l'opération porte à l'étranger le nom de *litholaplasie*.

Quelles sont les contre-indications à la lithotritie, et partant les indications de la taille? Les renseignements sur ce point se tirent des caractères physiques du calcul, de l'état des voies urinaires, enfin de la manière d'être du malade.

Il ne faut pas attaquer avec le lithotriteur les calculs très durs et les pierres ordinaires dont le volume dépasse 4 décimètres cubes; de même cet instrument est manifestement impuissant contre les calculs enchatonnés ou enkystés, enfin son introduction répétée deviendrait dangereuse s'il existait un grand nombre de pierres.

Les altérations des voies urinaires nécessitent toute l'attention du chirurgien. Les rétrécissements très serrés, les spasmes de l'urètre, l'hypertrophie de la prostate peuvent gêner suffisamment l'introduction ou la manœuvre du brise-pierre pour constituer un obstacle absolu à son emploi.

Les cystites aiguës et chroniques, étant aggravées par l'introduction de corps étrangers, doivent faire différer la lithotritie. Il faut encore s'abstenir de toutes manœuvres sur l'urètre lorsqu'on constate la présence d'altérations rénales.

Relativement à la manière d'être du sujet, la plupart des auteurs sont d'avis que, chez les enfants, avant l'âge de quinze ans, la taille doit être la méthode de choix, cela parce que la lithotritie est rendue difficile par la situation du réservoir urinaire et l'étroitesse du canal.

Chez la femme, le chirurgien a rarement occasion de faire le broiement des calculs; d'une part la largeur et le peu d'étendue du canal font que les pierres sortent spontanément ou tout au moins que l'on peut les extraire par les voies naturelles; d'autre part, les diverses tailles vaginales guérissent chez la femme avec la plus grande facilité.

CHAPITRE III

LÉSIONS INFLAMMATOIRES DE LA VESSIE

§ 1^{er}. — Cystite aiguë

Bibliographie. — MOREL-LAVALLÉE, *Cystite cantharidienne*, in *Arch. gén. de méd.*, 5^e série, t. VIII, 1856. — BAIZEAU, *Cystite hémorr.*, *Recueil des mém. de méd. et pharm. milit.*, 1861. — DÜNER (G.), *Douches vésiales dans la cystite aiguë*, in *Hygiea*, 1876. — CHAMBERLAIN, *The Relations on the Urinary Organ to puerperal Diseases*, in *Americ. Journ. of Obstetr.*, New-York, 1877. — GUYON, *Revue mens. de méd. et chir.*, 1878. — GUYON, BAZY, PARA, *Instillations de nitrate d'argent*, in *Ann. des maladies des organes génitaux et urinaires*, 1883. — HACHE, *Pathog. des cyst.*, in *Revue de chir.*, 1884, p. 161.
Consultez l'article CYSTITES, par CHAUVEL, in *Dict. des sciences méd.*, 1880 (Bibliogr.), et celui de VALETTE, in *Dict. de méd. et chir. prat.*, t. X, 1869.
Thèses de Paris. — 1840, TABOREL. — 1849, PRÉVOST. — 1853, PETIT (*Cystite blenn.*). — 1874, PERRIN (*Cystite blenn.*). — 1877, GIRARD, MONS. — 1878, LAFOREST. — 1883-84, HACHE.

Étiologie. — Relativement aux causes qui lui donnent naissance, la cystite se divise en quatre classes: cystite *idiopathique* ou *spontanée*, cystite *traumatique*, cystite *infectieuse* et cystite *symptomatique*.

a. *Cystite spontanée.* — Fréquente chez les rhumatisants, elle se montre sous l'influence du froid, à la suite d'un excès, et même sans aucune cause apparente.

b. *Cystite traumatique.* — Cette variété reconnaît pour origine les contusions, déchirures et plaies de la vessie, elle complique fréquemment les manœuvres de la lithotritie.

