

cas, la cystite chez les blennorragiques serait le résultat d'une infection mixte produite par les nombreux microbes pyogènes associés aux gonocoques. Hallé partage la manière de voir de Melchior et déclare que, sur la grande quantité de cystites blennorragiques traitées chaque année à la clinique de Necker, on en trouve 4 à 5 exclusivement dues aux gonocoques.

**Symptômes généraux.** — Pendant longtemps les auteurs ont admis que ces inflammations s'accompagnaient d'un *état fébrile*. Cependant, on peut voir les cystites aiguës les plus douloureuses sans la moindre élévation de température, et c'est là une notion de grosse importance, car, dès qu'on constate une hyperthermie chez un malade atteint de cystite, on doit penser qu'il se développe une complication du côté de la prostate, dans l'atmosphère périvésicale ou beaucoup plus souvent du côté de l'appareil urétéro-rénal. On peut cependant admettre que les produits septiques et toxiques contenus dans la vessie malade peuvent être résorbés là comme ailleurs, quand l'épithélium est détruit. Mais les accidents généraux tiennent plutôt aux douleurs incessantes qui altèrent la santé des malades.

**Marche. — Durée. — Terminaisons.** — L'évolution des cystites aiguës varie avec leur cause et avec le terrain sur lequel elles se développent. Certains sujets sont réellement prédisposés à cet égard et l'on voit chez eux réapparaitre des phénomènes aigus de cystite sous l'influence du moindre excès.

Les cystites aiguës blennorragiques guérissent en général avec la plus grande facilité sous l'influence d'un traitement judicieux; en une semaine on peut voir disparaître tous les phénomènes aigus. Abandonnées à elles-mêmes, elles passent souvent à l'état chronique. Lorsque les causes de cystite persistent, comme chez les *calculoux*, chez les *rétrécis*, chez les *néoplasiques*, l'inflammation vésicale peut s'atténuer pour un certain temps; mais alors, chez ces malades, la cause devient une indication opératoire, et le débridement d'une sténose du canal, le broiement d'un calcul, l'ablation d'une tumeur, font cesser les accidents comme par enchantement. Il en est autrement chez les prostatiques avec sclérose de la vessie et chez les tuberculeux présentant une infection surajoutée; nos moyens d'action sur la lésion initiale sont limités, et si nous pouvons atténuer les phénomènes aigus, il est souvent très difficile d'amener à une aseptie parfaite une vessie infectée et le passage à la chronicité est la règle. C'est assez montrer que *la durée des cystites aiguës dépend avant tout de leur facteur étiologique*.

La clinique et l'anatomie pathologique nous permettent de ranger les cystites sous 5 types principaux : cystites légères, douloureuses, purulentes, hémorragiques, gangreneuses.

**1° Cystite à forme légère.** — Nous en avons parlé au commencement de ce chapitre : elle est presque toujours d'origine blennorragique. Dans cette forme la triade symptomatique qui caractérise toute cystite, à savoir la fréquence des mictions, les douleurs fonctionnelles, les altérations de l'urine, se manifeste d'une façon modérée. Les besoins d'uriner ne se manifestent pas plus de 5 ou 4 fois par heure; les douleurs mictionnelles sont tolérables; dans l'intervalle des mictions les malades ne souffrent pas ou très peu; enfin la quantité de pus contenue dans les urines n'est pas très abondante. L'état général du sujet reste parfait.

**2° Forme douloureuse.** — La prédominance des douleurs, leur acuité extrême pendant la miction, leurs irradiations lombaires, crurales, péniennes, les paroxysmes qui accompagnent la miction ont valu à cette forme le nom de douloureuse, parce que cette douleur est l'élément prédominant et qu'il conduit à une thérapeutique spéciale dont le but principal est analgésique.

**3°** Au contraire, la forme *purulente*, bien que liée à la triade symptomatique, possède comme caractéristique l'abondance du pus, qui ferait croire à une lésion rénale. C'est à peine si la fréquence est augmentée et les mictions ne sont que très peu douloureuses. Cette forme est plutôt l'apanage des cystites chroniques que des formes aiguës.

**4°** Il n'est pas rare de voir des malades uriner du sang à chaque miction et surtout à la fin de la miction; cette *forme hémorragique* dans les cystites aiguës s'accompagne généralement de très vives douleurs. Je l'ai vue comme complication de la blennorragie.

