

beaucoup de ces malades se rétablissent; mais il est rare que les mêmes accidents ne se reproduisent pas au bout d'un temps plus ou moins long; enfin, après plusieurs de ces rechutes, les individus dépérissent et succombent.

Les accidents suivent, en général, une marche continue et progressivement croissante. Lorsque toute communication a cessé entre le rein et la vessie, le premier de ces organes peut être distendu par le pus et former une tumeur bosselée, fluctuante, qu'on sent dans le flanc; elle déforme et élargit la région lombaire correspondante, et vient parfois faire saillie jusque dans la fosse iliaque et supérieurement jusqu'à l'hypochondre. On dit avoir, en pareil cas, senti plusieurs fois dans la tumeur un frémissement particulier produit par la collision des calculs. Quoi qu'il en soit, beaucoup de ces malades, épuisés par la souffrance et par la fièvre hectique qui les mine, succombent sans que leur urine ait jamais été purulente; chez la plupart pourtant, du pus est excrété avec ce liquide. L'écoulement du pus dans la vessie peut être continu, mais il est intermittent, si un obstacle s'oppose momentanément à son excrétion; dans ce dernier cas, l'urine rendue à différentes époques de la journée a des qualités différentes. Lorsque le pus sort en grande quantité, on observe communément un affaissement considérable de la tumeur; puis celle-ci reprend son volume aussitôt que le liquide s'est reproduit. Nous avons vu que ces abcès pouvaient se faire jour dans le côlon, dans le duodénum et dans l'estomac. Dans les deux premiers cas, le pus s'échappe par les selles; dans le second, il est rejeté par le vomissement; plus rarement il perfore le diaphragme et le poumon gauche pour être expulsé au dehors de la même manière que le sont les vomiques (1). L'abcès peut s'ouvrir encore dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire qui entoure le rein : dans le premier cas, on observe des accidents de péritonite suraiguë et mortelle en peu d'heures; dans le second, il y a souvent des signes d'une phlegmasie diffuse dans la région lombaire, dans le flanc et à l'hypogastre. Le pus peut se frayer encore une route à travers les parois abdominales elles-mêmes; quelquefois, fusant au loin, il va former de véritables abcès par congestion au voisinage des anneaux inguinal et crural; quelquefois, enfin, l'abcès s'ouvre successivement dans plusieurs des points que je viens d'indiquer, et alors on voit le pus s'échapper simultanément par toutes les voies, ou bien l'excrétion se fait alternativement par l'une ou par l'autre. Quel que soit d'ailleurs le mode d'évacuation que la nature ait choisi, toutes les fois que le pus s'échappe au dehors, les malades sont momentanément soulagés; mais ils ne tardent pas à succomber dans le dernier degré de marasme (phthisie rénale), à moins que quelque complication ne vienne hâter le terme fatal: car il est peut-être sans exemple que l'abcès rénal qui a produit les désordres dont nous avons parlé ait jamais guéri; il n'en est plus de même lorsque l'abcès a été assez peu considérable pour ne pas former de tumeur appréciable. Chez les individus qui se rétablissent complètement après avoir rendu du pus pendant longtemps, il ne faut pas supposer qu'il y a eu guérison complète, et que le rein, revenu à son état physiologique, ait repris ses fonctions; loin de là, car, dans ce cas, l'organe malade s'est atrophié et s'est converti en une coque fibreuse ou fibro-cartilagineuse au centre de laquelle est un calcul plus ou moins volumineux. La sécrétion urinaire se fait donc uniquement par le rein opposé; celui-ci a souvent acquis un volume plus considérable et en rapport avec l'activité plus grande de ses fonctions. On conçoit que si, dans ces cas de rein unique, un calcul subitement engagé dans son uretère

(1) Voyez une excellente thèse de M. Lenepveu. Paris, année 1838.

venait à suspendre pendant quelques jours la sécrétion urinaire, la mort arriverait nécessairement au milieu de symptômes typhoïdes et cérébraux.

Il est un accident qui ne paraît pas être fort rare dans le cours de la pyélite et de la néphrite chronique, c'est la paraplégie. Signalée en Angleterre par le docteur Stanley, et en France par M. Rayet, qui en a publié cinq observations dans son important ouvrage, elle a été plus particulièrement étudiée par M. Raoul Leroy (d'Étiolles), dans sa thèse inaugurale soutenue en 1850, et plus tard dans un mémoire couronné par l'Académie de médecine. La paraplégie des extrémités inférieures se déclare le plus ordinairement chez des individus qui commencent par avoir un obstacle au col vésical, lequel produit bientôt un catarrhe du réservoir urinaire, et consécutivement une inflammation des bassinets et des reins. Il est rationnel d'expliquer la paraplégie par les larges communications qui existent entre la moëlle et le grand sympathique; celui-ci, influencé par l'affection rénale, agit à son tour sur la moëlle, qui perd son énergie sans que son tissu présente cependant aucune altération appréciable.

