

malade peut ordinairement s'introduire lui-même la sonde de Nélaton à des intervalles de 3 ou 4 heures.

A l'intérieur on fait prendre au malade divers médicaments qui, éliminés par les reins, sont destinés à agir sur l'inflammation de la muqueuse vésicale; tels sont surtout les **balsamiques** (baume du Pérou, copahu, essence de térébenthine) et les **astringents** (acétate de plomb, tannin, etc.); pendant l'administration de ces substances médicamenteuses on devra veiller tout particulièrement à la régularité des selles. La décoction des feuilles d'uva ursi qui est très employée, paraît devoir son action moins à son contenu en tannin qu'à une glycoside découverte par LOEWIG, l'arbutine, substance analogue à la salicine et à l'amygdaline. On ajoute volontiers à la décoction du bicarbonate de soude ou un autre sel alcalin, qui augmente la solubilité de l'arbutine. On fera prendre aussi au malade du lait et du petit-lait, de l'eau de chaux et diverses eaux minérales (Vichy, eau de Carlsbad froide (source Muhlbrunnen), eau de soude, eau de Seltz, de Wildungen, de Biling, de Kissingen et autres sources ayant une action analogue). Les acides constituent un autre moyen de traitement d'une grande importance. Ils ont été conseillés d'abord par DICKINSON, BILLROTH et d'autres auteurs, dans le but de conserver à l'urine son acidité. Pour remplir cette indication on se servira avec avantage des acides minéraux (chlorhydrique, phosphorique) qui sont déjà efficaces aux doses ordinaires. Le même but est atteint, toutefois, par l'acide salicylique, lequel se recommande, en outre, par des propriétés antifermentescibles et antiseptiques d'une importance considérable¹. Mais si l'on veut en obtenir de bons résultats, il est nécessaire de le prescrire à doses élevées, car il s'agit d'un acide faible, et, d'autre part, si l'on a recours à son action antifermentescible, ce n'est pas simplement pour prévenir la décomposition de l'urine, mais bien pour *arrêter cette décomposition déjà survenue, laquelle trouve dans la vessie des conditions très favorables*. C'est pourquoi, dans les premiers jours, nous faisons prendre au malade toutes les heures un gramme d'acide salicylique dans des capsules ou en potion, et après chaque dose nous faisons avaler quelques verres d'eau ou d'un liquide mucilagineux. Lorsque l'urine est redevenue acide et inodore, nous continuons l'emploi du médicament, mais à la dose de 3 ou 4 grammes par jour. L'acide phénique ne saurait être employé dans ce but, car on sait qu'il n'a même pas une réaction acide, et pour en obtenir un effet antifermentescible, il faudrait l'employer à des doses qui seraient tout à fait toxiques. D'ailleurs on n'a que trop souvent l'occasion d'observer la persistance de l'état d'inflammation de la vessie, avec production de mucosités et de pus, malgré une forte réaction acide de l'urine.

Dans les formes très tenaces d'inflammation de la vessie, dans lesquelles les irrigations de courte durée n'amenaient aucune amélioration, JACKSON a obtenu d'excellents résultats de l'irrigation continue d'une durée de 3 jours avec de courtes interruptions. En 24 heures il faisait ainsi passer dans la vessie tout un baril de liquide. Dans les cas tout à fait opiniâtres on a pratiqué une boutonnière périnéale destinée à donner à l'urine un écoulement continu.

1. Au lieu de l'acide salicylique on peut employer dans le même but le salol à la dose de 6 à 8 grammes par jour dans des cachets ou sous forme de tablettes comprimées.
(Note du trad.)

