

gent, en commençant par 30 centigrammes de sel pour 30 grammes d'eau, et en allant s'il le faut à 4 gramme pour 30. Voici, selon moi, le meilleur moyen de pratiquer cette injection : procédez au cathétérisme avec une bougie à boule creusée dans toute sa longueur ; laissez la vessie se vider, puis retirez l'explorateur d'une quantité équivalente à la longueur de la région prostatique ; la différence de sensibilité vous indiquera le moment où la bougie aura franchi les points malades ; poussez alors par la cavité de la bougie quelques gouttes de la solution caustique ; cette quantité suffit pour baigner la portion de muqueuse malade. Cette injection déterminera en général une irritation vive, des besoins d'uriner fréquents, souvent même la sortie de quelques gouttes de sang ; pendant deux ou trois jours, vous observerez un léger écoulement, puis l'irritation diminuera graduellement. Si vous trouvez avantage à renouveler cette cautérisation, attendez pour le faire huit à dix jours ; ce temps paraît nécessaire pour juger de l'effet produit par la cautérisation précédente. Vous pouvez employer aussi les différents porte-caustiques.

Joignez à ce traitement local, un traitement général réparateur, et l'emploi à l'intérieur de l'iodure de potassium.

Le traitement de l'abcès prostatique est subordonné à sa marche. L'abcès doit être ouvert lorsqu'il proémine dans le rectum ou au périnée ; mais l'opération ne doit être pratiquée que dans les cas où il y a certitude. S'il y a doute, il vaut mieux s'abstenir, et attendre en surveillant l'état du malade ; souvent alors on verra l'abcès s'ouvrir spontanément dans l'urèthre.

---

## SEPTIÈME LEÇON.

**Cystite aiguë. — Cystite chronique.  
Catarrhe vésical.**

---

Messieurs,

Nous avons envisagé l'urétrite et la prostatite sous leurs deux aspects principaux, l'inflammation aiguë, et l'inflammation chronique. Sans m'arrêter à la description particulière de chaque variété nosologique, j'ai esquissé à grands traits ces deux formes élémentaires de l'inflammation de la muqueuse uréthrale et des glandes qui lui sont annexées. Je vous ai déjà dit quelles sont les raisons qui m'invitent à adopter cette manière de procéder. Ces leçons générales contiennent les notions qui doivent vous servir de guide dans l'étude clinique des maladies des voies urinaires, et dans l'appréciation des préceptes qui régissent l'application des méthodes de traitement. Si je parviens ainsi à vous faire comprendre les éléments du diagnostic et les déductions qui en dérivent, j'aurai atteint mon but ; car vous pourrez alors suivre avec fruit les leçons cliniques, c'est-à-dire celles qui auront pour base l'étude approfondie et la comparaison des cas spéciaux, ainsi que l'emploi raisonné des moyens thérapeutiques dont l'art dispose. La cystite présente, elle aussi, un grand nombre de variétés que l'on

peut résumer en deux groupes, selon que l'inflammation est aiguë ou chronique.

Toute lésion de l'appareil urinaire peut devenir une cause de cystite, et dès que cette dernière est développée elle prend une importance si considérable, que bien souvent elle domine la scène pathologique; devant elle s'effacent plus ou moins les signes de la lésion qui lui a donné naissance.

Rarement la cystite est idiopathique; on doit cependant admettre l'existence de la cystite rhumatismale; elle se développe chez un rhumatisant, au même titre que le rhume de cerveau, la diarrhée, ou une manifestation quelconque du rhumatisme. La cystite traumatique est assez fréquente chez la femme, grâce aux accidents de la parturition: chez l'homme, on la rencontre à la suite de la lithotritie, de la taille, de la ponction, des plaies de la vessie; dans ces cas elle est grave, et il n'est pas rare d'observer des malades qui y succombent en quelques jours.

