

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

état inflammatoire apparent, même chronique du canal. Ce sont précisément ces cas qui ont été mis en relief par Guyon et qui ont grossi le contingent de la cystite blennorrhagique. L'apparition tardive des accidents vésicaux s'explique par l'existence d'une uréthrite latente bien étudiée par Guiard.

Les causes qui aux divers âges de l'uréthrite blennorrhagique déterminent la propagation de l'inflammation de l'urètre à la vessie sont multiples. Ce sont d'abord des causes mécaniques, telles que les injections mal faites, trop copieuses (dépassant 4 à 5 cent. cubes, Jamain), trop vigoureusement poussées; les sondages greffant au col de la vessie le pus de l'urètre. L'influence des sondages n'est pas aussi nocive que celle des injections, d'après les observations cliniques de Wickham à l'hôpital du Midi et les expériences de Leprévost. Ce dernier auteur a en effet démontré que le sphincter inter-urétral, essuyant pour ainsi dire l'explorateur au passage, prévenait toute inoculation du pus de l'urètre antérieur à l'urètre postérieur. Les causes suivantes, quoique banales en apparence, agissent d'une façon plus effective que les causes mécaniques. Ce sont : les écarts de régime, excès de table, l'abus et même le simple usage des épices, des asperges, de l'alcool; les fautes d'hygiène, froid, fatigue, surmenage; les excitations générales ou locales, marches forcées, équitation, danse, reprise hâtive du coït, masturbation; enfin une médication irrationnelle, abus des diurétiques, des balsamiques.

Mais ce qui domine de haut l'étiologie de la cystite compliquant la blennorrhagie uréthrale, ce sont les diathèses : le rhumatisme, l'arthritisme, la tuberculose, la scrofule, le lymphatisme. Ces diathèses ont sur la détermination vésicale de la blennorrhagie, l'influence qu'elles ont sur l'extension de l'inflammation spécifique de l'urètre antérieur à l'urètre postérieur. Souvent latents jusqu'alors, ces états diathésiques s'affirment à l'occasion d'une blennorrhagie qui devient ainsi pour elles, suivant l'expression de Guyon, une véritable pierre de touche.

Dans l'immense majorité des cas la cystite blennorrhagique siège au col de la vessie, c'est une cystite du col avant tout et du consentement unanime de tous les pathologistes. Mais que doit-on entendre par cette expression col vésical? La discussion qui a si longtemps divisé les anatomistes se retrouve sur le terrain de la pathologie. Pour la majorité des auteurs, les lésions de la cystite blennorrhagique sont topographiquement réparties dans la portion de la muqueuse vésicale qui entoure l'embouchure de l'urètre. Leprévost s'est élevé contre cette assertion, et il s'est efforcé de démontrer dans sa thèse que cette portion de la muqueuse de la vessie, comme tout le reste d'ailleurs, se trouve indemne, et toutes les lésions qui caractérisent anatomiquement le complexe symptomatique qu'on désigne sous la dénomination de cystite blennorrhagique se réduisent à l'inflammation de l'urètre postérieur.

Pour Leprévost la cystite blennorrhagique n'est qu'une uréthrite postérieure aiguë. Guyon a combattu justement cette opinion exclusive sur le siège des lésions, et il n'a pas eu de peine à prouver que l'inflammation de la muqueuse vésicale avoisinant le méat postérieur existe bien réellement; mais il reconnaît aussi que l'inflammation de l'urètre postérieur coïncide toujours avec elle. La cystite blennorrhagique est en définitive pour l'anatomo-pathologiste une uréthro-cystite, notion capitale pour la thérapeutique.

Quelquefois, le fait est rare, mais incontestable, les lésions envahissent le corps du réservoir. Cela est prouvé par les observations cliniques. En vain van Rosbroeck prétend-il que la muqueuse vésicale ne peut être envahie par l'inflammation spécifique à cause de l'absence de cryptes; en vain Bonnière avance-t-il que la lymphite spécifique, substratum de la blennorrhagie, ne saurait se propager à une muqueuse dépourvue de lymphatiques.

Faute d'autopsie, on ignore les lésions de la cystite blennorrhagique aiguë. Il est permis de penser qu'elles ne diffèrent guère de la cystite aiguë vulgaire. Pour la même raison, une question importante attend encore sa solution, à savoir, l'existence des gonococci de Neisser et de leur siège.

