

la rétention d'urine et une grande sensibilité du col de la vessie au passage de la sonde ; *b*, la cystite du corps, se traduisant par une fréquence modérée du besoin d'uriner, une douleur supportable à la miction, mais une sensibilité assez vive de la vessie à la palpation hypogastrique, au toucher rectal et au cathétérisme, enfin par la présence d'une grande quantité de pus dans l'urine ; *c*, la cystite hémorragique, où prédomine l'extravasation sanguine ; *d*, la cystite muqueuse, muco-purulente, purulente ou catarrhe de la vessie, toutes expressions consacrées par l'usage, commodes pour les besoins de la pratique, mais qui ne sauraient s'appliquer à des espèces à part ni même à des degrés de l'évolution progressive de la cystite.

Le propre de la cystite en général est d'avoir une marche essentiellement irrégulière, d'être entrecoupée d'épisodes inattendus, de retours soudains à l'état aigu, que provoquent ordinairement des imprudences du malade, des écarts de régime, des fautes d'hygiène et aussi des erreurs thérapeutiques. La durée est commandée par l'espèce étiologique de la cystite. Lorsqu'on peut en supprimer la cause (cantharides, rétrécissement de l'urèthre, calculs, etc.), l'inflammation cède le plus souvent comme par enchantement et d'une façon définitive. Au contraire, les cystites dont la cause échappe à l'action thérapeutique (tuberculose, prostatisme) ont une durée très longue sinon indéfinie.

Leurs terminaisons sont également régies par leur nature. Les cystites franchement aiguës (cantharidiennes, blennorrhagiques) se terminent dans la grande majorité des cas par une guérison rapide ; de même les cystites aiguës, subaiguës, ou même chroniques, des rétrécis ou des calculeux, une fois l'obstacle du canal et la pierre vésicale supprimés.

Il est tout à fait rare que les cystites, si violentes qu'elles soient, se terminent par la suppuration, la perforation, la gangrène des parois du réservoir et leurs conséquences, à savoir : l'infiltration septique du tissu cellulaire du petit bassin, la péritonite, etc., mais la chose est possible. Les cystites chroniques entraînent encore plus exceptionnellement la mort par elles-mêmes que les cystites aiguës ; c'est indirectement par la fièvre urinaire, la pyélite, la pyélonéphrite, etc., que les malades sont emportés dans le cours des cystites chroniques.

Le diagnostic de la cystite est facile et c'est contre la tendance à la voir là où elle n'est pas plutôt qu'à la méconnaître que le praticien doit se prémunir. Aucun des termes de la triade symptomatique : fréquence des mictions, douleur fonctionnelle, altérations des urines, ne doit manquer pour que l'on soit en droit de porter le diagnostic inflammation de la vessie. Le malade se plaint-il seulement d'un seul de ces symptômes, on peut être sûr qu'il est atteint de tout autre affection que de cystite, et alors en fouillant dans son histoire pathologique on trouvera soit du côté de l'urèthre, de la prostate, de la vessie elle-

même et des reins, soit du côté de la moelle (myélitique) et aussi du système nerveux général, l'explication de ce symptôme isolé. Des trois symptômes fondamentaux de la phlegmasie vésicale, la présence du pus dans l'urine est celui que le médecin peut contrôler par lui-même, aussi doit-il toujours se faire présenter les urines du patient et user des moyens divers précédemment signalés pour dépister les moindres traces de suppuration. Parmi ces moyens l'épreuve des trois verres a une valeur considérable, car, outre qu'elle dévoile le mieux la présence du pus, elle permet de reconnaître assez exactement le siège des lésions.