Mais la cystite symptomatique est de beaucoup la plus commune; les calculs, les corps étrangers de la vessie, les tumeurs de cet organe ont une grande influence sur sa production; dans d'autres circonstances, elle résulte de l'extension d'une phlegmasie voisine, soit par continuité de tissus, comme dans la néphrite, la pyélite, l'urétrite, la prostatite, la vaginite, soit par contiguïté, comme cela s'observe dans les tumeurs hémorrhoidales enflammées, la rectite, les suppurations des fosses ischio-rectales. Dans certains cas, la gêne de la miction produite par un rétrécissement, l'hypertrophie de la prostate, la rétention d'urine d'origine diverse, créera, quasi de toute pièce, une cystite

aiguë, mais plus ordinairement alors il se développera une cystite chronique. L'intensité de l'inflammation dans les cas aigus peut déterminer la suppuration de la vessie; rarement le pus est infiltré dans les parois vésicales, et cette infiltration se montre surtout dans les cystites traumatiques; le plus ordinairement le pus est collecté en foyers qui peuvent siéger sous la tunique externe et fuser dans le tissu cellulaire périvésical; on sous la tunique musculaire, et dans ce cas, il tend à se porter vers la cavité de la vessie. Souvent, le pus est formé simplement à la surface de la membrane muqueuse, et il se mélange avec l'urine. Dans d'autres circonstances, la cystite produit le ramollissement, l'ulcération, la gangrène de la muqueuse; la marche du processus ulcératif peut aboutir à une perforation ou à la rupture de la vessie; dans certains cas, comme dans la cystite qui succède à l'absorption du principe actif de la cantharide, la muqueuse se recouvre de fausses membranes. Il n'est pas nécessaire pour qu'une péritonite se développe, que la vessie soit perforée; on a cité des cas de péritonite de voisinage par propagation, par continuité de tissus.

Les signes et la marche de la cystite aiguë varient avec la cause et l'intensité de l'inflammation, avec l'extension de la maladie, et dans le cas d'inflammation partielle, selon les points de la vessie qui sont malades: à cet égard, on doit établir une première distinction entre la cystite du corps et la cystite du col.

La douleur intense à la région hypogastrique, irradiée au périnée et aux reins, exaspérée par la pression au dessus du pubis, les envies fréquentes d'uriner, le ténésme vésical et rectal, la rétention d'urine par gonflement de la mu-

queuse du col et la contraction spasmodique réflexe des fibres musculaires qui l'entourent, la distention mécanique des bassinets et des reins par l'occlusion de l'orifice vésical des uretères, tels sont les phénomènes qui traduisent une cystite aiguë et de grande intensité. Les accidents généraux suivent de près ces désordres, et leur évolution est d'autant plus rapide que le sujet paraît plus robuste, et que la vessie présentait avant le développement de la cystite un état pathologique plus ou moins ancien; nous voyons ces accidents devenir très-graves dans les cas de calculs et de corps étrangers, et dans ceux où existait une rétention d'urine. La fièvre est intense, le pouls dur, développé; des vomissements apparaissent, puis des phénomènes nerveux, et principalement de l'insomnie, de l'agitation, du délire; la sueur prend l'odeur urineuse. A ces phénomènes succède un état de prostration que l'on pourrait à tort considérer comme le prélude d'une amélioration; bien au contraire, cet état est l'indice d'un empoisonnement urineux plus intense, soit même de la suppuration ou de la gangrène de la vessie. Mais la maladie ne suit qu'exceptionnellement cette marche funeste, on voit d'ordinaire les accidents du début se calmer, et la résolution se produire, ou l'état chronique s'établir. La résolution n'entraîne pas toujours la guérison complète, car souvent il reste de l'atonie de la vessie, état différent de la paralysie, ainsi que nous le verrons bientôt.

Lorsque l'inflammation est limitée au col de la vessie, elle ne se traduit plus par l'expression symptomatique grave que je viens de vous tracer; cette cystite aiguë du col est par elle-même peu dangereuse, elle ne laisse guère rien

après elle, à moins que par des rechutes répétées elle ne produise une hypertrophie musculaire localisée au voisinage du col, cause fréquente de valvule uréthro-prostatique, ou de barre au col de la vessie.