c. *Cystite infectieuse.* — Chez les nouvelles accouchées, dans certaines circonstances, se développent des cystites extrêmement redoutables qui déterminent rapidement la gangrène du réservoir urinaire et la mort. HERVIEUX pense que l'on doit ranger ces cystites parmi les accidents d'origine puerpérale. FORSTER et KLEBS rapprochent de cette variété des inflammations graves de la vessie qui se montrent à la suite ou dans le cours de différentes affections (pyohémie, typhus, variole, scarlatine, choléra); ces cystites apparaîtraient sous l'influence d'organismes inférieurs retrouvés dans l'urine des malades.

d. *Cystites symptomatiques.* — Ce groupe est de beaucoup le plus nombreux; diverses lésions sont, en effet, susceptibles de déterminer l'inflammation du réservoir urinaire. Signalons: 1^o la présence de calculs ou de corps étrangers dans la vessie; 2^o les affections organiques de cette cavité; 3^o la propagation

d'une inflammation de voisinage, les maladies de l'utérus et du vagin chez la femme, les inflammations de l'urètre et de la prostate chez l'homme, dans les deux sexes les lésions du rectum, du péritoine et de l'intestin; 4° l'introduction dans l'économie de certaines substances : cantharide, cubèbe, copahu.

Anatomie pathologique. — Dans les cas légers, la muqueuse vésicale, seule intéressée, présente çà et là de fines arborisations rougeâtres, parfois des taches ecchymotiques, surtout aux abords du col; l'épithélium généralement altéré laisse à nu le corps muqueux dans les parties les plus enflammées.

« A un degré plus avancé de la maladie, la muqueuse est boursoufflée, légèrement fongueuse à sa surface, épaisse dans son ensemble, recouverte dans ses parties déclives de mucus ou de muco-pus » (LE DENTU).

Les ulcérations et la gangrène sont rares dans le cours de la cystite aiguë. Les cystites infectieuses se compliquent fréquemment de la production de fausses membranes. Les auteurs allemands, ROKITANSKY, FORSTER, KLEBS, ont même voulu faire de cette variété une forme particulière de cystite, à laquelle ils ont donné le nom de *cystite pseudo-membraneuse, diphthéritique* ou *croupale*.

Les fausses membranes qui se développent ainsi sont épaisses, fermes ou molles, suivant qu'elles contiennent simplement de la fibrine ou que cette substance se trouve mélangée de sang et de pus; elles ne ressemblent donc en rien aux fausses membranes de la cystite cantharidienne qui présentent un aspect opalin et se détachent avec la plus grande facilité.

Ces fausses membranes occupent parfois toute l'étendue de la vessie dont elles représentent le moule exact; dans la majorité des circonstances elles se limitent à certains points entre lesquels la muqueuse est simplement injectée.

Symptômes. — A. *Troubles fonctionnels.* — La cystite aiguë détermine des douleurs violentes accompagnées de troubles de la miction. Sourde et profonde d'abord, la douleur affecte rapidement un caractère d'acuité remarquable; elle a pour siège principal la région hypogastrique, et de là s'irradie dans les flancs, la région lombaire, envahissant le périnée et la verge jusqu'à la racine du gland. Les envies d'uriner deviennent fréquentes: l'émission du liquide est accompagnée d'une sensation de brûlure le long du canal. « A chaque instant, dit VALETTE, le besoin de se soulager force le malade à se lever, mais c'est en tremblant de tous ses membres et en poussant des cris de douleur qu'il parvient à expulser quelques gouttes d'urine; cette scène peut se répéter trente, quarante et même cent fois dans les vingt-quatre heures, et cependant malgré ces besoins pressants et ces efforts réitérés, la quantité de liquide expulsé n'est pas considérable, aussi la vessie se laisse distendre de plus en plus et forme un globe dur très douloureux que l'on sent au-dessus du pubis.