La connaissance de ce siège est très importante, car c'est un des éléments qui serviront à établir le diagnostic étiologique de la cystite et partant à déduire un traitement rationnel et efficace. Outre le siège des lésions, l'allure de la maladie, les nuances présentées par les divers symptômes et surtout les antécédents et le passé du malade, serviront à reconnaître la nature de la cystite. Par un interrogatoire bien conduit et une interprétation raisonnée de tous les phénomènes morbides, on arrivera assez facilement à savoir si l'on a affaire à une cystite chez un blennorrhagique, un rétréci, un prostatique, un néoplasique, etc. ; l'examen local du canal, de la prostate, de la vessie changera ces présomptions en certitude. Que si tous les efforts pour saisir l'origine de l'inflammation vésicale restent vains, on devra penser à la cystite tuberculose et diriger vers la découverte de cette diathèse l'interrogatoire et l'examen du patient.

Nous n'avons eu en vue dans les lignes précédentes que les variétés les plus ordinaires de la cystite ; la longue énumération étiologique que nous en avons fait indiquera au clinicien sur quel terrain varié il devra porter ses investigations pour arriver au diagnostic étiologique désiré. Enfin pour être complet le diagnostic de l'inflammation de la vessie comporte un dernier point, c'est de reconnaître les complications qui peuvent l'accompagner, soit du côté des parties supérieures de l'arbre urinaire (l'urctérite, pyélite, pyélo-néphrite), soit du côté des grands appareils (tube digestif en particulier).

Traitement. — Une foule de médications et de médicaments ont été conseillés dans le traitement de la cystite. Nous n'avons ni la prétention ni le désir de les passer tous en revue. Ce que nous tenons surtout à bien mettre en relief dans ce paragraphe, ce sont leurs indications et leurs contre-indications qui reposent sur les notions nouvelles de physiologie normale et pathologique du réservoir urinaire si bien étudiées par Guyon.

Tout d'abord la cystite survenant le plus souvent à titre de complications dans le cours des maladies des organes urinaires, le praticien devra s'efforcer de prévenir son invasion en recommandant à son malade l'hygiène la plus sévère. Il le mettra en garde contre l'influence

du froid, des fatigues, des excitations générales ou locales capables de congestionner les organes du petit bassin, en particulier les excitations génésiques. Il prescrira un régime alimentaire tonique et réparateur, d'où seront exclus les mets épicés, les venaisons, les salaisons, les poissons de mer, les huîtres, les asperges, l'oseille, les tomates, les fruits acides, les fromages forts, etc. Les boissons alcooliques, le thé, le café seront défendus; mais le patient pourra toutefois boire un peu de vin mouillé à ses repas. Portant constamment son attention sur le fonctionnement de la vessie, le médecin devra veiller à ce qu'elle se vide régulièrement et complètement, et au besoin suppléer à son évacuation spontanée par des sondages. Ces sondages seront faits, cela va sans dire avec la plus grande douceur et l'asepsie la plus parfaite, et dans des conditions de repos absolu du malade, surtout s'il s'agit d'un prostatique, d'un calculeux ou de tout autre patient chez lequel la vessie est en imminence d'inflammation.

S'il existe malheureusement un grand nombre de cystites contre lesquelles nous sommes réduits à un traitement purement symptomatique, il en existé un certain nombre contre lesquelles la thérapeutique a une action puissante et rapidement curative. Il est remarquable de voir comme le rétablissement du calibre d'un canal rétréci, l'extraction d'un calcul de la vessie par la taille ou même la lithotritie moderne, l'extirpation d'une tumeur vésicale, sont suivis en quelques jours de la disparition de tous les phénomènes de cystite. Longtemps regardée comme une contre-indication opératoire, l'inflammation de la vessie, pourvu qu'elle ne soit pas à un degré d'acuité extrême, doit au contraire forcer le chirurgien à intervenir dans les affections précédemment signalées. Ce n'est d'ailleurs pas toujours par une opération sanglante ou relativement grave comme la lithotritie, que la cause de la phlegmasie vésicale pourra être supprimée; nous verrons, par exemple, dans la cystite blennorrhagique, l'instillation de quelques gouttes de nitrate d'argent au col mettre une fin rapide à la maladie. La puissance de la thérapeutique vis-à-vis de cystites dont on connaît bien la cause fait donc un devoir au praticien de la rechercher avec soin, et voilà pourquoi nous y avons tant insisté. Ce devoir est d'autant plus étroit que faute de savoir remonter aux conditions étiologiques de l'inflammation de la vessie, on peut non seulement ne pas être utiles au malade, mais encore lui être nuisible, comme c'est le cas, nous le verrons, pour la cystite tuberculeuse.

