

## VII. — DE LA CYSTITE

### Généralités.

Anciennement et jusque dans ces derniers temps, on croyait que l'inflammation de la vessie était une complication très fréquente de la blennorrhagie.

De nouvelles études ont considérablement modifié ces vues. Toutefois, *on pose très souvent encore aujourd'hui le diagnostic de cystite blennorrhagique, mais à tort.* Trois affections sont, en effet, fréquemment confondues. Ce sont : 1° l'*urétrite aiguë postérieure* ou inflammation des régions membraneuse et prostatique de l'urètre. La barrière que forme le sphincter prostatique interne fait que dans cette forme la vessie elle-même n'est pas atteinte; 2° la *cystite*, inflammation partielle ou totale de la muqueuse vésicale. Dans le premier cas, c'est surtout au voisinage de l'orifice urétral dans le bas-fond de l'organe, que la maladie se localise; 3° l'*urétrite aiguë postérieure avec inflammation concomitante d'une partie de la vessie* qui est, le plus souvent, la région de l'ostium vésicale ou le trigone de Lieutaud.

De ces trois affections, l'urétrite postérieure, pure, non compliquée, est la plus fréquente. La dénomination de catarrhe de la vessie, qui ne lui est nullement applicable, est par conséquent très souvent employée à tort. Après l'urétrite postérieure pure c'est l'inflammation de l'urètre postérieur et d'une partie de la vessie qui s'observe le plus souvent. C'est ce que l'on décrit généralement sous le nom de « cystite du col », de catarrhe du col de la vessie. *Je voudrais que l'on supprimât cette expression « col de la vessie »*; elle est, au point de vue anatomique, absolument impropre. Si l'on entend par là l'urètre postérieur, il faut préciser davantage ce qu'est le col de la vessie; l'appellation est donc superflue.

Si l'on adjoint à l'urètre postérieur la région de la vessie qui l'avoisine, le « col de la vessie » devient une chose vague, indéfinissable. Où cesse la vessie et où commence le col? Tant à l'état de

vacuité qu'à l'état de réplétion modérée, la vessie n'a pas de col. Elle se termine d'une façon brusque, nette, à l'urètre; le muscle prostatique interne et la face interne de la prostate établissent là une limite bien tranchée entre la vessie et l'urètre. Ce n'est que lorsque la vessie est très distendue, lorsqu'elle se trouve dans des conditions anormales, par conséquent, qu'il se forme, aux dépens du segment postérieur de l'urètre, une cavité cervicale, de réserve en quelque sorte. Aucune raison ne nous autorise à considérer cet état de réplétion excessive du réservoir urinaire comme un état normal; rien non plus ne nous permet de conformer nos descriptions anatomiques à cet état passager qui est toujours lié à un sentiment de malaise et au désir de le voir se modifier bientôt.

Dans la description d'une vessie remplie ou modérément remplie, on ne peut parler de col de la vessie. Aussi, j'évite tout au moins cette expression et je propose de désigner cette forme d'urétrite postérieure avec inflammation partielle concomitante de la vessie, sous le nom d'*uréthro-cystite postérieure*. Les examens endoscopiques que BURKHART (1890) a faits dans ces cas justifient pleinement cette manière de voir.

Les cystites pures sont enfin les formes les plus rares. Ordinairement elles font suite à l'uréthro-cystite; très rarement elles se développent directement; dans ce dernier cas, les symptômes d'urétrite postérieure disparaissent rapidement ou sont à peine marqués.

Quant à l'*étiologie de la cystite* on n'est pas fixé sur la question de savoir si cet accident résulte de la propagation directe du processus blennorrhagique, ou s'il faut plutôt le considérer comme le produit d'autres facteurs, notamment comme le produit d'une infection mixte. D'après BUMM (1887), la cystite chez la femme serait toujours due à une infection mixte; il est assez plausible d'admettre qu'il en soit de même chez l'homme. Chez tous les cystiteux, on trouve, en effet, dans l'urine, d'innombrables coques et bactéries; mais on ne trouve jamais de gonocoques en nombre suffisant pour admettre qu'ils se multiplient dans la vessie. DUMESNIL (1891) n'a pu découvrir le gonocoque, ni dans la sécrétion vésicale, ni à la surface de la muqueuse vésicale d'un sujet ayant souffert de soi-disant cystite blennorrhagique. Cet auteur a aussi attiré l'attention sur ce fait que les gonocoques ne décomposaient pas l'urine; les cystites alcalines et ammoniacales ne peuvent donc leur être imputées.