De même que dans l'inflammation de l'urètre, ce sont *les irrigations et les lavages de la vessie qui, dans les catarrhes de la muqueuse vésicale, donnent de beaucoup les meilleurs résultats*. Nous conseillons d'employer cette méthode de traitement toutes les fois qu'au bout de 8 à 10 jours un catarrhe aigu ne cède pas à la médication interne, et d'y avoir recours toujours dans les cas chroniques, dès le moment où l'on est appelé à donner des soins au malade. Comme l'introduction de sondes métalliques produit souvent de petites lésions de la muqueuse épaissie et saignant facilement, lésions qui, par suite de la décomposition de l'urine, donnent lieu souvent à la fièvre urétrale, il est préférable de se servir de sondes tout à fait molles, parmi lesquelles nous recommandons surtout celle de Nélaton. On adapte à cette sonde un tube en caoutchouc terminé par un tube en verre ayant la forme d'un 'J' à branches d'un calibre un peu inférieur à celui du premier; les bouts *b* et *c* sont munis à leur tour de tubes en caoutchouc, et l'on met la branche verticale en relation avec un entonnoir de Hégar ou un irrigateur. En introduisant le liquide, on laisse d'abord sortir un peu de ce dernier, ainsi que l'air, par le tube d'écoulement; puis on ferme ce dernier et l'on remplit alors la vessie. On peut ainsi distendre cet organe jusqu'au degré voulu, et laisser longtemps dans la vessie le liquide injecté. Cet appareil peut, en outre, servir à dilater peu à peu la vessie qui parfois se contracte spasmodiquement, et à augmenter ainsi sa capacité. L'évacuation complète du liquide est obtenue par l'ouverture et l'abaissement du tube d'écoulement *b*. Quant au liquide que nous avons employé pour les injections, il varie suivant la nature de l'exsudat. Dans les formes de catarrhe avec sécrétion d'un mucus épais, nous nous sommes servi de solutions de chlorure de sodium, tandis que dans la cystite croupale nous avons eu recours parfois à l'eau de chaux ou aux solutions fortement diluées d'acide lactique; mais le plus souvent on emploie des solutions très faibles d'acide phénique (1/4 : 100) ou des solutions un peu plus fortes d'acide salicylique; plus rarement on est obligé d'avoir recours aux astringents, tels que le sulfate de zinc, le nitrate d'argent, l'acétate de plomb (TRAUBE). J'ai obtenu également de fort bons résultats des solutions de résorcine à divers degrés de concentration (jusqu'à 20/0). Il faut veiller avec soin à ce que, au début de l'injection, le liquide ne soit ni trop chaud ni trop froid; la température qui convient le mieux est de 35° à 37° c., mais on pourra l'abaisser peu à peu dans la suite. De même on emploiera au début des solutions très faibles, car la tolérance de la vessie à l'égard des injections médicamenteuses offre des différences individuelles considérables. Dans les cas où la cystite s'accompagne d'atonie de la vessie, on diminue peu à peu la température du liquide jusqu'à 15° c. Ces injections froides, ainsi que l'a démontré CIVIALE, constituent le moyen le plus puissant dont nous disposions pour combattre les états d'atonie des parois vésicales. Nous les avons trouvées efficaces même dans des cas où l'électricité n'a-

vait donné aucun résultat. EDLEFSEN conseille l'usage interne du chlorate de potasse (15,0 : 300,0), qui selon lui passe dans l'urine à l'état d'acide chlorhydrique.

Les **abcès intrapariétaux et la péricystite suppurée** exigent un traitement tout spécial. Lorsqu'on a reconnu, de la manière indiquée plus haut, la présence d'un foyer purulent, il importe de donner le plus tôt possible au pus un libre écoulement. On arrivera sur l'abcès par une incision faite couche par couche avec beaucoup de soin, afin d'éviter des lésions accessoires. Par le traitement antiseptique et un bon drainage assurant au pus un libre écoulement, on cherchera à obtenir la guérison le plus rapidement possible. Pour l'incision de l'abcès on pourra laisser en place comme conducteur le trocart qui a servi à faire une ponction exploratrice. Si l'abcès s'est déjà ouvert dans la cavité pelvienne et a donné lieu à des fusées purulentes, à de la périproctite, à des fistules (vésico-vaginales ou vésico-rectales), on traitera ces complications selon les règles chirurgicales générales; les abcès secondaires devront être ouverts le plus tôt possible; on pratiquera, au besoin, la section du sphincter anal, etc. Les infiltrations diffuses de pus ou d'urine ne sont guère justiciables d'un traitement chirurgical. L'état de collapsus dans lequel se trouve alors le malade, sera combattu, le plus souvent sans succès, par l'administration de substances toniques et antiseptiques.

c. Fistules vésicales.

§ 246. — Les fistules vésicales, chez l'homme, affectent soit la forme tubulaire, soit la forme labiée, et suivant l'organe ou la région où elles débouchent, on les désigne sous les noms de **fistules vésico-rectale, intestinale, hypogastrique, périnéale**, etc.