Mais si l'enquête la plus sérieuse ne fait pas découvrir la cause de la phlegmasie, le clinicien doit se contenter de la médication symptomatique qui rend encore de grands services aux malades et doit être du reste, dans tous les cas, employée concurremment avec la médication causale.

Le premier symptôme à combattre, c'est la douleur, qui non seulement

tourmente les malades au point de leur rendre la vie véritablement insupportable, mais qui encore, par les contractions violentes qu'elle détermine du côté des parois du réservoir, en entretient la congestion et fournit ainsi des aliments à l'inflammation. Les moyens dirigés contre l'élément douleur sont de deux ordres : les moyens médicaux et les moyens chirurgicaux. Exceptionnellement seront indiqués les antiphlogistiques puissants, tels que les saignées locales (sangsues au périnée, à l'hypogastre) ou générales (phlébotomie). Dans la grande majorité des cas les grands bains, les bains de siège maniés avec prudence, les cataplasmes laudanisés sur l'hypogastre et le périnée, les petits lavements émollients, suffiront à combattre la douleur d'une façon indirecte en agissant sur les phénomènes inflammatoires. S'ils échouent, on y joindra l'emploi de lavements et de suppositoires à la belladone, à la jusquiame, au chloral et surtout à l'opium et à ses dérivés. Les diverses préparations opiacées constituent en effet, d'après Guyon, le véritable médicament de la douleur dans les cystites; mais, pour en retirer tout ce qu'on est en droit d'en attendre, il faut l'employer à larges doses et par les voies rectale et hypodermique de préférence à la voie buccale, sans crainte d'ailleurs des effets de l'accumulation médicamenteuse quel que soit l'état des reins. Parmi les préparations recommandées par le chirurgien de Necker nous mentionnerons : de petits lavements de graine de lin, d'eau de guimauve et de 15 à 20 gouttes de laudanum répétés deux fois dans les vingt-quatre heures; des suppositoires avec 1 ou 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine; surtout les injections hypodermiques de morphine à la dose de 1 centigramme le premier jour. Le chloral est aussi un bon calmant des douleurs de la cystite. On l'administre à la dose de 2 à 5 grammes par la bouche ou par le rectum, en choisissant le lait comme véhicule, afin de prévenir l'irritation de la muqueuse de l'intestin. Nous nous sommes plusieurs fois très bien trouvé de l'emploi d'un lavement composé comme suit : chloral 4 grammes, laudanum de Sydenham 10 à 20 gouttes, chlorhydrate de cocaïne 20 à 30 centigrammes, eau de pavots 300 grammes, un jaune d'œuf. Ce lavement est administré par tiers dans les vingt-quatre heures.

Prises par la bouche, les substances même les plus actives et les plus réputées dans le traitement des phlegmasies vésicales n'ont qu'une action précaire et peuvent devenir nuisibles. Aussi doit-on en user avec précaution et modération, sous peine de voir s'aggraver chez quelques malades les phénomènes congestifs du côté de la vessie, soit qu'elles agissent en raison de leur pouvoir spécifique (balsamiques contre-indiqués dans les cystites aiguës et dans les poussées aiguës au cours des cystites chroniques), soit qu'elles agissent en vertu de leur pouvoir diurétique sollicitant incessamment le fonctionnement de la vessie. Cette restriction faite sur le peu d'utilité et le danger de la médication interne, il est juste