Presque toujours la cystite du col est d'origine uréthrale; j'ajouterai d'origine blennorrhagique. Se développant la plupart du temps sans cause occasionnelle apparente, elle n'est en réalité qu'une extension de la prostatite, comme celle-ci est une propagation ascendante de l'urétrite. Vous la verrez souvent survenir inopinément, chez des malades soumis au traitement le plus rationnel, et observant avec rigueur les prescriptions que vous leur imposez; à plus forte raison, viendra-t-elle compliquer les uréthrites négligées, mal soignées, et dans le cours desquelles les malades enfreignent la première règle du traitement, le repos de l'organe: aussi l'excitation locale et générale sera fréquemment la cause vraie de l'extension du mal. Tout-à-fait au début, la cystite du col simule une congestion prostatique; mais bientôt se révèle son allure spéciale. Les envies d'uriner sont continuelles, et elles exigent une satisfaction immédiate; la douleur est plus intense à la fin de la miction; à ce moment se produit une épreinte convulsive toute particulière, à la suite de laquelle la vessie expulse un mélange de muco-pus et de sang; la douleur irradie vers le périnée, le pubis, les membres inférieurs, les reins; elle retentit aussi vers l'anus, bien qu'à un degré moindre que dans la prostatite aiguë. Tous ces phénomènes, malgré leur aspect inquiétant, s'accomplissent sans réaction générale bien marquée; la fièvre est ordinairement peu intense, quelquefois nulle. La rétention d'urine n'est pas fréquente dans la

cystite du col d'origine blennorrhagique, les contractions énergiques de la vessie parviennent à lever l'obstacle formé par le gonflement de la muqueuse, et surtout par le spasme réflexe des fibres musculaires; mais il n'en est pas toujours ainsi, et le cathétérisme peut être nécessaire. Dans ces cas, il sera non-seulement un moyen de traitement, mais encore un moyen de diagnostic; si en effet la sonde, après avoir pénétré dans la vessie, s'y promène librement et touche les parois vésicales sans causer de douleur vive, on en conclura que le corps de la vessie est sain. Le cathétérisme peut présenter des difficultés dues à l'obstacle au col de la vessie; laissez-moi vous citer textuellement ce que dit Lallemand à ce sujet dans ses observations sur les maladies des organes génito-urinaires: « à mesure que la sonde arrive vers  
 « la courbure du canal, la douleur augmente, elle est  
 « intolérable lorsque la sonde arrive au col de la vessie,  
 « celui-ci se réserre au devant de l'instrument, et quand  
 « on presse dessus, il s'enfonce du côté de la vessie, en  
 « sorte qu'il semble qu'on y ait pénétré. Mais dès qu'on  
 « cesse de presser, le col reprend sa place, et la sonde  
 « ressort en partie du canal. Dans ce cas, il ne faut pas  
 « s'obstiner à vouloir entrer de force, on n'y gagnerait  
 « rien et l'on produirait beaucoup de mal inutilement.  
 « Il faut laisser la sonde en place, et attendre que ces  
 « contractions aient cessé; le col s'ouvre alors de lui-même,  
 « embrasse la sonde et semble l'attirer dans la vessie par  
 « une espèce de succion accompagnée de mouvements saccadés. C'est alors que la douleur est plus aigüe; il semble  
 « au malade que la sonde est en contact avec des parties

« dénudées, et quand on veut la retirer, elle est si fortement serrée qu'on est obligé d'employer la force. »

Le traitement de la cystite aigüe varie suivant l'intensité et le siège de la maladie. Si la cystite est bornée au col, si surtout elle est d'origine blennorrhagique, n'employez que des moyens simples: repos, régime doux, boissons délayantes et peu abondantes, narcotiques en lavements ou en injections hypodermiques, cataplasmes, bains généraux prolongés, camphre en lavements, telles sont les bases du traitement. Lorsque l'emploi de ces moyens simples ne produit pas une amélioration rapide, vous pouvez avoir recours aux injections de nitrate d'argent, que vous pratiquerez de la manière que je vous ai indiquée dans notre dernière leçon, en vous parlant du traitement de la prostatite chronique. Vous vous servirez à cet effet d'une bougie à boule volumineuse, et creusée dans toute son étendue; vingt à trente gouttes de liquide caustique injectées dans la portion de la muqueuse prostatique qui avoisine le col suffisent pour baigner le col vésical enflammé, et modifier l'état de la muqueuse. L'injection est ordinairement suivie de douleurs plus ou moins vives, qui s'exaspèrent au moment de la miction, mais disparaissent au bout de quelques heures pour faire place à un soulagement manifeste. Quelques injections pratiquées à deux ou trois jours d'intervalle, suffisent souvent pour amener la guérison. Ce traitement m'a rendu, à différentes reprises, de grands services; le professeur Gugon l'emploi avec succès depuis plus de dix ans dans sa clinique de l'hôpital Necker.