**Symptomatologie.**

a). **Uréthro-cystite postérieure.** — Les manifestations de cette affection sont un mélange de symptômes ressortissant à l'urétrite postérieure et de symptômes propres à la cystite. En règle générale, les symptômes subjectifs dérivent de l'urétrite postérieure, tandis que la cystite se traduit plutôt par des signes objectifs. Pour les premiers, je renvoie le lecteur à ce qui a été dit à propos de l'urétrite postérieure. Dans les cas aigus, les envies d'uriner sont presque continuelles; dans les cas subaigus, ces besoins ne deviennent impérieux, tout en n'étant pas très accablants, que lorsque la vessie est pleine. A côté de ces phénomènes il existe des douleurs qui s'irradient le long de l'urètre; après la miction, les malades éprouvent de la cuisson et du ténesme.

Dans les cas subaigus, on observe un fait assez particulier sur lequel j'ai le premier (1880), je crois, attiré l'attention. Je veux parler de l'influence qu'exercent les différentes positions du malade sur la fréquence des mictions. Les envies d'uriner sont plus fréquentes et plus impérieuses quand le malade marche ou qu'il se tient debout que lorsqu'il est couché; ces variations se montrent aussi bien le jour que la nuit. Dans la position verticale, l'urine par son propre poids et aussi par la pression que lui communique la tonicité vésicale, se collecte surtout dans la région de la vessie qui avoisine l'orifice urétral, et s'engage dans l'urètre prostatique enflammé; l'irritation qu'elle provoque en ce point développe le besoin d'uriner. Dans le décubitus horizontal, au contraire, la vessie s'affaisse, retombe en arrière, et l'urine s'accumule dans le bas-fond de l'organe.

Parmi les symptômes objectifs, la présence de sang dans les dernières gouttes d'urine dépend de l'urétrite aiguë.

Quand on fait l'épreuve des deux verres, l'urine se montre trouble dans ses deux portions. Quelques signes diagnostiques importants permettent toutefois de différencier ces urines de celles que l'on observe dans l'urétrite postérieure.

Dans cette dernière affection, l'urine n'est en effet jamais aussi trouble dans le second verre que dans le premier. Mais, ce qu'il y a surtout de caractéristique pour l'urétrite postérieure simple, sans cystite, c'est que la seconde portion des urines est tantôt claire, tantôt trouble. Nous avons déjà dit pourquoi il en était ainsi.

Le trouble des urines dans l'uréthro-cystite postérieure aiguë recon-

naît deux causes : régurgitation du muco-pus de l'urètre postérieur dans la vessie, sécrétion muco-purulente des parois vésicales malades.

Il s'ensuit que :

1° Dans l'uréthro-cystite on n'observera jamais une seconde portion d'urine claire, puisque le trouble de l'urine se fait dans la vessie elle-même ;

2° Dans l'urétrite postérieure, le premier jet d'urine est trouble par son mélange au pus formé dans l'urètre; la seconde portion n'est trouble que parce que le surcroît du pus formé dans l'urètre postérieur s'est écoulé dans la vessie. Dans l'uréthro-cystite, l'urine contenue dans la vessie est déjà trouble par son mélange au pus et au mucus qui s'y forment.

*Il en résulte que dans l'uréthro-cystite l'urine est trouble dans ces deux portions, et que la différence entre ces deux moitiés est moins notable, le muco-pus contenu dans la vessie étant expulsé avec les dernières gouttes.*

3° Si l'on fait uriner en trois fois un de ces malades atteint d'uréthro-cystite postérieure aiguë, on constate que la première portion d'urine est très trouble à cause du muco-pus qui provient de l'urètre; la seconde l'est moins parce qu'elle provient des couches d'urine supérieures, qui s'écoulent dans un urètre débarrassé de sa sécrétion; la troisième est de nouveau très trouble, car l'urine charrie alors le pus qui s'est formé dans la vessie et qui s'y est en partie déposé. Beaucoup de malades remarquent qu'après les dernières gouttes d'urine il s'écoule de l'urètre du pus à l'état pur, soit sous forme de gouttes, soit sous forme de jet.