d'ajouter que l'on ne doit pas la proscrire complètement et que le médecin peut céder aux désirs du malade et de son entourage, qui ne manquent jamais de réclamer une tisane. Thompson attache une grande importance à cette question des tisanes dans son livre. Il discute avec soin et un grand luxe de détails l'action des diverses substances, leur mode de préparation, d'administration, etc. Nous ne ferons qu'indiquer ici les noms des substances le plus journallement employées. Ce sont, parmi les émollients : la graine de lin, l'orge, la mauve des marais, la mousse d'Islande, l'orme poli; parmi les diurétiques : le chiendent, la queue de cerise, la pariétaire, le stigmate de maïs; parmi les substances qui agissent à la fois en augmentant la sécrétion de l'urine et en diminuant les sécrétions de la vessie : le buchu, le parrira brava, la salicaire, la busserole ou uva ursi; parmi les astringents : le matico, l'épigea repens, la chimaphile ou gazon d'hiver, etc. A ces tisanes végétales, dont les principes actifs ne sont jamais bien définis, on peut joindre l'administration, soit en solution soit en potion, de médicaments pharmaceutiques destinés à rendre les urines aseptiques, tels sont l'acide borique, le bichlorure de soude, l'acide benzoïque, le benzoate de soude.

Parmi les moyens chirurgicaux destinés à combattre la douleur dans la cystite vient en première ligne le traitement topique par les injections. On a cru pendant longtemps et certains croient encore que les injections émollientes, calmantes, narcotiques, constituent le meilleur moyen de combattre les phénomènes douloureux. Rien n'est plus faux. Aux données de la physiologie, qui enseigne que la vessie même enflammée n'absorbe pas, à moins d'effraction de son épithélium, viennent s'ajouter celles de la clinique, qui montrent l'inutilité et ce qui est plus grave, les détestables effets des injections dans une vessie enflammée (état aigu), douloureuse et partant intolérante. Les injections sont donc formellement contre-indiquées dans les cystites douloureuses; par contre nous verrons quels heureux effets on en retire dans les cystites chroniques non douloureuses au point de vue des altérations de l'urine. Contrairement aux injections, les instillations de substances médicamenteuses sont admirablement supportées et très efficaces même dans les cystites les plus douloureuses. Leur premier avantage est de ne pas mettre en jeu la sensibilité de la vessie à la distension; de plus, elles agissent directement sur les points malades. La substance à laquelle on doit donner la préférence sur toutes les autres, c'est le nitrate d'argent qui jouit d'une action modificatrice et substitutive rarement mise en échec. Le sulfate de cuivre a été aussi employé dans les cas invétérés. On doit les employer sans attendre, même dans les cas les plus aigus, et user d'une solution assez concentrée et libéralement administrée. Dans les cas aigus Guyon conseille une instillation quotidienne de 20 à 30 gouttes de la solution à 1/50; si la douleur ne se calme pas, il augmente rapidement le nombre de

gouttes et le titre de la solution qu'il porte à 3, 4 et même 5/100. L'instrumentation et le manuel opératoire ne diffèrent pas de ceux employés dans l'urétrite chronique. On se sert de la seringue compte-gouttes de Guyon et d'un explorateur à boule perforé dans toute sa longueur. Le malade ayant uriné immédiatement avant, on introduit l'explorateur jusque dans le canal prostatique, puis, ramenant la boule au contact du sphincter inter-urétral dépassé, on fait tomber le nombre de gouttes voulues. Ces gouttes se répandant dans le canal prostatique tombent dans la vessie et en baignent le col. On peut aussi, à l'aide de l'explorateur recourbé de Tuffier, toucher directement tout le pourtour du col.

