

péritonite) même mortels (*néphrite, urémie*), et que suivant Rayer et Klebs, il favorise la production des hernies.

TRAITEMENT.

Le traitement doit être avant tout palliatif et consister dans l'emploi de moyens contentifs appropriés (ceinture élastique avec ou sans pelote) destinés à maintenir le rein dans sa position normale une fois qu'il a été réduit.

Les accidents douloureux seront combattus par les émissions sanguines locales, les cataplasmes laudanisés, les fomentations émollientes et mieux encore par des injections hypodermiques de morphine, par les bains et le repos au lit. La régularité des fonctions digestives devra être surveillée avec attention, et favorisée par l'usage de laxatifs doux.

Quant au traitement chirurgical et curatif proposé par Rollett et consistant dans la rupture des adhérences qui fixent le rein dans sa position anormale, il est le plus souvent impraticable et toujours dangereux.

CHAPITRE XIII.

CATARRHE DE LA VESSIE. — CYSTITE.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

La CYSTITE (1) de **cause externe** est produite par le REFROIDISSEMENT et le TRAUMATISME; sous ce dernier chef il convient de comprendre l'accouchement pénible, le cathétérisme mal fait ou pratiqué avec des instruments malpropres, ainsi que le séjour des sondes à demeure. — La cystite de **cause interne** est produite par PROPAGATION dans le cours de la blennorrhagie, du catarrhe rectal, de la dysentérie; — par IRRITATION DIRECTE

(1) Voyez les traités de chirurgie et les dictionnaires de médecine. En outre : ANDRAL, CRUVEILHIER, FÖRSTER, LEBERT, ROKITANSKY, *loc. cit.* — BOULLAUD, *Arch. gén. de méd.*, 1848. — MOREL-LAVALLÉE, *De la cystite cantharidienne (Eodem loco, 1856)*. — AZAM, *Journal de méd. de Bordeaux*, 1860. — BASSET, *Thèse de Paris*, 1860. — FOUCHER, *Revue de thérap. méd.-chir.*, 1860. — THOMPSON, *The Lancet*, 1861. — BAIZEAU, *De la cystite hémorrhagique du col vésical (Gaz. hôp., 1861)*. — MERCIER, *Sur l'hémorrhagie inflammatoire du col de la vessie (Eod. loco)*. — RIGAUER, *Ueber Harnverhaltung (Deutsche Klinik, 1862)*. — MEADE, *Med. Times and Gaz.*, 1863. — HOLT, *The Lancet*, 1863. — H. LEE, *Eodem loco*, 1863. — TRAUBE, *Ueber die alkalische Gährung des Harns*

de la muqueuse; l'irritant est un corps étranger (*calcul*); une *substance absorbée*, puis éliminée par l'urine (*cantharides, cubèbe*); ou bien l'*urine elle-même*, qui est altérée par suite d'une stagnation trop longue dans son réservoir, et subit la fermentation alcaline. A ce dernier ordre de causes appartient la cystite causée par les rétrécissements de l'urèthre, les lésions de la prostate, les tumeurs du bassin, enfin par les *maladies à rétention d'urine*, quelles qu'elles soient; les maladies de la moelle et les typhus doivent surtout être signalés; souvent, on le conçoit, le processus générateur est ici complexe, en ce sens qu'à l'irritation née de la rétention elle-même s'ajoute celle du cathétérisme.

Mes observations me permettent d'affirmer qu'une cystite aiguë avec rétention d'urine peut être la suite d'une *cautérisation du col de l'utérus par la teinture d'iode*.

La fréquence de la maladie croît avec l'âge; elle est plus commune

(*Berlin. klin. Wochens.*, 1864). — SCHNEIDER, *Schweiz. Zeits. f. Heilk.*, 1864. — BERNARDET, *Thèse de Paris*, 1865. — SCHMIDT, *Ueber Zerreißung der Harnblase (Dessen Beiträge zur chir. Path. der Harnwerkzeuge, 1865)*. — SEYDEL, *Ueber Blasenstellen (Arch. f. Heilkunde, 1865)*. — HICGUET, *Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*, 1866. — HAFNER, *Deutsche Klin.*, 1866. — FABINI, *Gazz. med. di Torino*, 1866. — HELLER, *Eine bisher nicht beobachtete Form von Cystitis (Wochenblatt der Gesell. der Wiener Aerzte, 1867)*. — URBANEK, *Cystitis crouposa (Wiener med. Presse, 1867)*. — WILLCOX, *The use of sulphite of soda in chronic cystitis (Brit. med. Journal, 1868)*. — MURCHISON, *Transact. of the path. Soc.*, 1869.