BURKHART (1889) explique le trouble de ces dernières gouttes en disant que la contraction de la vessie et de son col détache de la muqueuse le mucus et l'épithélium qui y sont adhérents.

Si on laisse déposer une semblable urine dans deux ou dans trois verres, on obtient dans chacun le double sédiment en deux couches que nous connaissons : une couche inférieure purulente grumeleuse, prompte à se déposer; une couche supérieure muqueuse, nuageuse ou floconneuse, se formant plus lentement.

Au-dessus de ces couches, l'urine est claire. L'épaisseur relative des ces deux couches varie avec la nature plus ou moins purulente du catarrhe.

A l'examen microscopique, on découvre dans ce sédiment des corpuscules de pus et de mucus, des grandes cellules plates de la vessie ainsi que d'autres éléments cellulaires dont il n'est pas toujours pos-

sible de préciser exactement la provenance : ce sont ou des cellules de la muqueuse uréthrale, ou des cellules des couches profondes de la muqueuse vésicale. Dans l'urine du premier jet, on trouve souvent d'abondants gonocoques à l'intérieur des cellules de pus ; dans la seconde portion, à côté des éléments purulents contenant des gonocoques et provenant de la régurgitation du pus de l'urèthre postérieur dans la vessie, il existe souvent un grand nombre d'autres microbes, coccus et bacilles très minces, situés en dehors des cellules.

L'épreuve chimique décele dans les urines une faible quantité d'albumine. Mais cette proportion peut devenir considérable si la strangurie elle-même augmente. Très souvent aussi, l'uréthro-cystite postérieure aiguë ou subaiguë s'accompagne de phosphaturie intense. Ceci s'observe surtout chez les malades affectés de neurasthénie sexuelle ou générale.

La réaction des urines est généralement acide. Quand on observe la réaction alcaline, il s'est presque toujours produit auparavant de l'hématurie. Quand l'uréthrite postérieure est très aiguë, l'hémorragie liée à la strangurie est abondante et se prolonge ; il n'y a pas alors que les dernières gouttes d'urine qui soient sanguinolentes ; dans l'intervalle des mictions le sang s'épanche de l'urèthre postérieur dans la vessie et vient neutraliser ou alcaliniser les urines qui s'y trouvent collectées. Il en est de même quand l'urèthre postérieur produit beaucoup de pus.

Si l'on fait dans ces cas l'épreuve des trois verres, l'urine apparaît très trouble dans les trois ; dans le troisième verre le muco-pus, souvent mélangé de sang, se présente sous forme de masse gluante, adhérente au verre ; au microscope ce sédiment se montre constitué d'éléments de diverses formes : corpuscules de sang et de pus dont bon nombre sont altérés, cellules épithéliales et cristaux de triple phosphate en forme de couvercle de cercueil (phosphate ammoniaco-magnésien). L'urine dégage une très mauvaise odeur et charrie d'innombrables micro-organismes. Il y a toujours aussi de l'albuminurie.

On comprendra facilement que dans ces cas l'inflammation, qui d'abord est limitée au voisinage de l'ostium vésicale, puisse intéresser consécutivement toute la muqueuse de la vessie. Alors, à côté des symptômes que nous avons signalés, les malades éprouvent souvent des sensations douloureuses intenses au niveau du pubis, sensations qui s'exaspèrent à la pression. On peut observer aussi de la parésie du détrusor. En dépit de la fréquence des mictions, la vessie ne se

vide qu'à moitié ; on la sent très bien au-dessus de la symphyse. Quand l'uréthrite postérieure s'apaise, la strangurie, l'hématurie et tout son cortège de symptômes disparaissent. Mais le tableau de la cystite purulente aiguë persiste et cette cystite devient alors très facilement chronique.

b). *Cystite aiguë*. — C'est une complication rare de l'uréthrite aiguë. Il est rare qu'une *uréthrite antérieure aiguë* s'étende insidieusement à l'urèthre postérieur, et donne lieu consécutivement à une cystite.