Dans les cystites très douloureuses, lorsque les moyens précédents et en particulier les instillations argentiques ont échoué, il reste un moyen héroïque de calmer la douleur, c'est de supprimer par une opération quelconque la vessie en tant que réservoir. Cette pratique originaire d'Amérique, où elle a été conseillée par Sims et exécutée par Emmet, Bozeman, chez la femme, s'est acclimatée en France sous l'influence de Guyon et de ses élèves (thèse d'Hartmann) et a été étendue aux cystites douloureuses chez l'homme. Pour supprimer physiologiquement la vessie chez la femme on peut avoir recours, soit à la dilatation du col vésical pratiquée à l'aide d'un des nombreux dilateurs qui se trouve dans l'arsenal chirurgical, soit à la taille vésico-vaginale ou kolpocystotomie. Cette dernière opération, à peine plus grave que la première, doit lui être préférée, car ses résultats sont plus sûrs et plus durables. Chez l'homme, Thompson a surtout préconisé la dilatation du col au moyen de la boutonnière périnéale, mais cette opération est certainement inférieure aux divers procédés de taille. C'est donc à eux qu'on devra avoir recours, et, laissant de côté la voie périnéale, on s'adressera à l'incision hypogastrique qui, outre qu'elle satisfait mieux l'indication recherchée, c'est-à-dire le repos de l'organe, permet d'en remplir une autre non moins importante dans les cystites chroniques, à savoir, le traitement topique par le raclage, la tonsure, la cautérisation potentielle ou ignée de la muqueuse enflammée.

Le traitement du symptôme fréquence est subordonné à celui de la douleur. Il disparaît le plus souvent avec elle. C'est un mythe et un danger que de vouloir obtenir la tolérance de la vessie pour les urines au moyen des injections dilatatrices. Une pareille pratique est en contradiction avec les données de la physiologie de la vessie.

Comme la douleur, l'altération des urines est combattue par des moyens médicaux et des moyens chirurgicaux. Plusieurs d'entre eux conviennent également au traitement de ces deux symptômes. Les tisanes que nous avons signalées agissent sur les douleurs surtout en modifiant la composition des urines; il en est de même des médicaments précédemment énumérés : acide borique, bichlorure de soude, acide

benzoïque, etc. Mais toutes ces substances n'ont qu'un rôle bien secondaire dans ce qu'on est convenu d'appeler le catarrhe de la vessie, s'accompagnant de l'alcalinité et de la fermentation ammoniacale des urines. Comme le fait remarquer Thompson, nous ne possédons pas et ne pouvons posséder un médicament interne capable d'acidifier les urines dans la vessie. De puissants modificateurs de la composition des urines et de la sécrétion de la muqueuse vésicale chroniquement enflammée se trouvent dans la série balsamique. Leur usage, nuisible dans la cystite aiguë, rend d'éminents services dans la cystite chronique. La térébenthine, le santal, le goudron, le tolu, le copahu, l'eucalyptus, la terpine, etc., qui se prêtent aux préparations les plus variées (tisane, sirop, potion, pilules), seront tour à tour employés, le praticien se rappelant que leurs effets s'épuisent vite.

Un premier moyen chirurgical de remédier à l'altération des urines consiste dans l'évacuation complète du réservoir. Il y suffit parfois. S'il est insuffisant, il faut y joindre les lavages, mais à condition que la vessie soit insensible et tolérante. Ces lavages ne doivent jamais être assez abondants pour mettre en tension les parois de la vessie, ils doivent être tièdes pour ne pas mettre en jeu la sensibilité de la muqueuse, enfin ils doivent être parfaitement aseptiques et mieux antiseptiques. La première condition requiert pour être remplie une instrumentation appropriée. Le lavage sans sonde ou lavement vésical de Bertholle, repris dans ces derniers temps par Lavaux, ne nous paraît pas un moyen à recommander. Outre qu'on s'expose à violenter le sphincter et le col de la vessie en poussant l'injection, on impose, comme le fait justement remarquer Desnos, une miction de plus à une vessie déjà trop irritée par des contractions répétées. Pour faire dans de bonnes conditions un lavage de la vessie, on doit se servir d'une sonde à deux yeux latéraux en caoutchouc ou mieux en gomme, la lumière de ces dernières étant pour un même calibre plus large que celle des premières. La seringue à anneaux est le meilleur appareil injecteur, mais elle ne peut être maniée par le malade lui-même.