Diagnostic. — La pyélite calculeuse diffère de la néphrite simple, et se distingue de toutes les autres affections par la violence de la douleur rénale, par la gravité des symptômes généraux et sympathiques au début, par la diminution et par la suspension de la sécrétion de l'urine. Celle-ci, lorsqu'elle est excrétée, est presque toujours très-acide, mêlée d'abord à du sang et à du mucus; plus tard elle contient du pus. La présence du pus dans l'urine n'indique pourtant pas nécessairement une phlegmasie rénale; car l'urine peut en contenir dans le cours des cystites aiguës et chroniques, ou bien encore lorsqu'un abcès extra-péritonéal s'est fait jour dans les voies urinaires. Mais indépendamment du siège différent de la douleur dans la pyélo-néphrite et dans la cystite, on reconnaît que dans celle-ci l'urine est presque toujours glaireuse et visqueuse, tandis que, dans l'inflammation simple des calices et du bassinets, il y a dysurie avec dépôt de pus véritable. Lorsque le rein distendu par ce fluide forme saillie dans le flanc et dans les lombes, on déterminera quelle est la nature de la tumeur en raison de la douleur rénale qui existe, ainsi que par la présence du pus et du sang dans l'urine. Si l'abcès s'ouvre dans le côlon, dans l'estomac ou dans le poumon, on précisera le siège primitif du mal en ayant égard aux accidents graves que les malades ont présentés du côté d'un des reins, à cause aussi de l'odeur urineuse que le liquide exhale souvent, et de son mélange avec des calculs uriques. Dans quelques cas, d'ailleurs, l'abcès communiquant en même temps plus ou moins largement avec l'uretère et la vessie, des gaz s'échapperont par l'urètre mêlés à l'urine et au pus. L'abcès, n'ayant souvent aucune communication avec l'extérieur, et ayant néanmoins acquis un volume considérable, pourrait être confondu avec des tumeurs formées par les organes voisins, notamment avec des tumeurs de la rate, du foie, de l'aorte, des ovaires, ou bien avec un amas de matières stercorales, etc. Mais, indépendamment des troubles spéciaux qu'on note dans la sécrétion et dans l'excrétion de l'urine, on constate aussi diverses altérations de ce liquide, lesquelles ont précédé et qui le plus souvent accompagnent aussi les tumeurs rénales, tandis que rien de pareil n'est observé dans les tumeurs formées par d'autres organes. Nous verrons, en outre, en parlant de ces dernières, qu'il est possible, par une exploration attentive, surtout à l'aide de la palpation et de la percussion, et en ayant égard au mode du développement de la tumeur, d'arriver presque toujours à poser un diagnostic précis. Enfin, pour compléter, il nous resterait à exposer comment on parviendrait à distinguer les abcès des

reins des autres tumeurs de cet organe. Mais, pour éviter des redites, nous traiterons ce sujet en parlant des hydronéphroses et des productions cancéreuses des reins.

Pronostic. — La pyélite est souvent une affection grave, car elle se termine souvent par suppuration. Le danger est grand lorsqu'un abcès s'est formé dans le rein; car bien que l'on puisse observer quelquefois la guérison, comme celle-ci entraîne souvent l'atrophie de l'organe, les individus ne vivent plus qu'avec un rein, et si par malheur celui-ci venait plus tard à être enflammé par une cause quelconque, ou si un calcul obstruait momentanément son uretère, la mort en serait la suite inévitable. Le pronostic est surtout extrêmement fâcheux lorsque le rein forme une tumeur considérable, et alors, quel que soit le point du corps que l'abcès choisisse pour se vider au dehors, la mort est presque certaine. Une des terminaisons les plus fâcheuses est celle dans laquelle l'abcès se vide par le tube intestinal; car si le rein, n'étant pas complètement détruit, sécrète encore de l'urine, ce liquide, en étant versé continuellement dans l'intestin, détermine une inflammation ulcéreuse de cet organe, ce qui devient une nouvelle cause de marasme et accélère ainsi le terme fatal.

