

II. Une seconde loi générale a trait à la *suppression de la cause* dans tous les cas où le fait est possible (rétrécissement, calcul, rétention incomplète d'urine). Il est remarquable de voir avec quelle rapidité le rétablissement du calibre d'un canal rétréci, l'extraction d'un calcul de la vessie par la taille ou la lithotritie et surtout l'extirpation d'une tumeur vésicale sont suivis de la disparition de tous les phénomènes inflammatoires; mais, pour faire disparaître toute trace de l'infection, il faut après l'acte principal s'adresser à la cystite elle-même.

III. Ici comme pour toute infection, c'est le traitement *pathogénique*, c'est-à-dire la destruction des organismes contenus dans la vessie qui constitue le but à atteindre; malheureusement, autant il est facile d'*atténuer* les symptômes de cette cystite, autant il est difficile d'arriver à une *guérison vraie* et radicale dont la constatation bactériologique serait le seul critérium.

Pour bien comprendre l'action et le but de cette médication, il faut bien se pénétrer de ce qu'est une cystite au point de vue anatomo-pathologique: c'est une *infection de l'urine et de la vessie*. Il faut également savoir que les symptômes observés sont le résultat de cette *double infection*. Il est certain que la teneur de l'urine en toxine et en microbes joue un rôle dans les accidents cliniques; mais il est également certain que les altérations de la muqueuse ont une part importante. Il est bien difficile de faire le départ entre ces deux facteurs pathogènes. La *neutralisation des poisons bactériens* contenus dans l'urine et l'atténuation des symptômes par cette neutralisation forme la base du traitement par les antiseptiques ingérés (salol, acide borique) et par certains lavages. Peut-être même certains caustiques, tels que le nitrate d'argent, agissent-ils de même. Il est certain que la suppression de l'ammoniurie, par exemple, fait disparaître une cause puissante d'irritation vésicale. Mais les *altérations de la muqueuse* sont plus spécialement visées par le sublimé, par le nitrate d'argent à dose et à titre élevés, et il est certain que ces altérations, longtemps limitées à la muqueuse, peuvent être modifiées par certains agents chimiques, ainsi qu'en témoignent les examens cystoscopiques. Toutefois, lorsque l'infection a franchi les couches superficielles de la muqueuse, ou même quand elle a gagné la couche musculuse ou quand elle débute de ce côté, ce qui est heureusement rare, on comprend l'inefficacité du traitement local, ou du moins la lenteur de son action. *Ces notions générales établies, voyons comment les choses se présentent au point de vue pratique.* L'antiseptie de l'urine peut être recherchée à l'aide de différentes substances qui s'éliminent par le rein. L'acide borique et le benzoate de soude, le biborate de soude, le salol, à la dose de 2 à 6 ou 8 grammes, ont été préconisés successivement. L'action de ce dernier médicament s'expliquerait par son dédoublement, dont un des produits, l'acide phénique, viendrait neutraliser l'action pathogène des microbes de l'urine et diminuer ses fermentations. La tolérance gastrique des urinaires est en général très limitée, et il est difficile de faire supporter aux malades les doses considérables qui seraient nécessaires à une antiseptie réelle de l'urine: il ne faut donc pas accorder une efficacité trop grande à ces moyens tout en les considérant comme des adjuvants très souvent utiles. Les lavages à l'eau boriquée, au nitrate d'argent au millième, suivant les préceptes de l'école de Necker, faits à doses fractionnées et répétées, les instillations de 20 à 40 gouttes de nitrate d'argent dont le titre varie de 1 à 5 pour 100 et à vessie vide, ou de sublimé au 1/5000^e à titre progressivement croissant jusqu'à 1/1000^e, constituent le meilleur mode d'antiseptie.

IV. Quel que soit le traitement employé, il bénéficiera largement d'une

hygiène et d'une alimentation bien comprises. Toute cause de congestion vésicale devra être écartée. Les refroidissements brusques, les fatigues, la station assise prolongée, la trop longue retenue de l'urine, la constipation sont à redouter. Le flux menstruel, par la congestion concomitante de la vessie qu'il occasionne, provoque des recrudescences de cystite et gêne le traitement; on le réduira à son minimum par le repos horizontal, par quelques irrigations chaudes intestinales ou vaginales. — Le régime doit être également surveillé chez ces malades, et tout ce qui peut augmenter la teneur des urines en principes excrémentitiels irritants, ou condenser les produits normaux (bière, alcool, liqueurs, vins alcooliques, salaisons, épices, viandes faisandées, crustacés), sera sévèrement proscrit. Au contraire, les eaux pures ou légèrement minéralisées (Evian, Contrexéville, Vittel, Capvern), les eaux alcalines ou acides, suivant la constitution chimique de l'urine, de même que les balsamiques à doses faibles sous forme de tisanes de bourgeons de sapin ou de capsules de térébenthine seront d'excellents adjuvants. Toutefois, à côté de ce traitement pathogénique, je dois insister sur le *traitement symptomatique* auquel nous sommes obligés d'avoir recours dans un grand nombre de cas. Il s'adresse à la *douleur*, à la *fréquence des mictions* et à la *pyurie*, l'exagération de chacun de ces symptômes constituant une forme clinique spéciale.

