

dans l'urine filtrée la présence d'albumine. — Un phénomène que l'on observe constamment dans la cystite cantharidienne produite soit par l'application d'un vésicatoire, soit par la cantharide prise à l'intérieur, mais qui se montre également, quoique rarement, au début d'autres processus de nature croupale, consiste dans l'apparition, sur la muqueuse vésicale injectée et gonflée, de **fausses membranes fibrineuses**, blanchâtres, qui sont expulsées avec l'urine et provoquent alors un ténésme intense¹. Quelquefois elles sont colorées par du sang. — Enfin une affection qu'il n'est pas rare d'observer, c'est la **diphthérie de la vessie**; elle s'accompagne de symptômes généraux d'une grande violence et entraîne des conséquences très graves pour le malade.

§ 244. — Les autres **symptômes** d'inflammation de la vessie consistent dans des **douleurs spontanées et une sensibilité exagérée à la pression**, au niveau de l'hypogastre et du périnée, et surtout dans la région du col de la vessie; en outre, le malade se plaint de **ténésmes douloureux** avec évacuation fréquente de petites quantités d'une urine ayant les caractères que nous venons de décrire. Après chaque miction la douleur augmente d'intensité au niveau du col de la vessie. Le malade éprouve la sensation d'une contraction spasmodique de cette partie, et souvent il se produit une **rétention complète d'urine** (ischuria inflammatoria) avec aggravation des symptômes douloureux. Cette rétention s'explique soit par le gonflement de la muqueuse, soit par une contraction réflexe du sphincter. Souvent la cystite débute par un **frisson** suivi de fièvre d'intensité variable avec exacerbations irrégulières. Dans les inflammations diphthéritiques ou interstitielles graves, et surtout dans celles qui succèdent à de grands traumatismes, on observe des symptômes typhoïdes, des vomissements violents, des sueurs froides et souvent aussi le hoquet.

La **cystite aiguë** a une durée de 6 à 15 jours. La guérison est précédée de sueurs profuses; les douleurs et la fièvre disparaissent rapidement, les intervalles entre chaque miction acquièrent peu à peu une durée normale et l'urine redevient claire et limpide. Dans d'autres cas le malade succombe à la gangrène, à la pyémie ou à la péritonite, ou bien les symptômes perdent peu à peu de leur intensité et la maladie passe à l'état chronique. Ce dernier mode de terminaison est fréquent.

Dans la **cystite chronique** les symptômes que nous venons d'exposer sont moins prononcés, et les douleurs surtout sont de peu d'intensité. Le

Des recherches faites en commun avec STULER, m'ont démontré que dans la cystite cantharidienne produite expérimentalement, les membranes d'apparence fibrineuse sont constituées en réalité par la couche épithéliale de la vessie qui se détache en lambeaux plus ou moins étendus. La cantharidine, en passant dans l'urine, paraît agir sur la muqueuse vésicale de la même manière que sur la peau.

MAAS.

besoin de la miction est presque toujours très fréquent; l'urine n'est pour ainsi dire jamais évacuée entièrement; il en reste une partie dans la vessie, comme on peut s'en convaincre par l'introduction d'une sonde, aussitôt après que le malade a uriné. L'épaississement inflammatoire de la paroi vésicale et les altérations de la tunique musculaire empêchent la vessie de se contracter complètement. Le ténésme vésical persiste pendant la nuit et constitue un des symptômes les plus pénibles. Il se produit souvent une aggravation subite des symptômes à la suite de mouvements violents, d'un refroidissement ou d'un écart de régime. La dysurie qui survient alors, peut aller jusqu'à la rétention complète d'urine. La région vésicale devient sensible et augmente d'étendue; on voit apparaître au-dessus de la symphyse une tumeur arrondie, circonscrite, qui peut s'élever jusqu'à l'ombilic. Si l'on ne met pas fin à cette rétention par le cathétérisme, il en résulte, surtout chez les individus âgés, une paralysie de la vessie, et l'on voit apparaître des symptômes urémiques: vomissements, délire, frissons, langue sèche, fendillée, odeur ammoniacale de la sueur et de l'haleine. Ces symptômes violents peuvent, dans certaines conditions, s'amender dans la suite et revenir au degré modéré qu'ils présentaient avant l'apparition de ces accidents. Habituellement, l'état chronique persiste des mois et même des années avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Puis les exacerbations deviennent toujours plus fréquentes. La digestion est en souffrance; le malade tombe dans un état d'hectisie avec insomnie et affaiblissement progressif, et, complètement épuisé, il finit par succomber à un nouvel accès aigu de la maladie.