« La rétention d'urine est parfois absolue, totale, fait que ne doit pas oublier le chirurgien. »

B. *Symptômes généraux.* — Le facies des patients accuse l'anxiété et la douleur, le pouls est dur, fréquent, développé, la fièvre intense souvent accompagnée de délire; la peau chaude, sèche au début, se couvre bientôt de sueurs profuses à odeur âcre et urineuse; enfin, dans les formes graves, on

observe des hoquets, des vomissements, puis le malade tombe dans l'adynamie et le coma.

Variétés suivant le siège. — a. *Cystite du col.* — Plusieurs auteurs n'admettent pas que l'inflammation puisse se cantonner exactement au col de la vessie. GOSSELIN, en particulier, regarde la cystite du col comme une simple vue de l'esprit. L'expérience journalière va contre cette assertion et prouve que les phénomènes morbides sont susceptibles de se limiter en cette région au niveau des plis radiés.

Les causes qui occasionnent le plus communément l'inflammation de la muqueuse du col sont : le cathétérisme, les sondes à demeure, les hémorroïdes enflammées, les excès vénériens et surtout la blennorrhagie.

La cystite du col présente des caractères assez nets. L'émission des urines est fréquente, plus douloureuse, les souffrances acquièrent toute leur intensité à la fin de la miction, les dernières gouttes d'urine sont teintées de sang, en maintes circonstances même on voit survenir des hématuries.

b. *Cystite du corps.* — La cystite du corps est souvent due à la présence de calculs, de corps étrangers, elle se produit aussi à la suite de rétention d'urine lorsque le chirurgien évacue brusquement tout le contenu de la vessie.

Les phénomènes douloureux ont une acuité beaucoup moindre que dans le cas précédent, leur maximum d'intensité se montre au début de la miction, les hématuries sont rares, les urines au lieu d'être sanguinolentes contiennent d'habitude des débris épithéliaux, des fausses membranes ou du pus.

Marche. Durée. Terminaison. — La cystite aiguë peut se terminer par résolution, par suppuration, occasionner la formation de plaques gangréneuses ou passer à l'état chronique.

a. *Résolution.* — Vers le cinquième ou le sixième jour, dans les cas les plus favorables, les douleurs hypogastriques diminuent, les besoins sont moins pressants, les urines moins troubles, moins épaisses, et peu à peu tout revient à l'état normal. La convalescence est toujours longue, la vessie reste pendant longtemps sensible.

b. *Suppuration.* — La présence de pus dans les urines ne constitue pas une complication mais un phénomène ordinaire de la cystite; au contraire le pronostic se trouve notablement modifié lorsqu'une collection purulente se développe dans l'épaisseur des parois de la vessie, accident possible à la suite des traumatismes après la taille, la lithotritie. Suivant les cas, cet abcès ulcère la muqueuse et s'ouvre dans la vessie, ou bien il se porte vers les parties périphériques, et le pus se répand dans le tissu cellulaire ambiant (phlegmon périvésical); s'il pénètre dans le péritoine la mort est certaine.

c. *Ulcération. Gangrène.* — Les ulcérations paraissent rares dans le cours de la cystite aiguë, la gangrène ne se montre qu'à la suite des traumatismes violents, surtout après les accouchements. Les urines deviennent noires, bourbeuses, fétides, les phénomènes généraux s'aggravent et la mort survient rapidement. Nous étudierons ultérieurement la cystite chronique.

Diagnostic. — La cystite franchement aiguë se présente avec des sym-

ptômes tellement nets qu'elle ne saurait être méconnue, à peine pourrait-on la confondre avec la prostatite, mais nous verrons qu'alors il existe du côté du rectum une sensation spéciale de corps étrangers; de plus le toucher rectal fournira une série de renseignements précieux.

Reconnaître la cystite ne suffit pas, il faut ensuite en chercher la cause; le chirurgien ne doit pas compter, en pareille occurrence, sur la bonne foi du malade qui fréquemment par fausse honte ou pour tout autre motif s'efforcera de l'induire en erreur.

Pronostic. — Le pronostic de la cystite varie notablement; les cystites cantharidiennes, *a frigore*, blennorragiques n'ont aucune gravité, les cystites infectieuses occasionnent au contraire des accidents rapidement mortels.