Les lésions de la cystite blennorrhagique chronique ont pu être étudiées *de visu* sur le cadavre ou même sur le vivant au cours d'opération, d'incision hypogastrique. Guyon a eu l'occasion de faire ces constatations dans cinq cas. Il a pu ainsi vérifier le siège des lésions qui occupent le col, le trigone, le bas-fond et même tout le corps du réservoir. Elles consistent en végétations, fongosités, excroissances mamelonnées ayant jusqu'au volume d'un pois. Outre ces produits végétaux à la surface de la muqueuse, la trame de cette tunique présentait des infiltrations plastiques en noyaux et en plaques, dont quelques-unes renfermaient des abcès miliaires. Dans deux cas la prolifération embryonnaire avait pénétré dans les interstices des faisceaux de la musculature et gagné jusqu'à la couche sous-séreuse; dans un cas même, le grand épiploon était soudé par ce mécanisme au sommet de la vessie.

On retrouve dans la symptomatologie de la cystite blennorrhagique la triade caractéristique de toute cystite : fréquence des mictions; douleurs fonctionnelles, altérations des urines. Mais chacun de ces termes présente des particularités qui impriment une physionomie vraiment spéciale à la cystite blennorrhagique, et quelques autres symptômes viennent s'y joindre qui complètent sa personnalité.

La fréquence des mictions et la douleur qui l'accompagne sont extrêmement variables et ont servi au professeur Guyon à créer trois types. Des *cas bénins*, caractérisés par le peu de fréquence des mictions n'obligeant pas le malade à se lever la nuit, par l'absence de douleur en urinant, tout se réduisant à un peu de gêne, une sensation désagréable à

la fin de l'acte. En général il n'y a pas de sang dans l'urine, et le pus en très petite quantité doit être recherché avec soin. Des *cas moyens*, caractérisés par des envies d'uriner fréquentes et impérieuses revenant toutes les deux heures, toutes les heures et s'accompagnant de pesanteur au périnée, de ténésme. Les dernières gouttes d'urine contiennent du sang et le pus est en assez grande quantité pour troubler manifestement le liquide urinaire. Enfin des *cas graves*, caractérisés par des besoins d'uriner extrêmement fréquents et très douloureux. Ces besoins se répètent toutes les demi-heures, tous les quarts d'heure, et même toutes les cinq minutes. Ils s'annoncent par des épreintes au col, s'irradient au périnée, à la verge, aux testicules, et sont irrésistibles. Les douleurs augmentent pendant la miction, qui donne issue à une petite quantité d'urine mélangée de sang et même à la fin à du sang pur. Le tableau que présente alors parfois le malade à chaque crise est véritablement lamentable, et comme ces crises se reproduisent à chaque instant, le patient privé de tout repos, incapable de se livrer au sommeil et de satisfaire son appétit, ne tarde pas à être épuisé.

Ce sont les cas moyens que l'on observe le plus souvent, et nous devons insister sur les particularités que présentent le sang et le pus mélangés à l'urine. La particularité la plus importante est relative au moment de leur apparition dans le produit d'une même miction. Pour faire cette constatation, il faut avoir recours à l'expérience des trois verres. Ordinairement cette expérience donne les résultats suivants : le premier verre contient une certaine quantité de pus ; le second renferme une urine claire ou très peu trouble commençant parfois à se teinter en rouge ; le troisième recueille du sang en plus ou moins grande quantité et quelquefois absolument pur. Les choses se présentent ainsi simplement justifiant, on le comprend, l'opinion de Leprévost localisant exclusivement les lésions de la cystite blennorrhagique à l'urèthre postérieur. Mais il arrive assez souvent que le pus souille l'urine des trois verres ou apparaît en assez grande quantité dans le dernier verre comme dans le premier. Il ne saurait être douteux alors que les lésions ont gagné le trigone et le bas-fond. Lorsque le pus se trouve en égale abondance dans les trois verres, il témoigne de l'envahissement du corps entier de la vessie par le processus inflammatoire. Le sang, qui fait rarement défaut dans la cystite blennorrhagique, ne se présente en général qu'en petite quantité et dans le troisième verre, car il résulte de l'expression de la muqueuse du col par les dernières contractions expulsives de la vessie. Rarement il est assez abondant pour teindre toute l'urine en rouge, et jamais l'hématurie n'est suffisante pour former des caillots dans le réservoir, comme on l'observe dans la cystite des tuberculeux et des néoplasiques.