Ce savant maître croit même que, dans les cas douteux, il peut servir de critérium pour reconnaître l'inflammation

du col de la vessie ; si , en effet , la guérison ne survient pas rapide et complète après quelques injections , il y a lieu de croire à une cystite généralisée , ou tout au moins à une cystite du col autre que l'inflammation franche , comme celles d'origine tuberculeuse , ou produites et entretenues par la présence d'un calcul.

Vous emploierez les mêmes agents thérapeutiques contre la cystite du corps , mais en préludant par des émissions sanguines , générales et locales , proportionnées à l'intensité de l'inflammation. S'il y a rétention d'urine , il faut vider la vessie et surtout ne pas laisser de sonde à demeure. Il est de règle de ne jamais procéder à l'opération de la taille ni à la lithotritie lorsqu'il existe une cystite aiguë ; les suites seraient très-graves ; si donc cette cystite est déterminée par des calculs ou par un corps étranger , il convient de combattre d'abord les phénomènes inflammatoires ; lorsqu'ils seront suffisamment modifiés , on songera à l'opération.

La cystite chronique est très fréquente , particulièrement chez l'homme âgé ; elle est presque toujours alors liée à une autre maladie des voies urinaires ; chez la femme , elle complique souvent des affections des organes génitaux. Toute lésion qui engendre la dysurie est une cause prochaine ou éloignée de cystite chronique. La distension de la vessie produit une irritation mécanique de la muqueuse , qui se traduit par une augmentation de la sécrétion du mucus , des envies fréquentes d'uriner , de la gêne et de la pesanteur à l'hypogastre et au périnée ; si la cause qui l'a produite vient à disparaître , la cystite s'améliore , et guérit quelquefois. Habituellement , la cause ne disparaît pas d'elle-même , car l'on n'observe jamais de guérison spontanée des rétrécissements de l'urètre , de l'hypertrophie de la prostate , des

valvules uréthro-prostatiques , des tumeurs de la vessie ou de la prostate , des calculs ; aussi voit-on l'irritation mécanique de la muqueuse continuer avec la dysurie , et bientôt un nouvel élément vient compliquer et aggraver la maladie ; la cystite augmente d'intensité , et à la sécrétion du mucus s'ajoute la formation du pus ; l'urine séjourne dans la vessie , elle s'altère en subissant la fermentation ammoniacale , on a alors , avec la cystite suppurée , un catarrhe de la vessie. On a longtemps confondu la cystite chronique et le catarrhe vésical ; cette confusion peut avoir des suites fâcheuses , car elle expose à des idées erronées sur la nature de la maladie. N'oubliez pas , Messieurs , que le catarrhe est un symptôme , au même titre que l'hydropisie , et ce n'est pas le traitement du catarrhe que vous devez rechercher , mais bien le traitement de la cause , ou de la maladie dont le catarrhe est l'expression symptomatique. La stagnation de l'urine dans la vessie est donc par elle-même une cause de catarrhe ; cette urine stagnante devient alcaline par le fait de la forte proportion de mucus qu'elle renferme : vous savez en effet que le mucus vésical est alcalin ; si la quantité du mucus est assez considérable pour neutraliser l'acidité de l'urine , la masse du liquide contenu dans la vessie présentera la réaction alcaline ; puis l'urée se transformera en carbonate d'ammoniaque en fixant deux éléments d'eau ; or , le carbonate d'ammoniaque a une action très irritante sur la vessie ; cette action , venant s'ajouter à l'irritation mécanique de la muqueuse , augmentera l'inflammation dans des proportions considérables , et du pus en grande quantité se mélangera au mucus ; cette masse de mucopus subissant l'action des principes alcalins de l'urine altérée , formera une ma-