Traitement. La première indication consiste à calmer la douleur et à combattre la rétention d'urine. Les sangsues appliquées au périnée, à l'anus, de grands cataplasmes sur l'abdomen, des bains prolongés calment la souffrance; on y joindra des quarts de lavements avec dix, quinze gouttes de laudanum ou 2 grammes de chloral, ces lavements seront répétés trois fois par jour. Les différents suppositoires trouvent aussi leur indication; si cela ne suffisait pas, nous ne verrions aucun inconvénient à faire dans la région hypogastrique ou au périnée, une ou plusieurs injections de morphine.

A tout prix il faut éviter la constipation; aux lavements laxatifs nous préférons l'ingestion fréquente à petites doses d'huile de ricin (une cuillerée à bouche tous les deux jours.)

Si les urines ne s'écoulent pas en quantité convenable, le chirurgien videra la vessie au moins matin et soir à l'aide d'une sonde en gomme; lorsque les phénomènes de la période aiguë commencent à s'amender, quelques injections faites avec une solution tiède d'acide borique à 4 p. 100 modifieront avantageusement l'alcalinité des urines.

Les cystites dues à la présence d'un corps étranger en nécessitent l'extraction, malheureusement la complication vésicale contre-indique toute intervention trop active, on se trouve ainsi dans un cercle vicieux; les auteurs sont d'avis d'améliorer d'abord l'état de la vessie et de ne toucher au corps étranger que plus tard.

Pendant la période aiguë on donnera au patient des boissons adoucissantes et alcalines, eau de lin, bourgeons de sapin, avec quelques grammes de bicarbonate de soude.

§ 2. — Cystite chronique

Bibliographie. — DEVERGIE, *Gaz. méd.*, 1836. — *Catarrhe chronique, faiblesse et paralysie de la vessie*, in-8°, Paris, 1840. — FOUCHER, *Gaz. méd. de Paris*, 1864. — GOSSELIN et ROBIN, *Arch. gén. de méd.*, 1874. — DU CAZAL, *Gaz. heb. de méd.*, 1876. — LE DENTU, *Revue de thérap. méd. chirurg.*, 1877. — THOMPSON, *Contagion de la cystite par les instruments*, in *Brit. Med. Journ.*, 1879. — DELEFOSSE, *Ann. des maladies des organes génitaux et urinaires*, 1883. Thèses de Paris. — 1837, GARNIER, FAURÉ. — 1839, SAINTE-COLOMBE. — 1841, MAISON

MABROUX. — 1854, VIRLET. — 1857, PINGAT, NASSAUX. — 1865, BERNADET. — 1876, GUILLAUD. — 1878, CHARLAT LINARIX.

La cystite chronique, dans la majorité des circonstances, constitue une terminaison de la cystite aiguë, ou bien elle reconnaît pour origine un obstacle au cours normal de l'urine (hypertrophie de la prostate, rétrécissement, calculs ou corps étrangers de l'urètre, etc.). En dehors de ces conditions les causes les plus communes de la cystite sont : les calculs et corps étrangers de la vessie (cystite calculeuse), la paralysie et l'atonie de la vessie.

La cystite symptomatique de ces différentes affections se manifeste surtout chez l'homme, à partir de l'âge cinquante ans; chez la femme la cystite, moins commune, serait presque toujours liée à une affection de l'utérus, du vagin; nous devons encore signaler la fréquence de la cystite dans le cours de la grossesse, diverses causes expliquent alors sa production; congestion du côté des organes pelviens, contractilité des fibres réflexes de l'organe mises en jeu par les modifications de l'utérus, compression directe de la vessie par le globe utérin.