DUNCAN, *Inflamed and contracted bladder, the result of exposure to cold (Med. Times and Gaz.*, 1870). — KRAUS, *Beiträge zur Lehre des Catarrhs der menschlichen Harnblase (Allg. Wiener med. Zeit., 1870)*. — BOURDILLAT, *Mém. sur les hémorrhagies intravésicales (Gaz. méd. de Paris, 1871)*.

WARDELL, PHILLIPS, SPENCER WELLS, WHITEHEAD, BUCHANAN, *Exfoliation of the bladder. (Brit. med. Journ., 1871)*.

GANT, *Irritable bladder; its causes and treatment. London, 1872*. — DUBRUEIL, *Injections de silicate de soude dans la vessie contre l'état ammoniacal des urines (Gaz. hôp., 1872)*. — CLEMENS, *Ueber Heilung chronischer Blasenkrankheiten mittelst Injection von normalem, blutwarmen, harnsauren Urin gesunder Individuen in die kranke Blase (Deutsche Klinik, 1873)*. — TILLAUX, *Sur le traitement de la cystite chronique du col (Bullet. thérap., 1873)*. — PURDON, *On the treatment of chronic cystitis (Dublin Journ. of med. Sc., 1873)*. — HANDFIELD JONES, *Case of paralysis of the bladder, probably of catarrhal origin (Brit. med. Journ., 1873)*. — DAY, *Chronic cystitis with putrescent urine treated with carbolic acid injections into the bladder (Eodem loco, 1873)*. — A. PERRIN, *De la cystite dans la blennorrhagie, thèse de Paris, 1874*. — KUNZE, *Ueber die Behandlung des chronischen Blasenkatarrhes (Deutsch. Zeits. f. pract. Med., 1874)*. — GOSSELIN et ROBIN, *Traitement de la cystite ammoniacale par l'acide benzoïque (Bullet. Acad. méd., 1874)*. — SPEDDING, *Notes on several cases of cystitis (Dublin Journ. of med. Sc., 1874)*. — LUBANSKI, *Cystite rebelle (Lyon méd., 1874)*. — DUMAZ, *Pyélo-cystite rebelle (Eodem loco, 1874)*. — BRAXTON HICKS, *The local treatment of cystitis in women (Brit. med. Journ., 1874)**.

chez l'homme que chez la femme, par suite de l'influence étiologique considérable des lésions prostatato-uréthrales. — L'acuité et la chronicité de la cystite dépendent avant tout de la nature et de la persistance de la cause.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'inflammation est générale ou limitée au trigone et au bas-fond de la vessie; quand elle est générale, elle est ordinairement plus accusée au niveau du col, à moins qu'elle ne soit produite par un calcul enchatonné dans quelque autre région de l'organe. — A l'ÉTAT AIGU, la muqueuse est hyperémiée, turgescence et ramollie; les glandes sont tuméfiées, saillantes et injectées, et la surface de la membrane est recouverte d'un mucus plus ou moins opaque, mêlé de cellules épithéliales anciennes et de nouvelle formation; dans bon nombre de cas (cystite cantharidienne, blennorrhagique, typhique), il y a des exsudations fibrineuses superficielles ou même interstitielles; ces dernières, plus rares, produisent ultérieurement l'érosion et l'ulcération de la muqueuse.