**5°** Les cystites *gangreneuses* ont une allure particulière. Elles se développent en général pendant la puerpéralité. Les urines ont une odeur infecte de putréfaction gangreneuse bien différente de la simple odeur ammoniacale; l'état général est profondément altéré, les malades sont dans un état de torpeur, de dépression profonde qui contraste souvent avec la bénignité des symptômes locaux : fréquence et douleurs sont souvent très peu marquées. L'examen microscopique des sédiments de l'urine fait souvent constater la présence de lambeaux, plus ou moins grands, plus ou moins reconnaissables de muqueuse vésicale et même des débris de la couche musculuse.

La présence de *calculs secondaires* à la suite de certaines cystites n'est pas rare. Généralement celles-ci ne peuvent pas à elles seules provoquer la formation de concrétions urinaires; il faut, en outre, qu'intervienne un état général prédisposant spécial du sujet, état diathésique que nous avons décrit plus haut (voy. *Calculs du rein*, p. 196 et suiv.). Il n'en est pas moins vrai que l'inflammation de la muqueuse vésicale a le double effet de produire les colloïdes nécessaires, d'après Ord, à l'agglutination en masse des matières calculeuses et de rendre alcalines les urines, donnant ainsi aux phosphates, solubles seulement dans un milieu acide, la possibilité de se précipiter. C'est par le même processus que les *corps étrangers* se recouvrent de sels calcaires, car j'ai montré que des objets *aseptiques, petits et arrondis*, en particulier des projectiles, pouvaient séjourner des mois dans la vessie sans devenir le noyau d'un calcul.

**Diagnostic.** — En général, il est facile de reconnaître une cystite aiguë par la triade symptomatique que nous avons indiquée, et par les signes qui l'accompagnent. Toutefois ce diagnostic comprend aussi la *recherche de la cause de la cystite*. L'ensemble de ces signes est indispensable, et c'est en voulant juger d'après la constatation d'un seul symptôme qu'on est induit en erreur. C'est ainsi que : 1° la *douleur pendant la miction* est constante dans les *névralgies vésicales* et chez les *neurasthéniques*, les *diabétiques*, les *goutteux*; 2° la *fréquence des besoins d'uriner* se rencontre souvent au début de la *sclérose prostatovésicale* ou de la *tuberculose vésicale*, sans trace de cystite; 3° enfin l'*existence du pus dans l'urine* peut tenir soit à une *urétrite postérieure*, soit à une *lésion rénale*. Mais l'association des trois symptômes est spéciale à la cystite aiguë. L'*urétrite postérieure* serait caractérisée par des besoins impérieux et non par la fréquence des mictions, par la suppuration du premier jet et non par la

pyurie du commencement et de la fin de la miction; de plus, la sensibilité vésicale ferait défaut. Quant aux *pyélo-néphrites aiguës*, elles s'accompagnent d'un état fébrile qui manque dans les cystites. Les urines sont alors uniformément troubles, avec un dépôt abondant. Nous avons insisté (p. 243) sur ces « urines rénales ». Nous avons vu également que, lorsqu'il y a simple *bactériurie*, c'est-à-dire lorsque l'infection vésicale en est encore à son premier stade, que l'urine seule est infectée et que les parois vésicales sont encore saines, les urines sont également et uniformément troubles, mais le sédiment obtenu par le repos est peu abondant et il ne contient *pas de pus* : il est exclusivement formé par les *micro-organismes* auxquels s'ajoutent, en cas de fermentation ammoniacale, les *sels précipités*.

La cystite aiguë reconnue, on peut aller plus loin et diagnostiquer *sa forme, son siège, sa cause*. Nous avons vu comment la prédominance du pus, du sang ou des phénomènes douloureux créaient des *formes cliniques spéciales*. Le *siège* des lésions a longtemps préoccupé les auteurs qui voulaient, sous le nom de *cystite du corps et de cystite du col*, admettre des variétés distinctes. A la vérité, le processus inflammatoire est surtout localisé au niveau du trigone. La quantité de pus elle-même, qui est émise à chaque miction, ne peut servir à distinguer le siège des lésions; c'est surtout la *sensibilité au toucher rectal ou vaginal* et le *mode d'émission des urines purulentes* au commencement et à la fin de la miction qui distinguent la *cystite du col* de la *cystite du corps*, car dans cette dernière l'urine est presque uniformément trouble.