En conséquence, lorsque l'on croira pouvoir confier au patient le lavage de sa vessie, on remplacera la seringue soit par un irrigateur, soit par un tube adapté à un entonnoir et susceptible d'être élevé à une certaine hauteur. Cette sorte de siphon est préférable à l'irrigateur, dont le débit peut devenir trop violent par suite d'une fausse manœuvre du robinet. Quel que soit l'appareil employé, le liquide doit toujours être injecté en assez petite quantité à la fois (40, 60 grammes). On répète plusieurs fois l'injection dans une seule séance jusqu'à ce que les urines sortent claires, et les séances sont renouvelées à intervalles plus ou moins rapprochés suivant les cas.

Les liquides employés varient suivant l'indication à remplir. Ce sont tantôt des liquides calmants comme les décoctions de pavots, de camo-

mille, tantôt des liquides émoullissants comme la graine de lin, la guimauve; d'autres fois, des liquides astringents comme les solutions d'alun, d'acétate de plomb. Mais le liquide de choix pour toutes les opérations de lavage est l'acide borique introduit il y a longtemps dans la pratique des voies urinaires par Guyon, sur les conseils de Pasteur. Une solution à 4 p. 100 assure une aseptie complète, mais le pouvoir antiseptique de cette solution est trop faible pour détruire les organismes qui pullulent au sein d'une vessie atteinte d'inflammation ancienne. On a donc dû chercher une substance qui soit douée d'un pouvoir antiseptique suffisant, tout en restant inoffensive pour la muqueuse vésicale, et on l'a trouvée dans l'eau oxygénée, le bichlorure de mercure et le nitrate d'argent. Les deux premiers sont encore un peu irritants; mais en coupant l'eau oxygénée avec de l'eau et en employant le sublimé à 1/2000, on peut s'en servir. Toutefois, pour les injections comme pour les instillations, l'avantage reste au nitrate d'argent. On peut employer, suivant les cas, des solutions du sel lunaire à 1/500, 1/300 et même 1/150. Avant de la pousser dans la vessie, on procédera à un lavage du réservoir à l'aide d'une solution boriquée, et après avoir laissé la muqueuse pendant quelques minutes au contact de la solution argentine, on en débarrassera les replis au moyen d'un nouveau lavage boriqué.

§ 8. — Cystite blennorrhagique.

Il n'est pas douteux, et l'examen minutieux des symptômes physiques et des lésions anatomiques en fournira une preuve éclatante, que la cystite blennorrhagique résulte de la propagation de l'inflammation spécifique de l'urèthre à une partie ou à la totalité du réservoir urinaire. Personne guère ne partage plus aujourd'hui l'opinion de Diday (de Lyon), qui considère les symptômes de cette affection comme d'ordre nerveux, dépendante d'un spasme du col, d'une variété de cystalgie.

Avant d'étudier les causes déterminantes de la cystite blennorrhagique, nous devons examiner quelques questions qui nous aideront à en dresser le bilan étiologique. De tout temps les auteurs ont admis la grande fréquence de cette affection. Le professeur Guyon a montré qu'on était encore resté au-dessous de la réalité dans cette appréciation. Pour cela il lui a suffi d'étudier avec soin le moment d'apparition de la cystite et de rattacher, par une juste interprétation des phénomènes cliniques, l'état inflammatoire actuel de la vessie à l'ancienne inflammation blennorrhagique de l'urèthre. La propagation de l'urétrite spécifique à la vessie peut se faire : *a*, dès le début, c'est exceptionnel; *b*, de la troisième à la quatrième semaine, c'est l'ordinaire; *c*, tant que dure l'urétrite chronique, c'est rare; *d*, après la disparition de tout