Anatomie pathologique. — L'aspect de la cavité vésicale offre de très grandes variétés; au début, la muqueuse blanchâtre, comme lavée, présente de place en place des ecchymoses siégeant plus spécialement vers le bas fond de l'organe. Lorsque la lésion est ancienne, la muqueuse épaissie, villosité, se montre parsemée de plaques livides, ardoisées, grisâtres; cette membrane ainsi altérée se trouve habituellement dépourvue de son épithélium dans toute son étendue ou sur des points limités. On remarque fréquemment dans l'intérieur du réservoir urinaire de véritables fausses membranes, qui parfois tapissent totalement sa face interne, tandis que dans d'autres circonstances elles adhèrent par un seul point et flottent dans l'intérieur du liquide. Ces fausses membranes se rencontrent de préférence chez les malades atteints d'affection calculeuse (VALETTE).

Enfin dans les catarrhes très anciens, il existe des ulcérations profondes qui détruisent une partie de la couche musculuse et peuvent amener la perforation de l'organe. L'inflammation ne tarde pas à gagner les plans sous-jacents; aussi dans les cystites anciennes, indépendamment des altérations précédentes, on constate une hypertrophie des parois de l'organe qui porte sur tous les tissus et dont l'épaisseur peut aller jusqu'à un centimètre et demi.

Ces vessies ainsi altérées ont perdu une partie de leur capacité; les recherches histologiques entreprises par JEAN démontrent que le processus inflammatoire intéresse non seulement la couche musculuse, opinion admise pendant longtemps, mais atteint principalement le tissu cellulaire sous-muqueux et interstitiel, lequel proliférant abondamment, étouffe peu à peu les fibres musculaires; ceci nous permet de comprendre pourquoi la vessie perd peu à peu son élasticité et se rétracte.

Il n'est pas absolument rare de voir l'inflammation dépasser le tissu de l'organe et gagner les parties périphériques; le péritoine se trouve envahi de la sorte, ou bien le tissu cellulaire du petit bassin s'indure sur une étendue variable (péricystite chronique).

Symptômes. — a. *Douleur.* — Les souffrances dans la cystite chronique ont une intensité très différente, elles acquièrent rarement l'acuité que nous avons signalée dans la forme aiguë. Certains malades accusent à peine quelques douleurs sourdes dans le bas-ventre, au périnée, dans les aines, à la région lombaire; d'autres ont des souffrances continues qui s'irradient le long de la verge et jusqu'à l'extrémité du gland.

b. *Troubles fonctionnels.* — La plupart des sujets se plaignent d'envies fréquentes d'uriner; les uns sont obligés de se présenter à la garde-robe toutes les dix minutes, d'autres peuvent retenir leurs urines pendant une heure, d'autres enfin, plus heureux, urinent seulement toutes les deux heures, le jour et la nuit.

Les patients atteints de paralysie de la vessie ou chez lesquels le réservoir urinaire est diminué de volume, ont assez souvent de l'incontinence d'urine.

La rétention complique quelquefois le catarrhe de la vessie; cependant, comme le fait remarquer LE DENTU. « la rétention d'urine n'est jamais un signe de cystite chronique; elle ne peut être que l'indice d'une autre affection et la coïncidence ne saurait donner le change à un observateur suffisamment attentif ». Il faut en chercher la cause dans des troubles fonctionnels autres que ceux déterminés par la cystite.

c. *État des urines.* — L'urine, au lieu de la réaction acide qu'elle présente à l'état normal, devient généralement alcaline; en même temps sa densité augmente. Cette alcalinité de l'urine résulterait d'une fermentation qui s'opère dans un point quelconque des voies urinaires et dont l'agent nous échappe encore absolument.

Dans ce liquide ainsi altéré, on trouve toujours une exagération des principes normaux de l'urine, mucus, cellules épithéliales, sels ordinaires et fréquemment des produits anormaux, pus, sang, sels divers. Ces urines sont louches, et lorsqu'on les recueille dans un bocal en verre, on ne tarde pas à voir les substances en suspension se précipiter dans le fond du vase. Suivant la nature du dépôt, MERCIER a divisé les urines en *muqueuses, puriformes, purulentes et glaireuses.*

Les dépôts muqueux forment tantôt un léger nuage suspendu au milieu du liquide, tantôt des masses compactes ayant l'apparence de fausses membranes.