Le diagnostic *étiologique* est facile dans un grand nombre de cas : les *rétrécissements*, les *calculs* et les *néoplasmes* suffisent à établir l'étiologie. Quelquefois, celle-ci est plus difficile à déterminer. Cathétérisme antérieur, vieille gonorrhée, maladies générales infectieuses, lésions pelviennes septiques et aseptiques, infection puerpérale atténuée chez la femme, coli-bacillose chez l'enfant, tels sont les facteurs à invoquer. Ils ont une grande importance, car, chez l'homme, une cystite sans cause apparente doit évoquer l'idée de lésions bacillaires. A la vérité, la difficulté du diagnostic différentiel entre une cystite aiguë simple et une *cystite aiguë tuberculeuse* se pose souvent. Sans doute, quand l'affection apparaît dans le déclin d'une gonorrhée, le diagnostic s'impose; mais s'il s'agit d'une uréthrite postérieure ancienne donnant lieu, sous l'influence d'un refroidissement, d'un excès de régime, à une poussée de cystite aiguë, le diagnostic devient difficile. L'évolution d'une ancienne blennorragie est un indice favorable, mais fréquemment on voit se surajouter à une *uréthro-cystite blennorragique* des phénomènes de tuberculose; il faut alors tenir compte des antécédents du malade, des hématuries prémonitoires, mais surtout et avant tout de l'examen minutieux des organes génito-urinaires (prostate, vésicules séminales, épидидymes), qui sont généralement infiltrés dans les cas de tuberculose de la vessie. C'est, enfin, l'*examen bactériologique* et surtout les inoculations qui devront être interrogés en pareil cas. On y ajoutait autrefois l'épreuve thérapeutique, mais nous savons maintenant que, grâce surtout aux instillations de sublimé et de nitrate d'argent, les deux formes peuvent être améliorées<sup>(1)</sup>. Enfin les *complications* du côté de l'appareil digestif et surtout les *symptômes fébriles* qui sont toujours l'indice d'une *complication rénale* (urétérite, pyélite, pyélo-néphrite), doivent être recherchées. Quant aux *péricystites*, c'est surtout à

(1) GUYON, *Annales génito-urinaires*, 1892.

l'empâtement ou à l'état fébrile particulier qui les accompagnent qu'on peut, en général, les reconnaître; mais la chose est loin d'être toujours facile (voy. p. 566).

**Pronostic.** — Il est impossible de formuler un pronostic général des infections vésicales aiguës; il dépend avant tout de la cause de l'affection, de sa durée, de sa forme clinique. A cet égard, les cystites de *cause générale* ou par *cathétérisme*, sans lésions du reste des organes urinaires, guérissent plus facilement; les inflammations consécutives aux rétrécissements et aux calculs, et surtout les cystites des prostatiques sont plus rebelles. Toutefois il faut distinguer ici la guérison *apparente* de la guérison *réelle*, et tant que l'examen bactériologique n'a pas démontré la stérilité du contenu vésical, il faut bien savoir que le malade est sous le coup d'une récurrence même à très longue échéance, la bactériurie étant une cause d'inoculation nouvelle de la muqueuse. A la vérité, nous pouvons faire disparaître assez rapidement et assez complètement certains symptômes tels que pollakiurie, douleurs, pyurie, mais nous n'arrivons qu'avec les plus grandes difficultés à rendre à la vessie son aseptie normale. Il reste, le plus souvent, dans l'urine, quelques flocons témoins de l'infection atténuée persistante.

**Traitement.** — En présence d'une inflammation vésicale, dont la cause est soupçonnée, l'indication thérapeutique est formelle : il faut supprimer le facteur étiologique. C'est dire que s'il s'agit d'un calcul urique, la lithotritie s'impose; s'il s'agit d'un rétrécissement, la dilatation ou l'uréthrotomie devront être pratiquées : la cystite devient alors une indication opératoire.

Les causes de la cystite nous sont connues et commandent leur traitement préventif. L'asepsie rigoureuse dans le cathétérisme, l'antisepsie aussi complète que possible du canal avant le passage des instruments, la prudence dans les lavages uréthraux chez les blennorragiques, sont autant de vérités élémentaires dont la vulgarisation diminuera les chances d'infection vésicale et qui constituent le traitement *préventif*.

Le *traitement curatif* comprend avant tout la *suppression de la cause* de l'infection, c'est-à-dire qu'elle nécessite, par exemple, la section des rétrécissements de l'urètre, le broiement des calculs, l'ablation des néoplasmes, l'ouverture des foyers périvésicaux intra ou extra-pelviens.