Les fistules vésicales, ainsi que nous l'avons démontré, s'observent rarement à l'état **congénital**, comme conséquence d'un arrêt de développement. Le plus souvent elles se produisent à la suite de **lésions traumatiques** de la vessie, et particulièrement de contusions et de plaies avec pertes de substance de cet organe; elles peuvent succéder également à des inflammations de la vessie avec perforation de ses parois. Enfin les néoplasmes ulcérés, surtout les carcinomes, donnent lieu également à la formation de fistules.

Le **diagnostic des fistules de la vessie** est, en général, facile. Elles sont le siège d'un écoulement d'urine continu, dont la quantité augmente lorsque les parois abdominales subissent tout à coup une augmentation de tension. En outre, le malade ne peut retenir volontairement l'urine. Lorsque la fistule débouche dans l'intestin, on observe ordinairement le passage de matières fécales et de gaz intestinaux dans la cavité vésicale. Dans les fistules vésico-rectales l'urine peut être parfois retenue grâce au sphincter anal.

Le **pronostic** des fistules vésicales est mauvais au point de vue de la guérison, lorsque l'orifice interne intéresse une partie de la vessie tapissée par le pé-

ritoine. Cependant nous avons vu guérir spontanément, à la suite de lavages de la vessie, une fistule vésico-intestinale due à la perforation simultanée dans la vessie et l'intestin, d'un foyer de péricystite suppurée. — Quant aux autres fistules, elles peuvent se fermer, bien que leur guérison exige parfois une intervention chirurgicale.

Le **traitement des fistules vésico-rectales** doit consister dans l'avivement et la suture des bords faite avec soin, après section préalable du sphincter; cette dernière peut déjà parfois, à elle seule, amener la guérison de petites fistules qui ne sont pas trop anciennes. D'autres fistules vésicales tubulaires exigent, pour guérir, que l'on mette fin d'abord à la stagnation de l'urine à l'aide d'une sonde laissée à demeure dans l'urètre, et servant à faire des lavages fréquents de la vessie avec des substances antiseptiques. En outre, les parois du trajet fistuleux doivent être nettoyées soigneusement à l'aide de la curette tranchante ou par des cautérisations; les poches latérales seront incisées et le malade placé de façon que l'urine arrive le moins possible en contact avec l'orifice interne de la fistule. Ainsi, dans les cas de fistules périnéales, on fera coucher le malade sur le ventre ou sur l'un des côtés, tandis qu'on le fera asseoir ou coucher sur le dos s'il s'agit d'une fistule hypogastrique. A propos de cette dernière, nous ferons remarquer que son orifice vésical ne se trouve pas toujours au niveau de la paroi antérieure de l'organe, et ce n'est qu'en faisant prendre au malade diverses positions que l'on peut alors arriver à reconnaître celle dans laquelle l'urine ne s'écoule pas par la fistule. — Il va sans dire que pour obtenir un bon résultat du traitement, il est de la plus grande importance de guérir avant tout le catarrhe vésical concomitant.

d. Néoplasmes de la vessie.

§ 247. — L'**hypertrophie des parois de la vessie** s'observe en même temps que la **dilatation** ou le **rétrécissement** de la cavité de l'organe. La dilatation se complique souvent d'une hernie de la muqueuse entre les faisceaux écartés de la tunique musculaire, laquelle s'y prête fort bien, grâce à la disposition anatomique particulière déjà décrite de ses fibres hypertrophiées; ainsi se produisent les **diverticules, cellules ou poches de la vessie** dont nous avons déjà parlé, à propos des conséquences des rétrécissements de l'urètre. L'épaississement des parois vésicales est dû essentiellement à une hypertrophie de la tunique musculaire, laquelle peut atteindre une épaisseur de 4,5 cm. Les faisceaux musculaires forment souvent des saillies semblables aux colonnes charnues du cœur (vessie à colonnes), que l'on peut facilement reconnaître à l'aide de la sonde, mais qui, assez souvent, ont été prises pour des tumeurs de la vessie ou même pour des calculs. Un épaississement de la muqueuse et de la sous-muqueuse accompagne habituellement l'hypertrophie de la couche musculaire, mais à un degré moindre; cependant on l'observe parfois isolément dans les inflammations chroniques de la vessie et dans les paralysies de la tunique musculaire.