La palpation hypogastrique, le toucher rectal, le cathétérisme révèlent ici comme dans toute cystite la sensibilité du col et du corps de

la vessie. Nous n'y insisterons pas ; mais il est deux accidents susceptibles de se montrer au cours de la cystite blennorrhagique et sur lesquels nous devons particulièrement appeler l'attention : ce sont la rétention et l'incontinence d'urine. La rétention que Mauriac rapporte à la contracture du col, à la *tétanie uréthrale*, est quelquefois assez intense pour s'opposer au cathétérisme, mais en général elle est passagère et cesse d'elle-même. L'incontinence est plus souvent fautive que réelle. Le malade a conscience de l'issue involontaire de ses urines, mais les besoins d'uriner sont chez lui si violents et si rapprochés qu'il ne peut prendre assez vite des précautions et mouille son linge. Quelquefois l'incontinence est vraie, et elle résulte sans doute de la paralysie du sphincter au-dessous de la muqueuse enflammée, suivant la loi de Stokes.

Pas plus que les autres cystites, la cystite blennorrhagique ne s'accompagne de fièvre et de phénomènes généraux. Si ceux-ci surviennent, c'est qu'ils sont déterminés par la violence des douleurs, l'insomnie, la perte d'appétit, etc., et si la fièvre s'allume, c'est qu'il surgit une complication qu'il faut chercher souvent du côté des reins.

La cystite blennorrhagique est peut-être de toutes les cystites celle qui débute le plus franchement et qui a la marche la plus régulière. C'est ainsi qu'on la voit évoluer chez certains malades en quelques jours, quelques semaines et disparaître au bout de ce temps complètement et pour toujours. Cependant elle passe encore assez souvent à l'état chronique et dure des mois, des années, avec des recrudescences subites des symptômes. C'est dans ces cas que les lésions anatomiques s'accroissent de plus en plus, rendent la guérison impossible et que le malade peut succomber, soit aux phénomènes d'épuisement qu'entraînent les douleurs excessives, la perte d'appétit, etc., soit à l'urétérite, à la pyélo-néphrite suppurée ou interstitielle résultant de la propagation de la phlegmasie aux parties supérieures de l'arbre urinaire.

Lorsque la cystite survient au cours d'une blennorrhagie aiguë ou chronique manifestement caractérisée, le diagnostic de sa nature ne peut être hésitant un instant. Mais il faudra pour cela que le malade, si on n'a pas été jusqu'alors appelé près de lui, fasse l'aveu de sa blennorrhagie, car souvent il arrive que la fréquence des mictions balayant à chaque instant le canal ne permet pas aux produits de sécrétion de s'y accumuler et de témoigner par leur présence de l'existence de l'uréthrite. Le diagnostic peut errer lorsque l'inflammation de la vessie s'est déclarée subitement au cours d'une uréthrite latente silencieuse depuis de longues années. Dans ces circonstances un interrogatoire minutieux permettra presque toujours à un chirurgien prévenu de remonter à la cause de cette inflammation en apparence spontanée. La recherche des gonococques, si elle n'offrait pas tant de difficultés et d'incertitudes, rendrait de précieux services. Mais si la présence des gonococques ne

laisse subsister aucun doute sur la nature de la cystite blennorrhagique, on ne peut jusqu'ici rien inférer de leur absence, car ces micro-organismes peuvent échapper aux recherches les plus sérieusement poursuivies. Nous verrons qu'il en est de même des bacilles de Koch dans la cystite tuberculeuse. Le diagnostic présente donc à ce point de vue un *desideratum* d'autant plus regrettable qu'il existe des *cas limites* (Guyon) où les données de la clinique sont impuissantes à faire pencher la balance plutôt du côté de la cystite blennorrhagique que du côté de la cystite tuberculeuse.