tière glaireuse, gluante, adhérente, non miscible à l'urine; cette matière peut être rendue en quantité considérable, plus d'un demi-litre par jour. Autre conséquence: l'urine fortement alcaline laisse déposer ses phosphates terreux, et comme ils se trouvent en présence du carbonate d'ammoniacal, il se forme un phosphate tribasique ammoniacal-calcico-magnésien, auquel s'ajoute une petite quantité de phosphate de chaux et de carbonate calcique. Ce fait a une importance capitale au point de vue de la genèse des calculs phosphatiques, et nous y reviendrons plus tard en envisageant les rapports qui existent entre l'hypertrophie prostatique et les calculs urinaires. Une irritation aussi intense et aussi prolongée de la muqueuse vésicale entraîne nécessairement la production de lésions profondes dans la vessie. L'altération des parois vésicales ne se borne plus alors à la vascularisation, à la granulation et à un certain degré de ramollissement qui caractérisent la cystite chronique simple; on voit apparaître sur la face interne de la vessie des plaques grises, ardoisées, livides, principalement vers le bas fond et le col, quelquefois de véritables plaques pseudomembraneuses qui se détachent par lambeaux flottant dans l'urine, principalement chez les calculeux. La tunique musculaire se contracte avec violence, et produit des efforts répétés; une partie de ces efforts porte sur les parois de la vessie, d'où la dilatation du réservoir. Puis, en raison du principe de la compensation, les fibres musculaires s'hypertrophient, et se condensent en faisceaux entrecroisés en divers sens, formant sous la muqueuse des saillies qui prennent la forme de colonnes, limitant ainsi des espaces où la muqueuse et le tissu connectif n'étant plus soutenus et

continuant à supporter l'effort, se laissent refouler en culs de sac, dilatations secondaires qui caractérisent les vessies à cellules. Bientôt les fibres musculaires subissent la transformation scléreuse, leurs contractions deviennent moins actives, l'urine séjourne de plus en plus dans la vessie; elle devient plus fortement ammoniacale, et l'absorption des gaz qu'elle dégage peut déterminer une série de phénomènes que le professeur Sée a distingué de l'urémie, et auxquels on donne le nom d'ammoniémie. Ce processus s'étend au tissu cellulaire sous péritonéal, au tissu cellulaire sous muqueux, et la vessie peut ainsi acquérir une épaisseur considérable. La vessie tend alors à se ratatiner, sa capacité diminue progressivement, et l'on a vu des cas où elle pouvait contenir à peine 30 grammes de liquide. Cette hypertrophie vésicale est grave; elle persiste le plus souvent après la guérison de la cause qui l'a produite; elle s'accompagne de la dilatation des uretères, et de distension mécanique du bassin et des reins. On voit encore parfois s'établir des adhérences de la face antérieure de la vessie avec la paroi abdominale, par extension du processus d'inflammation chronique, adhérences qui s'opposent au retrait de la vessie.

Vous comprendrez, Messieurs, comment des cas de ce genre résistent à tous les traitements; un pareil état s'oppose à la réalisation de la première condition de guérison, le repos de l'organe enflammé. Jusque dans ces dernières années, ces malades étaient déclarés incurables, et les progrès de l'altération rénale, l'épuisement produit par la suppuration et les accidents de résorption, par les phénomènes nerveux, les faisaient succomber sans que l'art puisse

intervenir : des chirurgiens américains eurent l'idée de pratiquer l'opération de la taille sans calculs, et ces opérations de cystotomie dans les cas de cystite rebelle à tout traitement médical ont été plusieurs fois couronnés de succès.

Le diagnostic de la cystite chronique est généralement facile ; les troubles de la miction, les douleurs, la coïncidence d'une affection des voies urinaires qui peut amener le catarrhe vésical, sont autant de signes rationnels qui permettent de reconnaître cette maladie. L'examen des urines fournit des caractères qui laissent apprécier l'étendue des lésions. Avec Mercier nous distinguerons ces urines en muqueuses, puriformes, purulentes, glaireuses. L'urine muqueuse est claire à sa sortie, mais bientôt elle se trouble, et présente un nuage légèrement opalin tenu en suspension dans la masse liquide. L'urine purulente laisse précipiter un dépôt jaunâtre, opaque, qui se mêle au liquide par l'agitation ; le mucopus, au contraire, n'est pas miscible à l'urine. Si on verse dans une urine purulente ou mucopurulente une solution alcaline, on obtient une masse gélatineuse, glaireuse, qui adhère fortement au vase. Le même phénomène se produit dans la vessie, lorsque l'urine est ammoniacale. Le dépôt contient souvent du phosphate ammoniacomagnésien et du phosphate de chaux ; il peut être plus ou moins coloré par la présence du sang. Pour reconnaître l'origine du pus, vous emploierez le moyen que je vous ai plusieurs fois indiqué : les premières portions d'urine contiennent le lavage du canal de l'urèthre ; si ces premières portions ne contiennent pas de pus, l'urèthre doit être mis hors de cause ; pour distinguer si le pus vient de la vessie ou des reins, vous viderez la vessie, vous la laverez par