Une autre série de symptômes s'observent dans les cas rares où une cystite interstitielle, désignée aussi sous le nom de **parenchymateuse**, détermine la formation d'**abcès dans la paroi vésicale**. Celle-ci s'épaissit alors considérablement et perd ainsi une partie de sa contractilité; en outre elle contracte des adhérences avec la paroi abdominale et les organes voisins. L'évacuation de l'urine est incomplète, le besoin de la miction continu et douloureux. Les foyers purulents peuvent déplacer et comprimer l'orifice vésical de l'urètre ou les uretères, au point de les oblitérer complètement et de déterminer ainsi les symptômes graves d'une rétention d'urine. Dans des circonstances favorables l'abcès s'ouvre dans la vessie, le pus s'écoule alors avec l'urine et le malade éprouve un soulagement immédiat. L'urine contient ensuite du pus pendant longtemps, c'est-à-dire jusqu'à la cicatrisation de la cavité de l'abcès. — Dans d'autres cas, l'ouverture spontanée du foyer de suppuration ne s'opère pas d'une façon aussi heureuse. Il se produit bien plutôt une *infiltration du tissu conjonctif péricystique avec fusées purulentes du côté du bassin*, des abcès par congestion au niveau de la symphyse, du périnée, des cuisses ou de la région du dos, ou bien des perforations dans le vagin ou le rectum, ou enfin une périproctite avec formation de nombreuses fistules. On a observé également des cas de perforation de l'abcès dans la cavité péritonéale, suivie d'une péritonite rapidement mortelle.

Le **diagnostic de ces abcès de la vessie**, de même que celui de la péricystite suppurée, ne présente, en général, aucune difficulté. Le foyer de supuration occupe, le plus souvent, la paroi vésicale antérieure qui regarde la symphyse, puis, par ordre de fréquence, le bas-fond et la paroi postérieure, très rarement les parois latérales. Lorsque chez un malade présentant les troubles de miction décrits plus haut, on parvient à reconnaître, soit à l'aide de la sonde, soit par la palpation et la percussion, l'existence d'une tumeur douloureuse survenue rapidement, on cherchera à se renseigner sur le siège précis du phlegmon au moyen du procédé d'exploration de SIMON, qui consiste à introduire la main dans le rectum, et à s'aider de l'autre main appliquée sur l'hypogastre; au besoin on soumettra préalablement le malade à l'action du chloroforme. Enfin on pourra assurer complètement le diagnostic par une ponction exploratrice pratiquée à l'aide d'un fin trocart mis en relation avec l'appareil de Dieulafoy.

Le **pronostic de la cystite** dépend de l'étendue de l'inflammation, de son siège, de la nature de l'exsudat, et tout particulièrement de la possibilité ou de l'impossibilité de faire disparaître la cause de la maladie. L'âge et l'état général du malade ont également, sous ce rapport, une grande importance. Tandis qu'une cystite catarrhale à exsudat purement muqueux ou muco-purulent offre très peu de dangers, la forme croupale est d'un pronostic très douteux, et il en est de même, à un plus haut degré encore, de la forme diphtéritique; enfin la cystite interstitielle et la péricystite sont tout à fait graves. — Le **pronostic de la cystite chronique** est aggravé par certaines complications contre lesquelles on est souvent impuissant, ou que l'on ne peut faire disparaître que difficilement et en mettant en péril les jours du malade; tels sont l'épaississement et les ulcérations des parois de la vessie, les diverticules, les calculs et les tumeurs de cet organe, l'hypertrophie de la prostate. Mentionnons enfin, comme circonstance aggravante, le fait que le catarrhe chronique de la vessie s'observe le plus souvent à un âge avancé. La terminaison fatale peut être la conséquence de la paralysie de la vessie distendue à l'excès, de la rétention et de la résorption de l'urine, ou d'une infiltration urinaire survenue à la suite de la gangrène et de l'ulcération des parois vésicales. Plus souvent la maladie évolue avec plus de lenteur et entraîne une diminution progressive des forces. Enfin une complication des plus graves, ce sont les abcès développés dans l'épaisseur et autour des parois de la vessie. Nous en avons déjà parlé et nous avons indiqué également leurs modes de terminaison.