La coloration de ces dépôts varie, ils sont jaune-pâle ou grisâtres; la présence de quelques globules de pus leur communique une teinte jaune verdâtre, une légère quantité de sang les rend brunes ou noirâtres.

Les urines purulentes et puriformes fournissent un dépôt blanc jaunâtre qui gagne le fond du vase, y formant un précipité à surface horizontale. Enfin les urines glaireuses sont gélatiniformes ou filantes. Cet état est dû à l'action qu'exerce sur le pus, le carbonate d'ammoniaque résultant de la décomposition de l'urine. Ces urines sont toujours fortement ammoniacales.

Marche. Durée. — Sous l'influence d'un traitement approprié ou par la suppression des causes qui lui donnent naissance, le catarrhe de la vessie est susceptible de guérir. Dans la majorité des cas cependant, la durée se prolonge pendant de longues années. Le moindre écart de régime, l'impression brusque du froid suffisent alors pour amener l'exagération des phénomènes morbides

ou occasionner les complications les plus redoutables, en particulier la rétention d'urine; dans les cystites anciennes, des altérations sérieuses existent communément du côté des reins.

Pronostic. — La cystite chronique constitue une maladie grave, tant par sa ténacité que par les complications et les troubles qu'elle détermine. Chez les sujets peu soigneux, elle occasionne fréquemment la mort; avec des soins convenables, au contraire, on peut la maintenir dans un état compatible avec l'existence.

Traitement. — Avant tout il est nécessaire de connaître les causes de la maladie; si le catarrhe est sous l'influence d'un rétrécissement de l'urètre, d'un calcul, il faudra combattre cette cause si l'on veut obtenir une guérison définitive et prévenir les récidives; ces conditions particulières éliminées, le traitement de la cystite chronique comporte des précautions hygiéniques et une série de moyens généraux et locaux.

a. *Moyens hygiéniques.* — Le malade atteint de catarrhe de la vessie surveillera son régime, ne se livrera à aucun excès de table, évitera de s'exposer à l'impression du froid; des vêtements de laine, une habitation salubre, l'hivernage dans un climat tempéré doivent être conseillés. Les grands bains, l'hydrothérapie, l'exercice au grand air faciliteront les fonctions cutanées.

La miction sera l'objet d'une surveillance constante; dès qu'elle semblera se faire d'une façon incomplète, il faudra recourir au cathétérisme.

b. *Médication interne.* — La médication interne comprend une foule d'agents: 1° diurétiques et alcalins (chiendent, stigmates de maïs en tisane, régime lacté, eaux minérales de Contrexéville, Martigny, Vichy, Vittel, Vals); 2° excitants (infusions d'uva ursi, de buchu, de pareira-brava (THOMPSON)); 3° balsamiques (bourgeons de sapin et eucalyptus globulus en infusion, copahu et cubèbe à doses fractionnées, térébenthine, baume de tolu, préparations de goudron).

c. *Moyens locaux.* — Indépendamment du cathétérisme, le traitement local comporte encore les injections vésicales simples ou modificatrices. Les lavages de la vessie avec une solution tiède d'acide borique à 4 p. 100 empêchent la stagnation des produits de décomposition et soulagent notablement les malades.

Après LALLEMAND, plusieurs auteurs, en particulier MERCIER, ont préconisé les injections intra-vésicales de nitrate d'argent à la dose de 0,05 à 1 ou 2 grammes pour 120 grammes d'eau. C'est là une médication dont il faudra user avec une extrême prudence et à laquelle nous préférons les instillations faites par la méthode de GUYON, nous y reviendrons en parlant de l'urétrite chronique.

§ 3. — Abscès de la vessie. — Ulcérations et gangrène

1° ABCÈS DE LA VESSIE

Les principales causes qui déterminent la formation des abcès de la vessie sont: les contusions et traumatismes de ce viscère, la présence de calculs, les cystites et la rétention d'urine.