Contre les *symptômes* de l'infection aiguë, fréquence de miction, douleur, pyurie, le traitement médical peut beaucoup. Il faut supprimer tous les aliments dont l'élimination par le rein congestionne la vessie : alcool, liqueurs, boissons fermentées, mets épicés ou faisandés, oseille, tomates, asperges, etc. Une médication simple telle que l'usage des *balsamiques* à petites doses (bourgeons de sapin, térébenthine et tous leurs dérivés), des boissons tièdes abondantes, des eaux peu minéralisées, le salol, sont de précieux adjuvants qui doivent être prescrits avec discernement, chaque malade offrant, à leur égard, une réaction spéciale. Le repos, les *bains tièdes* prolongés, les lavements, l'application de fomentations chaudes à l'hypogastre et au périnée amènent un soulagement dans les formes particulièrement douloureuses. La médication par excellence contre la douleur est la *morphine*, en injections sous-cutanées ou en suppositoires, qui réussit dans les cas où échouent les autres dérivés de l'opium. Toutefois ce n'est là qu'un *traitement symptomatique*; il faut faire plus et agir

directement sur l'élément morbide. — Bien des agents médicamenteux ont été employés dans ce but, mais c'est au *nitrate d'argent* et au *sublimé* que nous revenons tous après bien des essais. Cependant le *protargol*, préconisé tout récemment et employé comme le nitrate d'argent, aurait donné de bons résultats. Les instillations argentiques (10, 20, 30 gouttes d'une solution de nitrate d'argent de titre progressivement croissant de 1 à 4 pour 100) modifient généralement les cystites aiguës avec une étonnante rapidité. Le sublimé employé suivant la même méthode, depuis le titre de 1/8000 jusqu'à celui de 1/500 réussira dans les inflammations rebelles au nitrate d'argent. Ces moyens suffisent en général dans les cas aigus, à condition d'être longtemps employés, sous peine de voir se produire des récidives. Nous verrons, à propos de la cystite chronique, que les cas pour lesquels cette médication est insuffisante sont susceptibles du *traitement chirurgical*. Nous verrons également à ce propos les indications et les contre-indications des *lavages vésicaux*. Toutefois, quand la médication simple reste insuffisante, il ne faut pas s'obstiner à sonder, instiller ou injecter; il faut savoir s'abstenir, et souvent alors on voit les lésions jusque-là rebelles s'amender peu à peu par un traitement médical.

## III

## CYSTITES CHRONIQUES

OKER-BLOM, Traitement des cystites par les injections intra-vésicales d'iodoforme éthéré huileux. *Ann. gén.-urin.*, avril 1892. — LOBINGIER, Traitement de la cystite chronique chez la femme par les irrigations vésicales. *Med. News*, 15 oct. 1892. — JÜRGENS, Cystite chronique avec petits calculs vésicaux formés par des amibes. *Berl. klin. Woch.*, 1892, p. 566. — GUYON, De la cystite calculeuse. *Progrès médical*, 15 avril 1892. — PÉPIN, De la cystite exfoliante. Thèse de Paris, 1895. — VERHOOGEN, Traitement des cystites chroniques par le curetage de la vessie. *Ann. de la Soc. belge de chir.*, 1895, n° 2. — GABRIEL, Traitement des cystites par les instillations de sublimé. Thèse de Paris, 1894. — COLIN, *Ibid.* Thèse de Paris, 1894. — FENWICK, Exfoliation totale de la muqueuse vésicale. *London med. Soc.*, 22 janv. 1894. — COURSIER, Traitement des cystites chroniques rebelles chez la femme. Thèse de Paris, 1894. — ZUCKERKANDL, Sur une forme de vessie irritable chez la femme. *Wiener med. Presse*, 15 mai 1894. — DE MIRANDA, Traitement des cystites rebelles chez l'homme par le curetage vésical et le drainage périnéal. Thèse de Paris, 1895. — ENGLISH, Traitement du catarrhe de la vessie. *Wiener med. Presse*, 1895, n° 9-15. — LEGUEU, Du drainage périnéal de la vessie dans les cystites rebelles. *Ann. gén.-urin.*, 1895, p. 1065. — GUYON, Diagnostic différentiel de certaines formes de la cystite et des néoplasmes de la vessie. *Ann. gén.-urin.*, 1895, p. 289. — MOTZ, Curetage de la vessie dans les cystites rebelles. *Gazeta Karska*, 1895, n° 22. — ESCAT, Des cystites rebelles chez la femme. *Ann. gén.-urin.*, 1897, p. 156. — ENGEL, La cystite chronique chez la femme; traitement par la dilatation et le repos. *Amer. Journal of Obst.*, janv. 1896. — FREEMAN, Traitement de l'inflammation chronique de la vessie. *Journal Amer. med. Assoc.*, 10 oct. 1896. — CAMERO, Curetage vésical dans la cystite douloureuse chez la femme. Thèse de Paris, 1896. — HALLÉ, Leucoplasies et cancéroïdes dans l'appareil urinaire. *Ann. gén.-urin.*, juin 1896. — GUYON, Cystite douloureuse chronique; traitement chirurgical. *Abeille méd.*, juin 1897. — GUÉPIN, Cystites douloureuses et fausses cystites. *Tribune méd.*, avril 1897. — FLÖRSHEIM, Cystite et calculs de la vessie. *Journal des praticiens*, avril 1897. — GUYON, *Ibid.* *Bull. méd.*, avril 1897. — J. ALBARRAN, Des cystites douloureuses. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, février 1899. — (Voy. également la bibliographie des *Infections vésicales* et de la *Cystite aiguë*.)