L'acuité des phénomènes inflammatoires du côté de l'urèthre postérieur provoque, presque toujours dans ces cas, non pas une cystite, mais une uréthro-cystite postérieure aiguë. Les cystites résultent plus souvent de l'extension d'une *uréthrite postérieure subaiguë* ou *chronique* sous l'influence de l'une des causes, proches ou éloignées, que nous connaissons.

Elles peuvent encore se développer à titre de reliquat de l'uréthro-cystite alors que les symptômes d'uréthrite postérieure n'existent plus.

La cystite ne se trahit alors que par des symptômes subjectifs peu marqués : malaise général, conséquence d'un certain degré de fièvre, douleurs au niveau de la symphyse, envies d'uriner à peine exagérées.

Si l'on recueille l'urine d'une miction dans deux ou dans trois verres, c'est dans le second ou dans le troisième que le trouble est le plus considérable. Cette dernière portion d'urine renferme en effet tout le muco-pus qui s'est formé dans la vessie et qui s'y est en partie déposé.

On distingue deux degrés de cystite aiguë :

1. *Cystite catarrhale, muqueuse*. — L'urine n'est que légèrement trouble et ne dépose que lentement ; elle reste acide. Le sédiment floconneux est formé d'innombrables corpuscules muqueux, de grandes cellules caractéristiques de l'épithélium vésical, de micro-organismes.

2. *Cystite purulente*. — L'urine, beaucoup plus trouble que dans la forme précédente, présente une réaction neutre et souvent même alcaline. Le sédiment blanchâtre, grumeleux, se précipite très rapidement ; si les urines sont alcalines, le précipité est visqueux, épais, jaunâtre ou verdâtre. L'examen microscopique décele d'abondants corpuscules du pus et des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, en couvercle de cercueil (urines alcalines). On y trouve toujours de nombreux microbes ainsi que des cellules de l'épithélium de la vessie. Les urines alcalines dégagent une odeur fétide. La quantité

plus ou moins considérable d'albumine est en rapport avec la purulence du sédiment.

c). **Cystite chronique.** — Il est extrêmement rare qu'elle vienne compliquer le tableau de l'urétrite postérieure chronique ou de la prostatite chronique; le plus souvent c'est à la suite de la cystite aiguë qu'on la voit s'établir. Nous retrouvons, ici encore, le catarrhe simple, muqueux et le catarrhe purulent. Les symptômes objectifs que nous avons signalés existent en permanence, ce qui contraste singulièrement avec l'absence de tout signe subjectif.

Les *causes* de l'extension de l'inflammation à la vessie sont toutes les influences défavorables qui viennent contrarier la marche de l'urétrite.

Parmi ces causes il en est cependant certaines qui amènent tout particulièrement la cystite. Tandis que les excès de boissons, les excès vénériens provoquent presque toujours une épididymite, l'uréthro-cystite ou la cystite reconnaissent le plus souvent comme cause une irritation directe locale : exploration instrumentale, injections brusques.

Cette particularité prouve bien que la cystite reconnaît d'autres facteurs étiologiques que l'épididymite; on se rappellera, à ce propos, le cas de Paillard que nous avons rapporté.

*Marche et terminaison.* — La cystite succède à une urétrite postérieure greffée elle-même sur une urétrite antérieure aiguë; ou bien, à l'urétrite antérieure fait suite une uréthro-cystite qui disparaît rapidement après être restée quelques jours aux stades aigu ou subaigu.

Il se peut aussi que les symptômes d'urétrite s'apaisent et que les phénomènes de cystite persistent seuls un certain temps; puis, tout rentre dans l'ordre ou bien la cystite devient chronique. Cette terminaison est même la plus fréquente.

Une issue assez rare de la maladie, constatée cependant de temps à autre, est donnée, par l'extension de l'inflammation aux couches sous-muqueuses de la paroi vésicale. Cette *cystite parenchymateuse* est toujours dangereuse. On peut, en effet, voir se développer dans ces cas, une ulcération de la vessie, voire une perforation de l'organe et une péritonite mortelle (GINTRAC, 1873). Celle-ci peut du reste s'observer sans qu'il y ait ulcération par le fait de la propagation excentrique du processus inflammatoire.