Étiologie. — La pyélite est très-rarement spontanée; dans la presque totalité des cas elle reconnaît pour cause la présence de graviers ou de calculs, qui agissent tantôt directement sur les parois par leur nombre ou par leur volume, ou bien encore parce qu'un de ces corps, surtout s'il est hérissé d'aspérités, s'introduit dans des conduits trop étroits. Dans tous ces cas la pyélite est souvent partielle; mais si le calcul engagé dans le goulot du bassinnet ou dans l'uretère oblitère complètement ces conduits, la pyélite survient alors par suite de la distension que le calice et le bassinnet éprouvent consécutivement à l'accumulation de l'urine. On conçoit que toutes les causes qui, sur le trajet des voies urinaires, s'opposent à la libre excrétion de l'urine, comme les rétrécissements de l'urètre, la paralysie de la vessie, l'hypertrophie de la prostate, les tumeurs comprimant les uretères, etc., seront tout autant de causes très-actives d'inflammation de la membrane interne des reins. Celle-ci est, d'après M. Rayet, parfois consécutive à la blennorrhagie, surtout après la suppression brusque de l'écoulement; elle est aussi produite quelquefois par les cantharides absorbées à la suite de l'application de vésicatoires. Enfin, dans les cas où les calculs existent dans ces organes, toutes les causes capables de les déplacer ou de les agiter fortement, comme les secousses du tronc, éprouvées surtout pendant l'équitation ou dans une voiture mal suspendue, sont des causes efficaces de la néphrite calculeuse.

Traitement de la pyélite. — Lorsque les accidents sont dans toute leur acuité, il faut leur opposer le traitement antiphlogistique ordinaire, et insister en même temps sur l'emploi de l'opium pour calmer les douleurs atroces qui marquent la première période de la maladie. On donnera ce médicament par la bouche et en lavements jusqu'à effet sédatif; on commencera par 5 ou 10 centigrammes, suivant la violence des douleurs; on prescrira une nouvelle dose de 5 centigrammes et plus, tous les trois quarts d'heure. Nous avons eu pareille circonstance donné plusieurs fois jusqu'à 60 centigrammes d'opium en trois ou quatre heures sans produire d'effet narcotique. Si dans toute espèce d'inflammation rénale il est rationnel de s'abstenir des diurétiques et de toutes boissons prises en abondance, afin de ne pas trop faire fonctionner l'organe malade, ce précepte doit surtout être suivi dans cette forme de néphrite qui s'accompagne si souvent de l'occlusion d'un des uretères. Si l'on est assez heureux pour enrayer les accidents, et si les malades se rétablissent, qu'ils

aient ou non expulsé le calcul, on devra les soumettre au régime le plus propre à empêcher la formation de nouveaux corps étrangers ou l'accroissement de ceux qui existent. C'est dans ce but que l'on prescrit un régime végétal, l'usage des boissons abondantes, et surtout l'emploi de quelques eaux minérales, telles que celles de Vichy, d'Évian, de Pougues ou de Contrexéville, qui agissent à la fois par leurs propriétés chimiques et diurétiques. Ce traitement convient encore lorsque la présence de pus dans l'urine indique une suppuration des reins; il faudra en outre, dans ces cas si graves, établir une forte révulsion en appliquant plusieurs cautères au niveau du rein altéré. Enfin, lorsque le rein étant très-distendu, le pus tend à se faire jour à travers les téguments, il faut hâter ce mode de terminaison. Si l'abcès est superficiel et s'il adhère aux parois, on pratiquera hardiment une large incision; dans le cas contraire, on arrive dans le foyer par des applications successives de potasse caustique, comme nous l'indiquerons en traitant des acéphalocystes du foie.

Je ne dirai rien de la pyélite cantharidienne, de celle qui est spontanée ou qui succède à une blennorrhagie, car elle ne nécessite qu'une médication simple. Des bains et des boissons douces suffisent.

DE LA CYSTITÉ AIGUE ET DE LA CYSTITÉ CHRONIQUE

Quelques auteurs, à l'exemple de Sæmmering, n'ont compris sous la dénomination de *cystite* que l'inflammation profonde de la vessie, c'est-à-dire celle qui envahit tout à la fois au moins deux des tuniques de l'organe; réservant le nom de *catarrhe vésical* à l'inflammation qui est bornée à la membrane muqueuse. Une pareille distinction n'est point fondée: il importe donc pour la pratique de comprendre sous le nom de *cystite* toutes les inflammations de la vessie, quels que soient leur siège et leur étendue; tandis qu'il faut réserver le nom de *catarrhe vésical* à un état morbide particulier, mais non inflammatoire, pouvant être la suite d'une inflammation antérieure, mais se développant le plus souvent aussi sans son concours, et caractérisé par une exagération et une perversion de la sécrétion muqueuse de la membrane interne de la vessie. Le catarrhe constitue donc une affection spéciale, distincte de la cystite, comme la bronchorrhée l'est de la bronchite, la gastrorrhée de la gastrite. (Voyez plus bas la classe des *Sécrétions morbides*.)