Traitement. — Après ce que nous avons dit du traitement des cystites en général, il est inutile que nous insistions sur le traitement de la cystite blennorrhagique. La médication purement médicale (bains, cataplasmes à l'extérieur, émoullients, balsamiques (dans les cas chroniques seulement), calmants, narcotiques, antispasmodiques, antiseptiques à l'intérieur) donnera seule quelques succès dans les cas légers ou de moyenne intensité. Mais le traitement véritablement héroïque de la cystite blennorrhagique, celui qui convient également bien à toutes ses périodes et n'échoue que dans les formes très anciennes alors que les lésions ne peuvent être modifiées, c'est le traitement par les instillations de nitrate d'argent. Bien faites, c'est-à-dire exactement portées, à l'aide de l'instrumentation et du manuel opératoire précédemment décrit, au niveau de l'urèthre postérieur, du col et du bas-fond, et pratiquées avec une solution suffisamment forte et dont le titre sera commandé par l'intensité de l'inflammation et surtout de la douleur, ces instillations guérissent rapidement et sûrement la cystite blennorrhagique. En général, dès la première instillation, la fréquence diminue, le sang disparaît après la troisième ou quatrième, et les urines reprennent leurs caractères normaux au bout de six à huit instillations dans les cas aigus. Les cas chroniques sont plus rebelles et il faut faire un très grand nombre d'instillations pour en avoir raison. Si les douleurs et les autres symptômes résistent à ce traitement en quelque sorte spécifique, l'ouverture de la vessie et l'attaque directe des lésions de la muqueuse s'imposent en dernier ressort.

§ 9. — Cystite tuberculeuse.

L'existence des tuberculoses locales sans lésions concomitantes des poumons ne saurait être révoquée en doute aujourd'hui, et la loi de Louis est chaque jour infirmée par les constatations anatomo-pathologiques et les faits cliniques. La vessie est précisément un des organes où la présence de la tuberculisation localisée a été d'abord reconnue. C'est à Bayle, au commencement de notre siècle, que l'on doit les premières observations anatomiques sur ce sujet; bien d'autres auteurs ont ajouté à ces remarques d'amphithéâtre, mais c'est au professeur

Guyon et à ses élèves qu'on doit toute entière l'étude clinique de la tuberculose vésicale.

Si presque toujours l'évolution des tubercules dans la vessie finit par déterminer de la cystite, il y a une longue période pendant laquelle la tuberculisation vésicale précède l'inflammation tuberculeuse du réservoir. Il est impossible, on le comprend, de séparer l'histoire de ces deux phases de l'évolution des tubercules dans la vessie; aussi ce chapitre serait-il mieux intitulé tuberculose vésicale que cystite tuberculeuse.

Il est rare que les tubercules envahissent la vessie au cours de la phthisie pulmonaire. La tuberculose vésicale *secondaire* est absolument exceptionnelle, presque toujours elle est *primitive* et, chose remarquable, elle reste cantonnée le plus souvent dans les organes génitaux et urinaires et ne se généralise pas, surtout dans les poumons. Cette épi-thète de primitive appelle d'ailleurs un correctif; ce n'est pas en effet ordinairement par la vessie que débute la tuberculose génito-urinaire, mais par quelque autre partie de ce double arbre anatomique (testicule, épидидyme, vésicules séminales, prostate, reins).

La tuberculose vésicale est l'apanage des adolescents et des adultes. Son maximum de fréquence est en effet dans cette période qui s'étend de quinze à quarante ans, mais on la voit aussi frapper de très jeunes enfants et des vieillards. Le sexe masculin y est plus prédisposé que le sexe féminin dans la proportion de trois contre un, d'après Guyon. Parfois la cystite tuberculeuse s'installe spontanément, sans cause provocatrice, et ce mode d'invasion a une importance diagnostique considérable, car, soit dit en passant, on doit toujours tenir pour suspectes les cystites dont on ne peut retrouver la cause. Le plus souvent elle se déclare à l'occasion de toutes les causes communes déterminantes signalées à propos des cystites en général: froid, fatigue, excès de toute sorte, etc. La blennorrhagie est, de toutes les influences déterminant l'éclosion de la tuberculose vésicale, la plus active. L'urétrite chronique postérieure et la cystite blennorrhagique invétérée créeraient un terrain favorable au bacille de Koch. Celui-ci se substituant insensiblement au gonococcus donne lieu à ces *cas limites* (Guyon) où le clinicien est incapable de se prononcer sur la véritable nature de la cystite.

Une question intéressante a été soulevée dans ces derniers temps sur la contagion directe par les rapports sexuels de la tuberculose urinaire et génitale. Cette hypothèse a trouvé des défenseurs dans Conheim, Verneuil et son élève Verchère, Ferret, Derville, etc. Mais aucun des faits rapportés par ces auteurs à l'appui de leur opinion n'est probant; par contre, l'observation journalière des tuberculeux génito-urinaires, le début de l'affection dans les parties les plus profondes de ces appareils (épидидyme, prostate, reins), la marche des lésions qui ne procèdent que par voie de continuité, tendent à infirmer cette hypothèse sur une nouvelle porte d'entrée de la tuberculose,