Une dernière éventualité peut enfin se réaliser : l'inflammation envahit les bassinets et les reins.

### Diagnostic.

Le diagnostic de l'uréthro-cystite et des cystites aiguë et chronique se tire des symptômes que nous avons énumérés. Quant au diagnostic différentiel, il faut distinguer l'urétrite aiguë postérieure de l'uréthro-cystite postérieure et de la cystite aiguë. La considération des symptômes propres à chacune de ces affections (voir les tableaux synoptiques à la fin du livre), l'épreuve des deux ou des trois verres, nous tirent, en général, assez facilement d'embarras. Il est cependant des cas, des cas subaigus surtout, où, à côté des symptômes d'urétrite chronique subaiguë, le trouble muqueux est sensiblement le même dans les deux ou dans les trois verres et où par conséquent on ne sait si l'on a affaire à une urétrite postérieure pure ou à une uréthro-cystite.

Cette question a du reste un intérêt plus théorique que pratique. Veut-on établir ce diagnostic précis, tous les autres moyens d'investigation ne nous donnant aucune donnée certaine, on a recours au procédé suivant : on introduit dans la vessie une fine sonde en caoutchouc, on lave la vessie à l'eau tiède, puis, on laisse le cathéter en place après l'avoir fermé. On évacue une heure après le contenu vésical. Au cas où l'urine s'écoule bien claire, on peut exclure la cystite. Le sédiment de la seconde portion d'urine ne montre, à l'*examen microscopique*, que des cellules de pus quand il s'agit d'une urétrite postérieure; dans l'uréthro-cystite, outre les éléments purulents, on découvre dans ce sédiment de nombreuses cellules de l'épithélium vésical.

Je signalerai encore une circonstance capable d'induire en erreur un observateur irréfléchi : la *phosphaturie*. Le fait que l'on confond très souvent la cystite et la phosphaturie, montre combien aveuglément on pose parfois le diagnostic de cystite, rien que par le trouble de la seconde portion des urines. Pour se mettre à l'abri de cette erreur, il suffit de recourir au procédé très pratique de ULZMANN (1883) : On chauffe lentement jusqu'à l'ébullition l'urine trouble que l'on a mise dans un tube à réaction. Si elle s'éclaircit, le trouble est dû aux sels uriques. Si le trouble s'accroît, mais s'il disparaît par l'addition de quelques gouttes d'acide acétique, il est dû aux phosphates terreux; si non, c'est que l'urine contient du pus. Le trouble ne se modifie-t-il en rien, malgré la cuisson, malgré l'addition d'acide acétique, c'est qu'il y a du mucus ou des bactéries. Le microscope autorise alors le diagnostic.

**Anatomie pathologique.**

On n'a guère fait d'autopsies relatives à des cystites blennorrhagiques. Les quelques rares qui ont été faites ont montré des altérations extrêmement étendues, non conformes par conséquent à la majorité des cas (GENDRIN, GINTRAC). Dans le cas de GENDRIN, la vessie était petite, ses parois rigides et épaisses, son contenu purulo-sanguinolent. La muqueuse, considérablement épaissie, était recouverte d'un muco-pus très visqueux et présentait plusieurs ulcérations de diverses grandeurs. Le péritoine, spécialement au niveau du fond de la vessie, était rouge vineux et recouvert de fausses membranes adhérentes. Dans un cas observé par MURCHINSON (1875), la muqueuse vésicale était épaissie, rouge, recouverte de pus.

L'examen endoscopique de la vessie (examen que je pratiquais déjà avec NITZE, en 1879,) fournit des données assez nettes sur les altérations ordinaires des cas légers, les plus fréquents. Selon l'intensité et l'étendue du processus, la vessie est tuméfiée dans sa totalité ou par places, plus ou moins rouge ou parcourue seulement par des vaisseaux dilatés. L'épithélium se sépare facilement des couches sous-jacentes; il se détache en lambeaux qui sont les uns encore adhérents à la muqueuse, les autres flottant librement dans l'urine; les follicules gonflés apparaissent sans forme de points rouges.