La cystite doit être distinguée: d'après ses causes, en *idiopathique* et en *symptomatique*; d'après sa marche, en *aiguë* et en *chronique*; d'après son siège, en *superficielle*, bornée à la muqueuse, et en *profonde* ou *phlegmoneuse*, envahissant au moins deux des tuniques; enfin, elle peut *occuper l'organe dans toute son étendue*, ou être bornée seulement à un petit espace. Parmi les cystites partielles, il importe surtout de distinguer celle du col.

Caractères anatomiques. — Dans la cystite aiguë, la capacité de l'organe est quelquefois diminuée, plus souvent elle est augmentée, ou bien enfin la vessie conserve ses dimensions normales. La membrane muqueuse, d'un rouge plus ou moins vif, est injectée uniformément ou par plaques ou par pointillé fin. Elle est comme boursoufflée, épaissie, plus ou moins friable et ramollie; quelquefois on trouve parsemées à sa surface des concrétions pseudo-membraneuses, grisâtres ou blanchâtres, très-adhérentes, autour desquelles la muqueuse gonflée forme une espèce de bourrelet, ce qui pourrait faire croire à l'existence d'une ulcération: mais il suffit de la plus légère attention pour éviter cette méprise. D'ailleurs, en exerçant quelques tractions sur la fausse

membrane à l'aide d'une pince, on la sépare et l'on trouve au-dessous d'elle la muqueuse plus ou moins injectée et violacée, mais jamais ulcérée. Les ulcérations peuvent néanmoins être la suite de la cystite aiguë; on les remarque surtout dans les cas où la phlegmasie a été déterminée par la présence d'un ou de plusieurs calculs, ou par le séjour prolongé d'une sonde. Ces ulcérations existent le plus souvent en petit nombre; elles n'intéressent ordinairement que la muqueuse; quelquefois elles envahissent les tuniques subjacentes; elles peuvent même perforer tout à fait la vessie, qui communique alors soit avec le rectum ou le vagin, soit avec le péritoine ou le tissu cellulaire du bassin, suivant les points où cette lésion survient. Lorsque l'inflammation envahit les tissus subjacents, les parois sont épaissies, indurées, du pus est infiltré dans le tissu cellulaire et entre les plans charnus de la tunique musculieuse, qui sont devenus plus manifestes. Le pus peut même être réuni en un ou plusieurs foyers isolés, communiquant avec une suppuration étendue de l'excavation pelvienne. Enfin, on a observé parfois des plaques gangréneuses. Celles-ci sont rarement l'effet d'une inflammation simple; mais presque toujours elles ont lieu dans les points qui ont supporté une violente pression, telle que celle que produisent un calcul, une sonde à demeure ou la tête du fœtus pendant l'accouchement.

La cystite qui survient consécutivement à l'absorption des cantharides est remarquable par la production des fausses membranes dans la vessie; la muqueuse de cet organe est plus ou moins ecchymosée. Ces mêmes lésions peuvent également se rencontrer dans les uretères et jusque dans les bassinets; la substance des reins est même parfois plus ou moins congestionnée.

Dans la cystite chronique, presque toujours on observe une diminution considérable dans la capacité de l'organe; la membrane muqueuse, offrant un mélange de coloration rouge, noire, violacée, ardoisée, est épaissie, indurée; plus souvent elle est friable, fongueuse, ulcéreuse, parcourue par des vaisseaux variqueux. Les parois, épaissies surtout en raison de l'hypertrophie du tissu cellulaire et de la tunique musculaire, ont souvent plus de 3 ou 4 centimètres d'épaisseur; on peut les trouver, comme à l'état aigu, infiltrées de pus, ou le siège d'un ou de plusieurs abcès, ou bien enfin perforées. Les cystites aiguë et chronique coexistent le plus souvent avec diverses altérations des autres organes génito-urinaires, notamment des reins, qui, de même que la vessie, contiennent souvent des calculs; de l'urètre, qui est parfois rétréci; de la prostate enfin, qui est souvent hypertrophiée, et parfois même ramollie et suppurée.

Symptômes. — La cystite débute presque toujours sans prodromes et par des symptômes locaux. Tous les malades accusent une douleur au bas-ventre, que la pression et les mouvements exaspèrent; l'hypogastre est tendu, souvent la vessie y forme une saillie considérable. Les malades éprouvent des besoins fréquents d'uriner, et excrètent, après des efforts très-douloureux, quelques cuillerées et souvent même quelques gouttes seulement d'une urine rouge, brûlante, trouble et parfois sanguinolente. La plupart accusent également une sorte de *ténésme vésical*, c'est-à-dire qu'ils ressentent un besoin violent de rendre l'urine, et font des efforts considérables qui restent sans effet. Beaucoup se plaignent d'un prurit incommodé dans le méat urinaire; presque tous ont de la fièvre, une soif vive, de l'inappétence, des nausées, des vomissements, de la constipation, un état de malaise et d'anxiété extrêmes. Cependant la gravité plus ou moins grande des symptômes généraux et locaux, ou la prédominance de quelques-uns d'entre eux, est surtout déterminée par le siège spécial de la phlegmasie. Ainsi la douleur hypogastrique est surtout vive lorsque l'inflammation