A l'ÉTAT CHRONIQUE, la coloration de la surface vésicale est brunâtre ou grisâtre, la muqueuse est épaissie et bourgeonnante, le tissu conjonctif sous-muqueux et intermusculaire est hypertrophié; la capacité de la vessie est ordinairement diminuée, et par suite, les faisceaux musculaires condensés paraissent augmentés de volume, quoiqu'ils ne le soient point en réalité; mais, dans certains cas où la vessie est de volume normal ou même dilatée, on constate une hypertrophie réelle des muscles. Souvent alors la muqueuse, refoulée entre les colonnes musculaires saillantes, forme des diverticules dont la capacité peut atteindre le volume du poing, et qui communiquent avec le reste de la vessie par un orifice plus ou moins étroit; comme ces arrière-cavités se vident mal, elles deviennent fréquemment le siège de dépôts urinaires et de calculs enchatonnés. La surface interne de la vessie est recouverte d'un mucus puriforme grisâtre ou de pus jaunâtre, et l'urine contenue, décomposée par le mucus altéré jouant le rôle de ferment, est alcaline, et exhale une odeur fortement ammoniacale.

Tel est le catarrhe chronique simple; à ce point il peut guérir, mais le fait est assez rare, et dans la plupart des cas, surtout lorsque la maladie est causée par quelque altération prostatato-uréthrale ou par un calcul, ces lésions fondamentales entraînent d'autres désordres beaucoup plus graves. Ce sont en première ligne des ulcérations muqueuses et des abcès sous-muqueux, qui peuvent avoir pour conséquence la perforation de la vessie; lorsqu'une péricystite a établi des adhérences avec les parties voisines, l'abcès peut s'ouvrir dans le rectum, dans le vagin ou même au dehors, et les dangers de l'infiltration urineuse sont ainsi prévenus; mais, dans d'autres cas, cette infiltration a lieu ou bien l'épanchement se fait dans le

péritoine. — Dans d'autres cas, il y a une infiltration purulente avec fonte putride des membranes; et cette altération peut conduire à la rupture de la vessie avec infiltration urineuse ou épanchement péritonéal; enfin l'inflammation chronique peut aboutir à une véritable sclérose caractérisée par l'épaississement de la paroi vésicale; les faisceaux musculaires sont souvent saillies sous la muqueuse (vessie à colonnes), et dans ces circonstances la capacité de l'organe n'est jamais normale; elle est tantôt considérablement accrue, tantôt diminuée à tel point que l'on a peine à reconnaître la vessie ratatinée derrière le pubis.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC.

La forme aiguë peut débiter par de la fièvre, mais le fait est exceptionnel; les symptômes sont ordinairement bornés à des DOULEURS, à des TROUBLES dans la miction, et à des ALTÉRATIONS DE L'URINE. — La douleur est d'une intensité variable, elle peut être parfaitement limitée à la région hypogastrique, mais elle peut aussi présenter des irradiations non moins pénibles vers le périnée, la région anale, le testicule et les membres inférieurs; c'est surtout dans la cystite du col que les phénomènes douloureux sont au grand complet. La douleur est augmentée par les mouvements du bassin, par la pression, mais l'exaspération ainsi provoquée n'est rien auprès de celle qui résulte du contact de l'urine sur la muqueuse vésicale; l'hyperesthésie née de l'état inflammatoire lui enlève toute tolérance à l'égard de son contenu normal, et à peine quelques gouttes d'urine sont-elles arrivées dans le réservoir, que le patient est pris d'un besoin impérieux d'uriner, et il ne le satisfait qu'au prix des plus grandes douleurs; non-seulement il souffre des efforts qu'il est obligé de faire, mais le liquide, à son passage à travers le col, le brûle comme du feu, et après l'expulsion les contractions spasmodiques des sphincters ajoutent encore à ses tortures; il y a donc à la fois dysurie ou ischurie et ténésme; en outre, il y a souvent de faux besoins qui traduisent nettement l'hyperesthésie vésicale. Quand les phénomènes ont cette acuité, l'introduction de la sonde est impossible, on n'est même pas autorisé à la tenter, à moins que l'ischurie ne fasse place à la rétention totale de l'urine; dans ce cas, il faut de deux maux choisir le moindre, et procéder avec les ménagements convenables à l'évacuation du liquide.