**Étiologie.** — Toutes les causes de cystite aiguë peuvent devenir des causes de cystite chronique, car toutes les variétés d'infections aiguës que nous venons de décrire sont susceptibles de se terminer par un passage à l'état chronique.

Nous n'avons à envisager ici que les *causes* de cette chronicité. Lorsque la cause qui a déterminé l'infection vésicale persiste, cette dernière durera nécessairement aussi longtemps que la première; c'est ainsi que les cystites calculeuses, les cystites des néoplasmes ou des tuberculeux, l'infection par cathétérisme affectent très souvent la forme chronique. Mais le *terrain* sur lequel se développe l'infection peut à lui seul faciliter cette chronicité: les *vieillards* artério-scléreux, les *prostatiques* dont la vessie est congestionnée, dont les urines *stagnent* et dont les tissus se *défendent* mal, sont toujours sous le coup d'infections lentes, torpides, persistantes. Les causes de la persistance d'une cystite doivent donc être recherchées bien plus dans l'état de réceptivité de l'organe que dans la virulence ou la nature de l'agent infectieux. Cette formule trouve une éclatante démonstration dans les accidents vésicaux qui suivent les *fractures de la colonne vertébrale* chez des sujets jeunes. Nous voyons alors la moindre infection vésicale devenir rebelle, chronique et sans cesse menaçante contre le rein; il est évident que c'est la seule nutrition vicieuse des tissus paralysés qui constitue dans ces cas le facteur pathogénique de la chronicité de l'infection.

**Anatomie pathologique.** — A l'ouverture d'une vessie atteinte d'inflammation chronique, on trouve la muqueuse tapissée d'une couche de muco-pus adhérent, jaunâtre ou verdâtre. Un courant d'eau rapide finit par entraîner ce magma purulent et laisse à nu une *muqueuse* d'un gris ardoisé, verdâtre en certains points, marbrée de taches violacées, noirâtres, ecchymotiques, offrant quelquefois même des ulcérations siégeant surtout au niveau du col. Ces lésions, disséminées sur toute l'étendue de la vessie, présentent leur maximum au niveau du *trigone*, mais les lésions se prolongent plus ou moins loin de là. Au niveau du bas-fond, elles sont souvent réduites à leur minimum. La muqueuse est généralement ramollie; à la coupe, on constate qu'elle est épaissie et boursoufflée; sa face profonde est facilement décollable des couches sous-jacentes, et quelquefois de *petits abcès* se forment entre la muqueuse et ces derniers. Ces abcès ne dépassent guère le volume d'un pois et tendent généralement à s'ouvrir du côté de la muqueuse. La *couche musculaire* est épaissie chez les rétrécis et dans les cystites douloureuses; elle peut même acquérir une épaisseur de 1 centimètre et plus chez les prostatiques; elle crie parfois sous le scalpel comme du tissu fibro-cartilagineux et présente à la coupe une coloration bleu-grisâtre; elle est rarement amincie. Le plus souvent cet épaississement est constitué par une sclérose portant principalement sur les couches plexiforme et moyenne<sup>(1)</sup>. C'est principalement dans les cas de cystite douloureuse que l'on trouve de ces vessies à parois hypertrophiées. Vous en verrez souvent qui ont à peine le volume d'une orange ou d'une mandarine, qui sont ligneuses, arrondies, au point de ressembler véritablement à des tumeurs. A la coupe leur paroi est épaissie de 2, 5, jusqu'à 4 centimètres. Si vous essayez de les distendre par une injection vous n'arrivez pas à vaincre la contraction musculaire doublée d'une sclérose fibreuse. — Enfin, la périphérie générale de la vessie subit une dégénérescence graisseuse, véritable *lipomatose périvésicale* (voy. *Péricystite*, p. 566). Tel est l'aspect général des lésions; mais celles-ci sont susceptibles de revêtir des aspects différents. On peut trouver de véritables fongosités, des fausses membranes ou des plaques de gangrène, des ulcères

(1) LAUNOIS, Thèse de Paris, 1885, p. 55. — BODHANOVICZ, Thèse de Paris, 1892.