BURKHARDT (1889) a étudié, à l'aide de l'endoscope, les lésions de l'uréthro-cystite postérieure. Dans les formes ordinaires, non compliquées, il a trouvé la muqueuse de l'urèthre prostatique d'une teinte variant du rouge sombre au rouge bleu; elle paraissait comme veloutée et tuméfiée. Quand ce gonflement est très marqué, la striation radiaire n'est pas appréciable. La muqueuse saigne facilement.

Le veru montanum est généralement gonflé, d'une teinte sombre. La muqueuse vésicale, dans le voisinage de l'orifice interne et du trigone de LIEUTAUD, montre une coloration très rouge, mais aucun vaisseau bien apparent.

Cette rougeur diffuse fait du reste place sans zone de transition à la coloration normale. A la limite de ces plaques hyperémiés, il existe parfois des vaisseaux dilatés qui tranchent nettement, par leur coloration, sur le fond clair; ils se perdent dans la zone rouge signalée plus haut.

**Pronostic.**

Il ne faut ici, pas plus que pour les autres complications de la blennorrhagie, poser un pronostic favorable sans quelque réserve. D'abord parce qu'il est des cas, rares sans doute, qui peuvent avoir une issue fatale; ensuite parce que toutes les complications de la blennorrhagie — la cystite ne fait pas exception — ont une tendance à devenir chronique. Enfin, il ne faut pas oublier que lorsqu'une complication s'est une fois produite, elle a les plus grandes chances de récidiver, chaque fois qu'une nouvelle infection se produit. L'affection devient alors de plus en plus tenace.

**Traitement.**

Il varie avec l'intensité et l'acuité des cas. Dans les uréthro-cystites et cystites aiguës, la thérapeutique doit être surtout symptomatique; on peut même se borner parfois à l'expectation. L'observance de l'hygiène, de la diète suffit, en effet, très souvent pour assurer à la maladie une guérison rapide. Le repos au lit est nécessaire. Les malades se résignent assez facilement à se soumettre à cette injonction parce qu'ils considèrent généralement le « catarrhe de la vessie » comme une affection sérieuse. Il faut recommander la diète et veiller à la liberté du ventre. Nous prescrivons souvent, comme boissons, des decoctés mucilagineux :

℞ Decoct. Fol. uv. ursi . . . . . 300 gr.  
Syr. Diacodi . . . . . 15 gr.

S. toutes les 2 heures une cuillerée à soupe.

℞ Decoct. semin. lini . . . . . 300 gr.  
Tinct. opii spl. . . . . XV gouttes.  
Aq. lauro cerasi . . . . . 10 gr.

S. toutes les heures 1 cuillerée à soupe.

℞ Herb. Herniariæ . . . . . } à 30 gr.  
Folior. uv. ursi . . . . . }

S. Comme thé. Une tasse matin et soir.

℞ Herb. Herniar . . . . . } à 30 gr.  
Herb. Chenopod. Ambros . . . . . }

S. Comme thé.

Quand l'hématurie est assez violente, nous employons les stryptiques à l'intérieur :

℞ Extr. hemost. . . . .	} à 0,50 ctg.	℞ Ferri sesquichlor. sol.	1 gr.
Eleosach. cinnam. . . . .		Aq. destillat . . . . .	150 gr.
Mf. pulv. Divide in Dos. X.		Syr. Cort. aurant. . . . .	25 gr.
S. 1 poudre toutes les 2 heures.		S. toutes les heures 1 cuillerée à soupe.	

Les symptômes douloureux sont combattus par l'extrait de belladone et la morphine, en suppositoires ou en injections sous-cutanées. Il faut éviter l'opium parce qu'il constipe.

Les compresses humides, chaudes, appliquées sur l'hypogastre, agissent bien aussi contre le ténésme vésical et les douleurs.

La dysurie ou le ténésme, quand elles sont prononcées, indiquent toujours la morphine.

Il arrive que tous les phénomènes subjectifs disparaissent, mais que les signes objectifs persistent. C'est alors le moment d'entreprendre le traitement causal.