Traitement symptomatique. — Les *cystites douloureuses* constituent un groupe bien distinct. Toutes les précautions hygiéniques et alimentaires signalées précédemment trouvent ici leur application. Ces cystites seront traitées avec avantage par les instillations argentiques à dose progressivement croissante et au titre de 1 à 4 pour 100; mais elles doivent être maniées avec la plus grande prudence, sous peine de ne pas être tolérées. Les lavages ne sont guère utiles dans ces cas. Le caractère et la cause de la douleur étant nettement précisés dans une contraction incessante et douloureuse de la vessie, le traitement méthodique des réflexes de la muqueuse ayant échoué, la *mise au repos* du corps vésical s'impose (Guyon). La *sonde à demeure* est alors un précieux moyen: laissée en place pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, elle est très souvent efficace, à la condition que son contact ne devienne pas intolérable pour la vessie. Le médicament par excellence de ces états douloureux est la *morphine* en suppositoires et surtout en injections sous-cutanées.

Contre la *fréquence des mictions*, la médication symptomatique est réduite à une action bien restreinte. Il suffit de se rappeler que cette fréquence est due à l'absence de distension de la vessie par suite de l'irritabilité pathologique de sa muqueuse et de sa musculuse, pour comprendre que toutes les causes de dilatation mécanique progressive de la vessie n'aboutissent qu'à un échec ou à une aggravation des symptômes. A la vérité, le traitement de la fréquence est le même que celui de la douleur: tout ce qui atténue l'une atténue l'autre. Je dois dire toutefois que cette fréquence est plus rebelle que la douleur.

La *pyurie* n'étant en somme qu'une conséquence de l'infection vésicale ou urinaire, c'est toujours en diminuant les causes d'infection qu'on arrivera à diminuer la suppuration. *Sonder, laver, instiller la vessie*, tels sont les trois principes qu'il faut savoir appliquer suivant chacun des cas. Dès qu'une rétention partielle est supprimée, soit par le cathétérisme, soit par l'uréthrotomie, on voit la suppuration s'atténuer considérablement; les lavages à l'eau boriquée tiède, ou au nitrate d'argent à 1/1000^e ou à 1/500^e, sont surtout indiqués dans les

vessies spacieuses qui suppurent sur une large surface, alors que la sensibilité n'est plus mise en éveil par une légère distension. Les liquides employés seront parfaitement aseptiques. Ce sont encore les instillations antiseptiques qui constituent le meilleur modificateur de la muqueuse dans ces cas. Mais l'abondance du pus, la résistance de l'infection à ces agents modificateurs ou antiseptiques, et surtout la formation incessante de *graviers phosphatiques*, que les lavages sont impuissants à chasser et que la lithotritie ne peut venir constamment broyer, deviennent des indications de cystostomie. Souvent également la *sécrétion glaireuse* épaisse, agglutinante, n'est qu'imparfaitement évacuée par les lavages. Enfin certaines de ces vessies saignent facilement. Dans tous ces cas, les malades sont menacés d'une pyélo-néphrite ascendante, et la cystostomie devient alors un précieux moyen qui a sauvé de nombreux urinaires (voy. Poncet, *loc. cit.*).

Les formes *pseudo-membraneuses* et *gangreneuses* de la cystite donnent lieu à des indications spéciales. Les premières guérissent par le nitrate d'argent qui modifie la muqueuse et son contenu; mais si les fausses membranes se reproduisent, si elles provoquent une rétention, il faudra en venir au traitement opératoire. — Bien que certains cas de *cystites gangreneuses* aient été suivis de guérison, la plupart du temps on sera obligé d'en venir à la cystostomie pour mettre un terme aux accidents septiques. — A côté de ce traitement local, il ne faut pas oublier l'état *diathésique* du sujet, et c'est souvent en agissant sur l'élément strumeux par les médications sulfurées arsenicales, sur l'élément goutteux par les eaux minérales appropriées ou sur l'état neuropathique du sujet qu'on aura raison de cystites jusqu'alors rebelles à tout traitement.