(chose rare d'ailleurs) occupe la partie supérieure de l'organe: l'urine ne s'accumule point alors dans la vessie, mais elle en est expulsée à des intervalles rapprochés. Au contraire, un sentiment de pesanteur ou un prurit incommodé au périnée, la rétention d'urine, l'ischurie, le ténésme vésical, se remarquent dans la cystite du col. Dans ce cas, le cathétérisme est rendu souvent impossible par le gonflement ou par l'état spasmodique de la portion prostatique de l'urètre; lorsqu'on parvient à introduire l'instrument, il produit une douleur tellement atroce en arrivant dans la vessie, qu'on est obligé quelquefois de le retirer avant même d'avoir pu évacuer l'urine. Le toucher par le rectum, et souvent même la simple introduction d'une canule de seringue, excite des douleurs très-vives; la défécation ou la simple émission des gaz en réveille de pareilles. Ces excrétions peuvent être empêchées lorsque l'inflammation a gagné toute la paroi recto-vésicale; dans ce cas, la constipation et le météorisme sont une nouvelle cause de souffrance et d'anxiété. Enfin, dans l'inflammation du bas-fond de la vessie, on a vu plusieurs fois les tissus, épaissis, boursoufflés, produire l'oblitération complète de l'orifice vésical de l'un des uretères ou de ces deux conduits ensemble: l'urine alors, ne pouvant plus arriver dans la vessie, s'accumule dans les uretères, dans les bassinets et dans les calices. Bientôt, la sécrétion ne pouvant plus avoir lieu, la fièvre redouble, du délire survient, les malades tombent dans la prostration; toutes leurs excrétions, les selles et les sueurs notamment, exhalent une odeur urineuse, et ils succombent bientôt avec l'ensemble des symptômes qui caractérisent la fièvre dite *urineuse*. Ces mêmes accidents surviennent encore, mais beaucoup plus lentement, toutes les fois que l'urine accumulée dans la vessie cesse de pouvoir être excrétée.

Dans la cystite cantharidienne, sur laquelle M. Morel-Lavallée a fixé l'attention des médecins, les malades rendent quelquefois, après des douleurs, des épreintes et des efforts inouïs, des fausses membranes consistantes, ayant de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, et dont l'étendue varie depuis la grandeur d'une pièce de 50 centimes jusqu'à celle d'une moitié de carte à jouer. M. Morel-Lavallée a démontré que souvent, indépendamment de ces pseudo-membranes, l'urine abandonnée à elle-même laissait déposer, par le refroidissement, un précipité albumineux plus ou moins abondant. Enfin, chez quelques malades, l'albumine, tenue en complète dissolution, ne se précipite que quand on chauffe l'urine jusqu'à ébullition, ou lorsqu'on la traite par l'acide nitrique; mais cette albuminurie est moins l'effet de la cystite que d'une pyélite ou d'une congestion rénale concomitante.

Marche. Terminaisons. — Après s'être accrus pendant quelques jours, on voit communément les accidents diminuer; les besoins d'uriner sont moins fréquents, la miction est plus facile, moins douloureuse, les urines ne sont plus sanguinolentes, enfin la fièvre et les autres troubles sympathiques diminuent ou cessent: on dit alors que la cystite s'est terminée par résolution. La suppuration est une suite beaucoup plus rare: tantôt alors le pus est seulement exhalé à la surface de la muqueuse, ou bien un abcès, s'étant formé dans l'épaisseur des parois, se vide dans la vessie. Dans l'un et l'autre cas, les urines sont lactescentes, et l'on y démontre facilement la présence des globules de pus; mais quelquefois, ainsi que Chopart l'a vu, l'abcès interstitiel se fait jour dans le tissu cellulaire du petit bassin, qui s'enflamme et suppure à son tour: la mort est alors presque inévitable. La terminaison par gangrène est excessivement rare; on la reconnaît quelquefois à la fétidité caractéristique de l'urine et à la gravité des symptômes généraux. On observe surtout ce fâcheux accident lorsqu'il y a eu rétention prolongée de l'urine. Dans ces cas, une rupture se fait ordinaire-

ment au niveau de l'eschare; dans quelques autres, la vessie se déchire sans gangrène préalable et par la simple distension des parois, qui sont alors plus ou moins ramollies. Cette rupture a lieu presque toujours à la paroi supérieure, qui est la partie la plus mince et la moins soutenue. Suivant le point où la déchirure s'opère, l'urine s'épanche dans le péritoine et produit alors une péritonite suraiguë, ou bien elle s'infiltré dans le tissu cellulaire du bassin, qu'elle mortifie. Dans l'un et l'autre cas, les malades succombent promptement. Des accidents semblables surviennent lorsque la perforation de la vessie s'établit par les progrès d'une ulcération; si celle-ci intéresse la paroi recto-vésicale ou vésico-vaginale, l'urine s'écoulera par le rectum ou par le vagin.