une injection d'eau tiède, ou comme le conseille Mercier, avec la sonde à double courant ; en recueillant, peu de temps après ce lavage, la petite quantité d'urine qui est arrivée dans la vessie, vous aurez, autant que cela est possible, le produit de l'élimination du rein ; si cette urine contient du pus, il se produit dans le rein ; si elle n'en contient pas, l'origine du pus que renferme l'urine ordinaire est dans la vessie.

D'après tout ce que je viens de dire, vous voyez, Messieurs, que la cystite chronique ne présente pas de marche nettement définie, et que sa durée ne peut être présumée d'une manière générale ; ce que l'on peut affirmer, c'est qu'une cystite chronique accompagnée de catarrhe vésical est une affection grave, et qui n'a aucune tendance à la guérison spontanée, parce que les causes qui la provoquent et l'entretiennent ne guérissent pas spontanément. La gravité de la cystite chronique est donc subordonnée à la gravité de ses causes, et à l'action plus ou moins efficace des moyens de traitement qu'on peut leur opposer. Indépendamment de la lésion initiale, des complications soudaines peuvent modifier rapidement la marche et les dangers de la maladie. La principale de ces complications est la rétention d'urine, qui aura les suites les plus fâcheuses, si elle n'est pas immédiatement combattue par le cathétérisme ; un malade atteint d'un catarrhe vésical ne peut jamais voyager sans avoir une sonde dans sa poche ; il doit en faire usage au moindre signe de distension de la vessie. Si le cathétérisme est impossible et la rétention absolue, il ne faut pas hésiter à pratiquer la ponction de la vessie.

La première règle du traitement de la cystite chronique est donc de prévenir la rétention d'urine, on veillera en-

suite à ce que le malade puisse vider régulièrement et complètement sa vessie, par des sondages périodiques pratiqués plusieurs fois par jour, et suivant la méthode que je vous ai tracée dans l'étude du cathétérisme; la suppression de la distension mécanique de la vessie et celle d'une urine alcaline, ammoniacale, suffira dans beaucoup de cas pour améliorer l'état du malade. Le cathétérisme sera pratiqué avec les plus grands ménagements, et autant que possible avec un instrument flexible. Si on tombe sur une vessie à cellules qui ne peut se vider complètement par la sonde, il faudra joindre au cathétérisme le lavage de la vessie avec une injection d'eau tiède, ou médicamenteuse. Ce lavage sera également très-utile dans les cas simples, lorsque la cystite chronique persiste, bien que dégagée de sa cause et de ses complications. Les injections doivent être faites avec prudence, et il faut avoir bien soin de ne pas introduire assez de liquide pour déterminer la distension de la vessie: pour cela on n'injectera que 40 à 60 grammes de liquide en une seule fois. On se sert souvent en France de la sonde à double courant, par laquelle on fait passer de l'eau distillée ou une solution médicamenteuse, comme l'eau phéniquée au 1/1000. L'injection qui est la plus ordinairement employée comme modificatrice, est la solution de nitrate d'argent, variant du 1/2000 au 1/500. On emploie encore l'injection au borax et à la glycérine, soit borax 30 gr., glycérine 60 gr., eau 500 gr.; le professeur Dubreuil préconise la solution de silicate de soude au 1/200. La quantité de solution à injecter varie avec la capacité de la vessie: il faut s'arrêter lorsque le

malade éprouve une sensation légère de gêne, due à un commencement de distension.

Les douleurs de la cystite chronique seront combattues par l'opium, la belladone, la cigüe, la jusquiame: il y a tout avantage à associer ces différentes substances dans la composition d'un suppositoire. On peut aussi avoir recours à leurs alcaloïdes, que l'on donne à doses fractionnées, jusqu'à effet produit.