§ 245. Le **traitement de la cystite** doit s'adresser avant tout aux causes de la maladie, et parmi ces dernières, c'est l'action de la cantharidine que l'on réussira le plus facilement à éliminer. Les autres causes sont de nature telle que, hormis les cas de corps étrangers faciles à enlever, on sera presque toujours obligé d'instituer en même temps un traitement symptomatique. Quant aux moyens généraux de traitement, ils

consistent dans le repos le plus complet du malade, une diète légère, l'abstention de toute boisson alcoolique, enfin l'usage de bains chauds prolongés. Localement on conseillera, suivant la constitution du malade, des cataplasmes sur la région vésicale, des compresses glacées, des enveloppements d'après la méthode de PRIESSNITZ, parfois aussi des bains de siège tièdes. Quant aux saignées locales, aux frictions d'onguent mercuriel, aux pommades contenant des substances narcotiques, il ne faut pas s'attendre à en obtenir le moindre résultat; par contre, de simples frictions avec de l'huile enlèvent quelquefois la sensation pénible de tension qu'éprouve le malade.

L'emploi de substances narcotiques, soit à l'intérieur, soit en injections hypodermiques, est d'une grande utilité pour combattre les accès de ténesme vésical¹.

On attachera une très grande importance à l'évacuation de l'urine. Dans la rétention complète le premier devoir du chirurgien est de pratiquer le cathétérisme en usant des plus grandes précautions, et en se servant, si possible, d'une sonde molle de Nélaton. Dans les cas de rétrécissements de l'urètre, d'hypertrophie de la prostate, de fausses routes, cette petite opération peut, comme nous le verrons, présenter de sérieuses difficultés. Chez les individus très sensibles, surtout lorsque des tentatives de cathétérisme ont été faites déjà antérieurement, l'introduction de la sonde provoque de telles douleurs dans les cas de cystite, que l'on fera bien d'avoir recours à l'anesthésie chloroformique. Celle-ci met fin, en outre, au spasme des muscles de l'urètre et du sphincter de la vessie, spasme qu'il est souvent bien difficile de vaincre sans l'aide du chloroforme.

Dans le cathétérisme suivant, que l'on pratiquera au bout de 3 à 6 heures, la sonde pénètre, en général, beaucoup plus facilement dans la vessie.

Le cathétérisme doit être pratiqué aussi dans les cas de cystite aiguë et chronique dans lesquels la vessie, nous l'avons vu, ne se vide pas complètement, ce dont on peut se convaincre par la percussion, et encore mieux par la palpation. L'introduction de la sonde accorde souvent au malade un repos bien nécessaire de 3 ou 4 heures, alors qu'auparavant il était obligé d'uriner toutes les demi-heures ou même encore plus souvent. En outre, on diminue ainsi notablement la décomposition de l'urine dans la vessie et l'on combat efficacement par le fait une des causes les plus importantes de persistance et d'aggravation de l'inflammation. Le

1. Un moyen que j'ai trouvé très efficace, consiste dans l'application directe, sur la muqueuse vésicale, à l'aide d'une sonde de NÉLATON, d'une solution aqueuse de morphine aux mêmes doses qu'en injections sous-cutanées. J'ai essayé ce procédé à l'occasion de recherches faites en commun avec O. PINNER sur l'absorption par la muqueuse vésicale.