Enfin, beaucoup de cystites passent à l'état chronique. La chronicité peut, en outre, être primitive; c'est ce qui a lieu surtout dans les cas où la maladie est symptomatique de la présence d'un calcul. Les malades accusent alors à l'hypogastre ou au périnée une douleur permanente, quelquefois vive, ils sont tourmentés par des envies fréquentes d'uriner, par de la dysurie; les urines qu'ils rendent sont troubles, purulentes, floconneuses, muqueuses, filantes et glaireuses; il y a un état de malaise habituel, parfois de la fièvre; les digestions sont pénibles, et la nutrition languit. Les accidents, particulièrement les symptômes locaux, s'aggravent après le coït, et surtout après l'ingestion de boissons stimulantes ou par l'impression du froid, etc. Après avoir ainsi présenté un plus ou moins grand nombre de recrudescences, et après une durée indéterminée, quelques cystites se terminent par résolution. Chez d'autres malades, tous les signes d'inflammation cessent, mais la sécrétion de la membrane muqueuse continue à être pervertie: la cystite s'est alors transformée en catarrhe. La cystite chronique peut entraîner la mort par épuisement ou en provoquant quelques complications, surtout du côté du péritoine et des reins.

Diagnostic. — En traitant de la péritonite de l'excavation pelvienne et de la métrite, nous verrons en quoi ces phlegmasies diffèrent de la cystite. Ce sont à peu près les seules maladies qui offrent quelques points de contact avec l'inflammation de la vessie. Il est à peu près impossible de diagnostiquer les ulcères vésicaux. Des douleurs vives, un pus visqueux, tenace, fétide, strié de sang, qu'on a donnés comme des signes assez positifs des ulcérations de la vessie, ne sauraient les caractériser, mais ils en rendent l'existence assez probable. La cystite reconnue, il faut en rechercher la cause, et surtout déterminer si elle est idiopathique ou si elle est symptomatique de la présence d'un calcul. Le cathétérisme peut seul éclairer le médecin.

Pronostic. — On a vu que la cystite était une affection généralement grave; elle l'est surtout lorsqu'elle occupe le col et l'orifice des uretères. Celle qui succède à l'administration des cantharides est presque toujours bénigne, et n'a guère qu'une durée de vingt-quatre à trente-six heures.

Étiologie. — La cystite idiopathique est une affection excessivement rare, surtout à l'état chronique. La maladie affecte spécialement les adultes; elle est plus commune chez les hommes; elle est presque toujours produite par quelques causes directes, telles qu'une plaie pénétrante, une contusion à l'hypogastre, une chute sur les reins ou le périnée, le cathétérisme ou le séjour des sondes, un accouchement pénible, la rétention de l'urine, la présence d'un calcul; ou bien encore la cystite peut résulter de la propagation à la vessie d'une phlegmasie urétrale: c'est un accident qui n'est pas rare dans la blennorrhagie. Enfin, l'absorption des cantharides a souvent pour effet de produire une cystite; c'est ce qu'on remarque spécialement à la suite de l'application de vésicatoires

sur quelque partie du corps que ce soit, surtout si c'est un point qui a été scarifié pour l'application des ventouses.