L'URINE est ordinairement rare, elle est au minimum dans la cystite cantharidienne; mais lorsque la cause n'agit pas en même temps sur le rein, la sécrétion peut très-bien être aussi abondante que de coutume, et la dysurie seule est la raison de sa diminution apparente; il faut donc, dans tous les cas, s'assurer par la percussion et la palpation de l'état de réplétion de la vessie, afin de prévenir une accumulation dangereuse. Au

début, l'urine ne renferme que peu ou point de mucosités; mais dès le deuxième ou le troisième jour, elle contient des flocons muqueux qui forment par le repos une couche blanchâtre, et quand la maladie résulte de l'absorption des cantharides, il y a en outre des débris membraneux, de l'albumine et parfois du sang. — La CONSTIPATION est ordinaire; dans d'autres cas, l'irritation se propage au rectum, et l'on observe des *phénomènes dysentériques*.

La MARCHÉ de la cystite aiguë est subordonnée à sa cause; celle qui est produite par l'élimination des substances irritantes, par le froid, aboutit en quelques jours à la *résolution complète*; celle qui dépend d'une maladie de la prostate ou de l'urèthre persiste comme sa cause : aussi elle passe le plus souvent à l'état *chronique*. En dehors de ces conditions, la chronicité peut être établie, surtout chez les individus âgés, par un autre mécanisme : le catarrhe aigu a donné lieu à la rétention de l'urine; celle-ci, méconnue, a produit une distension extrême de la vessie, et une fois le cours de l'urine rétabli, les muscles expulseurs restent paralysés. Le malade subit dès lors les effets de la stase urinaire, et le catarrhe devient chronique sans qu'aucune lésion des organes excréteurs puisse rendre compte de cette persistance.

La *forme chronique* est beaucoup plus grave que la précédente, grave par sa ténacité et aussi par les accidents mortels qu'elle provoque souvent chez les individus avancés en âge. Dans cette forme, les DOULEURS sont peu marquées, elles peuvent même faire défaut; la miction est fréquente, les dernières portions d'urine sont souvent expulsées avec une certaine difficulté, mais la dysurie et le ténésme n'existent plus, à moins qu'il n'y ait un retour momentané de l'état aigu. L'URINE est abondante, pâle, de faible densité; au début elle est encore acide ou neutre et d'une limpidité assez complète; mais bientôt elle devient trouble, opalescente; le mucus fort abondant qu'elle renferme perd sa transparence et prend les caractères du muco-pus; le précipité formé au fond du vase n'est plus floconneux, léger et transparent, il est cohérent, blanc ou blanc-jaunâtre, parfois même il est visqueux et comme gélatineux; en tout cas, la consistance gélatineuse peut être donnée à l'urine par l'addition de l'ammoniaque en excès; ces caractères dénotent la présence du *pus*, que l'on peut en outre reconnaître au microscope; on trouve dans le sédiment de l'*épithélium vésical* en abondance, et des cristaux de *phosphate triple*, rarement de l'acide urique. A partir du moment où elle présente ces altérations, l'urine est rendue *alcaline*, elle subit dans la vessie la fermentation alcaline, et elle exhale une odeur ammoniacale très-prononcée. La cause de cette fermentation n'est pas toujours la même; tantôt c'est le *mucus vésical* altéré qui joue le rôle de ferment et qui décompose l'urine d'autant plus sûrement que son évacuation est plus retardée; tantôt ce sont

des organismes inférieurs, des *vibrions* introduits dans la vessie par des sondes malpropres (1).