Ce traitement est d'abord interne. Les balsamiques : le santal, le baume de copahu, la térébenthine, donnent souvent de très bons résultats et produisent un éclaircissement rapide des urines. Quand ils ne sont pas bien supportés ou qu'ils ne donnent pas ce qu'on en attend, on peut les remplacer par les remèdes suivants :

℞ Tannin p. . . . .	1 gr.	℞ Extr. cannab. Indic.	0,3
Camphor. ros . . . . .	0,1	Sacch. albi. . . . .	5 gr.
Sacch. albi. . . . .	2 gr.	Mf. pulv. Div. in	
Mf. pulv. Div. en Dos. X.		Dos. X.	
S. 3 p. par jour.		S. 3. 5 p. par jour.	
℞ Extr. cannab. Indic )	} 0,3	℞ Natrii salicylici .	15 gr.
Extr. Hyoseyan. . . )		Div. in Dos. X.	
Sacch. albi . . . . .		5 gr.	S. 3 p. par jour, dans hosties.
Mf. pulv. Div. in Dos. X			
S. 3.-5. p. par jour.			
℞ Acidi Camphor. . .	10 gr.	℞ Acidi salicylici. .	10 gr.
Divid. in Dos. X		Div. in Dos. X.	
S. 3 à 4 p. par jour.		S. 4 à 6 p. par jour.	
℞ Acidi benzoïc . . .	5 gr.	℞ Kalii chloriei . . .	3,5
Aq. destillat . . . . .	300 gr.	Aq. lauro ceras. . . .	1,5
Sp. cort. aur. . . . .	25 gr.	Aq. destillat . . . . .	300 gr.
S. toutes les 2 heures une cuillerée à soupe.		S. p. un jour (avec prudence).	

Il faut user des eaux minérales avec beaucoup de prudence. Aussi longtemps qu'il n'existe qu'un catarrhe léger, muqueux, et que la réaction de l'urine est manifestement acide, l'usage des eaux alcalines de Preblau, de Giesshübel, de Gleichenberg produit rapidement de bons effets.

*Mais si l'urine est faiblement acide ou déjà alcaline, s'il y a tendance à la phosphaturie, ces boissons sont absolument contre-indiquées.* Elles contribuent à augmenter l'alcalinité des urines, à exagérer la phosphaturie et entretiennent ainsi la maladie. Il importe toujours de maintenir l'acidité des urines et même de l'augmenter si possible. Quand les urines sont alcalines, il faut s'efforcer de leur rendre leur degré d'acidité voulu, en donnant à l'intérieur les balsamiques, le tannin, le salicylate de soude, les acides benzoïque, camphorique et surtout salicylique.

Il arrive souvent que cette médication, tout en apaisant les phénomènes d'irritation, ne donne pas absolument ce qu'on en attend; l'urine reste trouble et continue à charrier du pus et du mucus. Le traitement local est alors indiqué. Tout en continuant le traitement interne (on peut aussi le suspendre) on fera des lavages de la vessie avec des solutions médicamenteuses. On évacuera d'abord la vessie modérément remplie, en y introduisant une fine sonde élastique. Puis, on injectera deux ou trois seringues de 80 à 100 centimètres cubes d'eau tiède; après ce lavage préliminaire on lance dans la vessie l'une des solutions suivantes, toujours employées à chaud :

℞ Acidi salicylici. . .	1 gr.	℞ Kalii hypermang.	0,1
Ax. destillat . . . . .	200 gr.	Aq. destillat . . . . .	200 gr.
℞ Resorcini. . . . .	3 à 5 gr.	℞ Acidi borici . . . .	3 gr.
Aq. destillat . . . . .	100 gr.	Aq. destillat . . . . .	200 gr.
℞ Chinin sulphur. . .	0,5	℞ Arg. nitrici. . . . .	0,5 à 1 gr.
Aq. destillat . . . . .	400 gr.	Aq. destillat . . . . .	500 gr.

Ces solutions sont laissées trois à cinq minutes dans la vessie. Si l'on veut éviter que cette action se prolonge, on fait encore une injection d'eau tiède.

Dans les cystites chroniques, à côté des traitements interne et externe, il faut conseiller un régime roborant. Beaucoup de cystites chroniques ne sont entretenues que par des troubles de la nutrition et guérissent dès qu'on relève l'état général.