Traitement. — A la cystite aiguë on opposera un traitement antiphlogistique plus ou moins énergique. Les saignées générales ne sont utiles que dans le cas d'une réaction fébrile forte; presque toujours les saignées locales suffisent. Les sangsues sont appliquées communément à l'hypogastre; mais on les mettra de préférence au périnée, lorsque le col vésical est surtout affecté. C'est à tort qu'on a prétendu que des sangsues mises dans cette dernière région augmentaient la fluxion sanguine. Ce résultat ne peut avoir lieu lorsqu'on met un nombre de sangsues suffisant (au moins vingt-cinq) et qu'on favorise l'écoulement des piqûres. L'hypogastre et le périnée seront recouverts de cataplasmes émollients; les malades seront plongés dans un bain tiède et prendront une boisson mucilagineuse. La liberté du ventre sera entretenue par des lavements ou quelques laxatifs doux. Il faut, en général, s'abstenir de nitrer les tisanes ou de les donner en trop grande abondance, surtout lorsqu'il y a rétention d'urine, ou bien dans les cas où l'excrétion de ce liquide se fait après des efforts très-douloureux. Lorsque la vessie, distendue par l'urine, fait saillie au-dessus du pubis, il faut pratiquer le cathétérisme, quelque douloureux qu'il soit. Si l'on arrivait très-difficilement dans la vessie, et si cet organe supportait sans beaucoup de souffrance la présence de l'instrument, on pourrait le laisser quelque temps à demeure; dans le cas contraire, on le retirerait aussitôt, sauf ensuite à le réintroduire s'il y avait nécessité. Les moyens de traitement varient peu dans les différentes espèces de cystites: cependant dans les cas où la maladie est produite par l'action des cantharides, tout le monde est d'accord d'administrer le camphre en lavement, en frictions et en pilules, seul ou combiné avec de l'opium, pour modérer les douleurs et l'excitation extrême des organes génitaux. Lorsque la cystite est symptomatique de la présence d'un corps étranger qui exige une opération (lithotomie ou lithotritie), il faudra, avant de la pratiquer, modérer le travail inflammatoire.

Dans la cystite chronique, on aura encore recours à une ou plusieurs applications de sangsues, surtout si les douleurs sont vives; on insistera également sur les bains émollients. On favorisera la transpiration cutanée par l'usage de la flanelle et des bains de vapeur; on établira une révulsion à l'hypogastre, en faisant sur cette partie des frictions avec une pommade stibiée ou en la recouvrant d'un vésicatoire. On a cherché également à modifier directement l'état des surfaces malades par l'administration de substances qui, éliminées par les reins et mêlées à l'urine, modifient heureusement la surface vésicale. C'est ainsi qu'on a donné, en pareil cas, le baume de copahu en lavement ou par l'estomac, et la térébenthine à la dose de 4 à 8 grammes. On a également conseillé d'injecter directement dans la vessie ces mêmes médicaments et plusieurs autres. C'est ainsi qu'on a fait des injections de calomel (20 à 30 centigrammes dans eau, q. s.), des injections d'eau de goudron, d'eau sulfureuse naturelle, et même des injections de nitrate d'argent. Nous avons vu ce dernier moyen guérir en quelques jours des cystites chroniques qui résistaient depuis plusieurs années à tous les traitements. Pour cautériser la vessie, on commence par la vider de l'urine qu'elle contient, puis on injecte 50 à 60 grammes d'une solution plus ou moins concentrée de nitrate d'argent, ou bien, à l'aide de la sonde imaginée par Lallemand, on porte le caustique en poudre dans la vessie. Ce moyen est un des plus efficaces; il n'est point douloureux, ou bien il l'est à peine; il n'excite aucun accident, si ce n'est parfois quelques cuissons un peu vives le jour de l'opération, et qui cèdent communément à l'administration

d'un ou de deux bains. Il est quelquefois nécessaire de recourir à une nouvelle cautérisation; mais il faut laisser entre les deux opérations un intervalle d'au moins quinze ou vingt jours.

Enfin, il est des cystites chroniques qui, en raison des désordres graves qui les ont produites, ou de la présence d'un calcul trop volumineux ou enchatonné, sont au-dessus des ressources de l'art. Il faut alors se borner à calmer les souffrances souvent atroces des malades et l'état spasmodique de la vessie par l'emploi de suppositoires narcotiques ou de lavements opiacés.

INFLAMMATION DES ORGANES GÉNITAUX

Les organes génitaux, dans les deux sexes, sont fréquemment atteints de phlegmasie. Nous ne comptons, dans ce chapitre, appeler l'attention du lecteur que sur les inflammations qui affectent l'utérus et deux de ses annexes, l'ovaire et les trompes. Nous omettons à dessein de décrire la phlegmasie du vagin et celle de l'urèthre, du prépuce et du gland chez l'homme, attendu que nous comptons nous en occuper longuement plus tard, quand nous traiterons de l'infection vénérienne. Il ne faudrait pas néanmoins conclure de tout ceci que toutes les inflammations de l'urèthre chez l'homme, et que toutes celles qui affectent le vagin chez la femme, dépendent constamment de l'action d'une matière virulente; mais cette cause, si elle n'est pas précisément la seule, est du moins la plus commune; et comme, quelle que soit l'origine du mal, on n'observe que des nuances dans les symptômes, sans aucune différence très-tranchée, il convient, pour éviter des redites, de renvoyer l'étude des inflammations des organes externes de la génération dans les deux sexes à l'époque où nous traiterons des accidents syphilitiques primitifs.