Lorsque le traitement symptomatique que je viens de décrire échoue, il faut assurer à l'urine son évacuation sans contraction vésicale, sans contact de corps étranger; c'est alors que la *cystotomie* s'impose. On pratiquera, chez l'homme, soit la *boutonnière périnéale* avec dilatation forcée du col et drainage consécutif, soit la *taille hypogastrique*. Le drainage permanent par le périnée n'est guère compatible avec l'asepsie vésicale; il oblige à maintenir le malade dans une position qu'il peut rarement conserver pendant des semaines; de plus, cette étroite boutonnière ne permet pas de se rendre un compte exact des altérations vésicales qui, fréquemment, dans les cystites douloureuses, sont de nature bacillaire. Je lui préfère la taille hypogastrique avec examen complet de la muqueuse vésicale et attaque directe des parties malades. Chez la femme, la *dilatation de l'urèthre*, la *taille vésico-vaginale* ou la *taille hypogastrique* ont été pratiquées. La *colpo-cystotomie* est plus simple, plus facile à exécuter, et assure le drainage permanent, mais elle ne permet pas l'attaque facile et directe des lésions intra-vésicales; l'écoulement continu de l'urine souille la malade et détermine une infection vaginale qui est loin de contribuer à l'asepsie recherchée de la vessie. Si, dans certains cas qui, par leur nature même, peuvent faire espérer une prompte guérison, la sonde à demeure est insuffisante, on pourra passer à travers la cloison vésico-vaginale; mais la voie *sus-pubienne* me paraît préférable. Quelle que soit la variété de cystotomie employée, l'ouverture anormale devra être maintenue longtemps béante; on voit ainsi les vessies petites, dures, épaisses, reprendre leur souplesse et leur épaisseur. Pendant tout ce temps, les lésions de la muqueuse pourront être traitées directement par les topiques appropriés. L'ouverture anormale sera surveillée et ne devra être supprimée qu'après maints tâtonnements, sous peine de récidive.

CHAPITRE VI

DES PÉRICYSTITES

HALLÉ, Des péricystites. *Ann. gén.-urin.*, nov. 1892. — Martin, Note sur un cas d'abcès de la cavité de Retzius. *Ann. gén.-urin.*, 1895, p. 15. — BLOT, Abcès chroniques de la cavité de Retzius d'origine vésicale. Thèse de Paris, 1894. — ENGLISCH, Tuberculose du tissu cellulaire périprostatique et périvésical. *Mercredi méd.*, 26 fév. 1895. — BRUN, Abcès de la cavité de Retzius par appendicite. *Presse méd.*, 1896, p. 541. — HOTCHKISS, De l'inflammation chronique périvésicale. *Ann. of surgery*, fév. 1896. — PASTEAU et DEBAINS, Péricystite suppurée guérie par le drainage périnéal; coloration anormale de l'urine. *Ann. gén.-urin.*, 1897, p. 285. — ROERSCH, De la péricystite. *Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*, fév. 1897.

C'est à Hallé⁽¹⁾ que nous devons la meilleure étude d'ensemble sur les péricystites; nous y avons puisé largement pour la rédaction de ce chapitre.

La « péricystite » est l'inflammation du tissu cellulaire périvésical, consécutive soit à une cystite (*péricystite vraie* de Hallé), soit à une *phlegmasie des organes pelviens* (*fausse péricystite*).

Les Allemands⁽²⁾ distinguent la *péricystite*, *phlegmasie du péritoine vésical* (*épicystite* de Koenig)⁽³⁾ de la *paracystite* ou *inflammation du tissu cellulaire périvésical*; cette distinction est bien artificielle, car, dans la réalité, bien souvent les deux lésions, cellulaire et séreuse, coexistent.

Anatomie. — L'étude des péricystites exige que nous rappelions en peu de mots la disposition normale des tissus qui entourent la vessie et ses rapports avec les viscères de l'excavation pelvienne.

Chez l'homme, à l'état de réplétion moyenne, la vessie n'est entourée par le péritoine pelvien que très incomplètement, savoir au niveau de son sommet, de sa face postérieure, et de ses faces latérales dans leurs 5/5 supérieurs (Sappey). Très adhérent au sommet et dans la portion supérieure de la face postérieure de la vessie, le péritoine est séparé, partout ailleurs, de la paroi musculaire par une couche de tissu cellulaire lâche, lamelleuse, vasculaire, dépourvue de graisse à l'état normal et qui prête au glissement de l'organe dans ses variations de volume. — Partout où manque le péritoine, c'est-à-dire au niveau de la face antérieure, d'une partie de ses faces latérales et de sa base, la vessie est plongée dans un tissu cellulaire dont le caractère varie suivant la région. En avant, derrière le pubis, c'est un tissu très lâche, lacuneux, logeant des pelotons adipeux mobiles, véritable cavité séreuse à l'état d'ébauche, permettant l'ampliation de la vessie et la locomotion du cul-de-sac péritonéal. Cette cavité, cavité de Retzius, bien limitée en avant, en haut et en arrière, se prolonge de chaque côté sur les faces latérales de la vessie en se confondant avec l'espace cellulaire sous-péritonéal. La base de la vessie, ses faces latérales dans leurs 2/5 inférieurs, sont plongés dans un tissu cellulaire plus dense, rougeâtre, mêlé de fibres musculaires lisses et de lobules adipeux; ce tissu relie à la vessie

(1) HALLÉ, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, nov.-déc. 1892.

(2) ORTH, *Lehrb. der spec. pathol. Anat.*, 1889, Lief. IV, Bd II, p. 204.

(3) KOENIG, *Traité de pathol. chir.* Trad. de Comte, t. II, fasc. 2, p. 675.