Ainsi constitué, le catarrhe chronique dure des mois, des années, et même après ce temps-là il peut guérir complètement, si la cause productrice est enlevée; cela se voit fréquemment chez les individus affectés de la *pierre* ou de rétrécissements uréthraux curables. Dans les conditions moins favorables, le catarrhe s'éternise, il présente parfois une amélioration notable, surtout pendant l'été; enfin il devient persistant et altère l'état général de l'organisme; l'appétit diminue, une dyspepsie habituelle survient qui résulte le plus souvent d'un catarrhe gastrique ou gastro-intestinal; les évacuations alvines sont irrégulières, le malade perd ses forces, maigrit et prend une pâleur blafarde; la fréquence de la miction est une cause de préoccupation et de gêne, le sommeil est troublé, le moral est affecté jusqu'à l'hypochondrie, et chez les vieillards l'aggravation de cet état peut amener la mort sans autre complication. — Plus souvent cette terminaison est le résultat de l'AMMONIÉMIE (*fièvre urineuse* des anciens), suite de l'évacuation incomplète de l'urine; ces accidents sont rapides, le malade peut succomber deux ou trois jours après le frisson qui signale le début de la résorption urineuse. — Dans des cas plus rares, la mort est amenée par SEPTICÉMIE à la suite de la fonte putride des membranes vésicales. — Enfin l'*infiltration urineuse*, les *abcès péricystiques*, l'*épanchement péritonéal* sont au nombre des effets possibles de la cystite chronique. — Dans d'autres circonstances, la maladie ne guérit pas, elle ne tue pas non plus, elle subsiste à l'état d'incommodité sans abréger visiblement la durée de la vie.

La CYSTITE HYPERTROPHIQUE avec dilatation (hypertrophie excentrique) peut donner lieu à une erreur grave; la parésie des muscles ne permet que l'évacuation partielle du liquide contenu dans ce vaste réservoir; cette portion est expulsée volontairement ou involontairement, et cette élimination peut être assez abondante pour faire croire à une excrétion complète; cependant il reste deux ou trois litres d'urine dans la vessie, et si on laisse les choses en l'état, l'ammoniémie emporte le malade. Dans les cas de ce genre, on trouve après la miction une tumeur ovoïde, résistante, à fluctuation plus ou moins nette, à percussion mate; cette tumeur située au-dessus du pubis, peut remonter jusqu'à l'ombilic. Le cathétérisme régulier est alors d'absolue nécessité.

TRAITEMENT.

La FORME AIGUE intense doit être combattue par une application de sangsues au périnée ou à l'hypogastre; si les accidents ne sont pas très-

(1) TRAUBE, *Ueber die alkalische Gährung des Harns* (Berlin. klin. Wochen., 1864).
— JACCOUD, *les Paraplégies et l'Ataxie*. Paris, 1864.

violents, on peut se dispenser de cette émission sanguine et se borner à prescrire de grands bains chauds prolongés, des boissons émoullientes telles que le chiendent avec addition de graines de lin, ou bien le chiendent émulsionné avec de l'orgeat, ou simplement des eaux gazeuses artificielles ou naturelles; l'essentiel est de diluer l'urine autant que possible, peu importe le moyen; j'ai trouvé le lait, en pareil cas, d'une réelle utilité; il m'a paru qu'indépendamment de son action diurétique, il a l'avantage de calmer plus rapidement les douleurs et la dysurie. Si, malgré cette médication, le repos et une diète légère, les douleurs persistent, elles cèdent facilement à l'opium administré sous forme de poudre de Doyer, ou en injections sous-cutanées. Toutefois, dans la cystite cantharidienne intense, l'action sédative du camphre est plus rapide, on le donne en potion ou en lavement.

Lorsque les symptômes aigus sont apaisés, la conduite à tenir dépend de l'état de l'urine; si elle reprend aussitôt ses caractères normaux, le traitement est achevé, parce que la guérison est complète; mais si elle continue à renfermer des mucosités abondantes, il y a lieu de craindre l'état chronique, et il faut modifier la muqueuse vésicale pour en tarir l'hypersécrétion. L'indication des astringents est alors très-nette; la décoction d'uva ursi peut être utilisée comme tisane, en même temps on fera prendre à l'intérieur l'alun, l'acétate de plomb ou le tannin; cette dernière substance a une efficacité positive, cependant je lui préfère la térébenthine administrée sous la forme commode de capsules.