DE LA MÉTRITE

On désigne sous le nom de *mérite* l'inflammation du tissu utérin. La plupart des auteurs en ont distingué deux espèces, suivant que l'inflammation est bornée à la membrane muqueuse ou suivant qu'elle envahit le parenchyme de l'organe. La première est nommée *interne* ou *catarrhale*, à cause de l'écoulement muqueux ou mucoso-purulent qui a lieu par les organes génitaux; elle est aiguë ou chronique. Dans la seconde espèce, le tissu de l'utérus étant lui-même envahi, la mérite est dite *profonde*, *phlegmoneuse* ou *parenchymateuse*. Comme la mérite interne, elle peut être aiguë ou chronique. La mérite aiguë parenchymateuse doit être étudiée à part, suivant que la phlegmasie envahit un utérus qui est dans les conditions ordinaires (*mérite simple*), ou un organe qui vient d'être distendu par le produit de la conception (*mérite puerpérale*). Enfin, la mérite chronique parenchymateuse devra être étudiée à part dans ses deux variétés principales: dans l'une il n'y a qu'une *induration de tissu*, dans l'autre le col est envahi par des *ulcérations*. Ces deux formes peuvent être réunies, mais elles existent souvent isolément; la thérapeutique qui convient à l'une et à l'autre est très-différente, il importe donc de consacrer à chacune d'elles un article spécial.

De la mérite interne, ou mérite catarrhale.

L'inflammation de la muqueuse utérine est une des formes les plus communes de la mérite; elle peut exister à l'état aigu ou à l'état chronique. Dans l'un et l'autre cas, la phlegmasie peut envahir toute la muqueuse ou être circonscrite, soit à celle qui tapisse la cavité du col, soit à celle du corps.

Anatomie pathologique. — A l'état aigu la membrane muqueuse utérine est rouge uniformément ou par places; elle est épaissie, friable, dénudée de son épithélium dans une étendue plus ou moins considérable, et par conséquent très-superficiellement ulcérée; elle est tapissée par du mucus rarement transparent, le plus souvent jaunâtre et d'aspect puriforme. Le col peut présenter quelques érosions, il est entr'ouvert, souvent comme boursoufflé; il en est de même du corps utérin. Cette intumescence peut dépendre de la concomitance d'une mérite parenchymateuse, le plus souvent pourtant elle résulte de l'ampliation que la cavité a subie, soit partiellement, soit dans toute son étendue. Cette disposition a surtout été notée dans la mérite interne chronique.

Cette dernière est en outre caractérisée par une coloration d'un rouge foncé ou ardoisé de la membrane muqueuse. Celle-ci est épaissie plus ou moins généralement, l'épithélium est détruit en divers points, et la surface est hérissée de saillies qu'on a considérées comme des villosités. Les follicules, surtout ceux du col, sont plus développés, ils ont souvent l'apparence de petits kystes.

Au lieu de cette lésion, ou bien concurremment avec elle, on peut trouver sur la muqueuse du col des fongosités soupçonnées par Récamier, niées par plusieurs, mais prouvées microscopiquement et bien étudiées par MM. Ch. Robin (1), Rouyer (2) et Goldschmidt (3). Elles peuvent se développer dans toute l'étendue de la cavité utérine, mais ont peut-être une prédilection pour la face postérieure du corps; elles sont en nombre plus ou moins grand, tantôt sessiles, tantôt pédiculées, d'un volume qui varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une framboise. Elles sont molles, gorgées de liquide et d'un rouge plus ou moins vif. M. Ch. Robin les considère comme un produit d'hypertrophie de la membrane muqueuse, car il y a trouvé les mêmes éléments histologiques que dans celle-ci.

Dans la mérite, la cavité de l'utérus est toujours tapissée par un mucus plus ou moins abondant et d'aspect variable; séreux, opaque dans la cavité du corps, il est visqueux, albumineux, demi-transparent, jaunâtre, opaque ou puriforme dans le col, parfois il est mêlé à du sang.

Enfin, chez les femmes atteintes de mérite interne et ancienne, surtout si c'est après la ménopause, on peut observer une oblitération du col portant en général sur l'un de ces orifices, spécialement sur l'orifice interne. Comme conséquence on trouve communément une atrophie de l'organe, et exceptionnellement une hypertrophie des parois et une dilatation de la cavité, lorsque la sécrétion catarrhale se continue derrière l'obstacle. C'est sans doute à une mérite contractée après la fécondation qu'il faut rapporter ces cas rares, mais incontestables, d'oblitération partielle ou totale de la cavité du col, constatés au moment de l'accouchement.

(1) *Archives de médecine*, année 1844, t. XVII, et thèse de M. Ferrier. Paris, 1855.

(2) Thèse de Paris, année 1858.

(3) Thèse de Strasbourg, année 1859.