Nous avons vu que l'alcalinité du contenu de la vessie est la cause principale d'irritation de la muqueuse et d'exacerbation de la cystite chronique. Les effets de cette alcalinité sont avantageusement combattus par le cathétérisme et les injections; mais la prise à l'intérieur de certains médicaments joue à cet égard un rôle très-utile. Les tartrates et citrates alcalins, qui s'éliminent par l'urine sous la forme de bicarbonates, les acides benzoïque, citrique, salicylique, rendent des services réels. Il en est de même des alcalins; l'action de ces derniers ne peut être comprise qu'en analysant les différents phénomènes qui se passent dans l'urine depuis sa formation dans le rein, jusqu'à son expulsion au dehors. La médication alcaline opposée à l'état alcalin de l'urine, semble être une sorte de paradoxe thérapeutique: vous allez en comprendre l'explication. Et d'abord, il faut que vous admettiez, ce qui est vrai, que l'alcalinité de l'urine résulte presque toujours de l'altération de ce liquide dans la vessie. L'urine qui sort des reins ne présente pas la réaction alcaline; vous pouvez vous en convaincre en recueillant le produit de l'excrétion des reins, par le procédé que je vous ai indiqué en parlant des urines purulentes. Bien au contraire, l'urine sort acide des reins, et cette acidité



est un fait de nutrition générale ; cette urine acide est très-irritante pour une vessie déjà enflammée ; cette irritation se traduit par une hypersécrétion de mucus ; or, ce mucus est alcalin ; s'il se produit en quantité plus considérable qu'il est nécessaire pour neutraliser l'acidité de l'urine, cet excès donnera dès lors à l'urine une réaction alcaline. Mais l'usage des alcalins à l'intérieur tend manifestement à diminuer la réaction acide de l'urine éliminée par le rein, par conséquent à diminuer l'irritation de la muqueuse vésicale, et indirectement la quantité de mucus alcalin sécrété par cette muqueuse enflammée ; vous voyez donc qu'en dernière analyse, l'emploi à l'intérieur des alcalins peut diminuer l'alcalinité de l'urine. On a vanté l'infusion de diosmée crénelée, la décoction de racine de pareirabreva, la décoction de busserole ou uva ursi, celle de chiendent, l'infusion de matico, la décoction de polygala, la térébenthine, le cubébe, le goudron ; ces remèdes peuvent être utiles comme adjuvants, mais ne suffisent dans aucun cas pour guérir une cystite chronique. (THOMPSON).

Il est des cas où l'emploi de tous les moyens que nous avons indiqués reste insuffisant ; l'extension de la maladie aux bassinets, aux reins, rend inutile les traitements rationnels les mieux combinés. C'est dans des cas de ce genre, qui conduisent fatalement à une issue funeste, que l'on serait parfaitement autorisé à pratiquer la cystotomie. Roux avait publié, il y a déjà longtemps, trois observations de malades qu'il avait taillés sans rencontrer de pierre dans la vessie, et ces trois malades avaient vu disparaître leur cystite chronique, à la suite de cette opération ; l'incision avait modifié l'obstacle prostatique, cause de la dysurie qui

avait fait naître et entretenait la cystite chronique. Plus récemment, des chirurgiens américains proposèrent l'opération de la taille dans le cas de cystite rebelle à toutes les méthodes ordinaires de traitement. En 1846, William Parker, de New-York, eut l'idée de cette opération, et il la réalisa chez l'homme en 1850 : le premier succès est dû à Eves, en 1866. Marion Sims la préconisa chez la femme, et Emmet, son élève, en 1864, la pratiqua le premier. Les traducteurs des leçons cliniques de sir Henry Thompson nous apprennent que la cystotomie, pour les cas de cystite très rebelles, s'accompagnant de ténésme et de spasme, est aujourd'hui passée dans la pratique courante de l'hôpital des femmes de New-York, où l'un d'eux a été à même d'en apprécier les effets chez des malades qui, autrement, étaient vouées à une mort aussi misérable que certaine. (1).

(1) Sir Henry Thompson. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. — Traduction Jude Hue et F. Gignoux. — Note des traducteurs. page CXCIX.