Dans le CATARRHE CHRONIQUE, il faut avant tout satisfaire à l'indication causale (calculs, rétrécissements de l'urèthre, maladies de la prostate), assurer par le cathétérisme, si cela est nécessaire, l'évacuation complète et régulière de l'urine, et insister sur l'emploi des balsamiques. Si la térébenthine ne réussit pas, il faut sans hésiter prescrire le baume du Pérou ou le baume de copahu, qui, dans le catarrhe idiopathique, réussit admirablement. En même temps on donnera pour boisson l'eau de goudron. Dans les cas rebelles, on aura recours à la cure thermale; les eaux de Vichy, de Carlsbad, d'Ems, de Contrexéville, doivent être conseillées; celles de Salzbrunn et d'Evian peuvent également être utiles. — Alors même que les accidents aigus sont complètement nuls, les balsamiques peuvent n'être pas tolérés, et si l'on insiste sur la médication, on constate bientôt une aggravation notable des symptômes; le traitement par les eaux minérales se heurte aussi parfois contre le même écueil. Il convient alors de recourir à la médication lactée, dont l'efficacité n'est pas moindre ici que dans les catarrhes des voies urinaires supérieures.

Le traitement local par les injections est une dernière ressource qui ne doit pas être négligée; on peut employer des injections médicamenteuses au tannin, au goudron, au sulfate de zinc, au nitrate d'argent; mais les injections d'eau pure tiède, puis froide, recommandées par Civiale, paraissent avoir des effets aussi favorables.

Le traitement doit être complété par un régime approprié à la tendance atonique de la maladie; le thé, le café, les liqueurs, la bière, doivent être sévèrement proscrits, mais une alimentation substantielle, presque exclusivement animale, le vin rouge, le quinquina, sont les moyens les plus convenables.

CHAPITRE XIV.

CANCER DE LA VESSIE.

Plus fréquent chez l'homme que chez la femme, le cancer de la vessie (1) est principalement observé de cinquante à soixante ans; c'est une des localisations les plus rares de la diathèse. Comme tout autre carcinome, il est primitif ou secondaire, et dans ce cas il succède le plus ordinairement à un cancer du rectum et de l'utérus. Le cancer vilieux et l'encéphaloïde sont les formes communes; le squirrhe est assez rare. Le néoplasme débute dans le tissu conjonctif sous-muqueux, et après s'être développé vers la cavité de la vessie, il présente une tendance d'autant plus marquée à l'ulcération qu'il est de consistance moindre. Les parois vésicales sont épaissies et indurées, et avec la lésion cancéreuse existent toujours les altérations du catarrhe chronique et souvent des calculs.

La maladie peut rester longtemps latente, puis elle se manifeste par des douleurs vésicales qui ont ceci de particulier qu'elles se font sentir en dehors de la miction, et par les signes d'un catarrhe chronique qui diffère du catarrhe simple par la fréquence de l'hématurie, la rapidité de l'amaigrissement et le développement de la cachexie caractéristique. Dans cer-

(1) CRUVEILHIER, FÖRSTER, LEBERT, ROKITANSKY, *loc. cit.*

MENDALGO, *Giornale di Venezia*, 1839. — DOUGLAS, *London med. Gaz.*, 1848. — CONTINI, *Annali med. chir. del Metaxa*, 1843. — VACHÉ, *Traitement des polypes fongueux de la vessie (l'Expérience)*, 1843. — BULLEY, *Fungus hematodes of the bladder (Med. Times and Gaz.)*, 1846. — HILTSCHER, *Oester. med. Wochen.*, 1847. — KESTEVEN, *London med. Gaz.*, 1849. — GORHAM, *Provincial med. Journal*, 1851. — PITHA, *Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane*. Erlangen, 1858-1864. — RAMSKILL, *British med. Journal*, 1867. — LINHART, *Myxom der Harnblase; Tod durch Uræmie (Wiener med. Presse)*, 1867. — HICKS, *The Lancet*, 1868. — HEILBORN, *Krebs der Harnblase. Ueber 37 im path. Institute zu Berlin vorgekommene Fälle*. Berlin, 1868. — NUNN, *Epithelioma of urinary bladder (Trans. of the path. Soc.)*, 1869.

DEBRUYNE, *Cancer vilieux de la vessie (Presse méd. belge)*, 1870. — THOMPSON, *Case of vascular tumour of the bladder possessing unusual characters (Trans. path. Soc.)*, 1871.

ASHURST, *Primary cancer of bladder (Philad. med. Times)*, 1872. — BRYANT, *Two cases of villous growth in the bladder (Med. Times and Gaz.)*, 1874.