

chronique. Les auteurs, et M. Rayer surtout, ont encore admis plusieurs espèces ou variétés d'inflammations rénales, en ayant surtout égard aux causes qui les produisent ou aux circonstances dans lesquelles elles se développent : c'est ainsi qu'on a admis une néphrite *rhumatismale* et une néphrite *goutteuse*; mais la description qui en a été donnée est tellement vague et confuse, qu'on n'y reconnaît point les traits d'une affection distincte : aussi n'en parlerons-nous point. Quant à la maladie à laquelle le docteur Bright a donné son nom, et que quelques auteurs ont considérée comme une variété de l'inflammation rénale, nous en renvoyons l'étude dans le tome II, car nous ne saurions considérer cette maladie autrement que comme une lésion de nutrition spéciale au tissu des reins, à la production de laquelle l'inflammation n'a aucune part : c'est ce que nous chercherons à établir plus tard.

## DE LA NÉPHRITE

**Caractères anatomiques.** — Dans le premier degré de l'inflammation, on trouve les reins augmentés de volume, en totalité ou en partie, suivant que la maladie est générale ou partielle. A l'extérieur de l'organe existe une coloration qui varie du rouge au brun foncé : elle est uniforme ou bien elle est disposée par plaques, par arborisations fines ou par piquetés, dans l'intervalle desquels on distingue à l'œil nu ou à la loupe une foule de petits points. Ceux-ci sont d'un rouge vif, plus rarement ils sont noirs, et ne font aucun relief; disposés en ligne, ils sont rarement groupés entre eux; ils sont visibles à la coupe de la substance corticale, mais ils existent surtout à la surface de l'organe. Ces corps ne seraient autre chose, d'après M. Rayer, que les glandules de Malpighi très-injectées. En divisant les reins longitudinalement et dans toute leur épaisseur, on reconnaît que les substances tubuleuse et corticale ont plus de consistance; elles sont ordinairement friables, plus rarement on les trouve ramollies; elles sont, en outre, d'un rouge plus ou moins foncé, à cause de la grande quantité de sang qu'elles contiennent et qu'on voit s'écouler lorsqu'on incise l'organe, ou bien lorsqu'on le presse entre les doigts. A côté de ces parties injectées, M. Rayer en a quelquefois trouvé d'autres où la substance des reins était anémique; mais cette altération se rencontre plus communément dans l'affection qu'on nomme *maladie de Bright*. Les lésions que je viens d'énumérer constituent le premier degré de la néphrite. Il est cependant assez rare de les constater sur le cadavre, attendu que l'inflammation des reins n'a une issue funeste qu'à une époque beaucoup plus avancée, et lorsque la suppuration s'est déjà formée dans les tissus. Dans ce cas, le pus se rencontre surtout dans la substance corticale; il y est rarement infiltré, mais presque toujours on le trouve réuni en petits foyers solitaires ou multiples, du volume d'un pois ou d'une noisette. Plusieurs de ces abcès peuvent former, par leur réunion, une collection plus vaste. Toutefois l'espèce de néphrite que nous étudions actuellement produit rarement des abcès très-étendus. Les vastes suppurations qui occupent tout un rein dépendent bien moins, comme l'a démontré M. Rayer, d'une néphrite simple que d'une inflammation primitivement développée dans les calices et dans le bassin (voyez plus bas *Pyélite*). L'éminent observateur que je viens de citer dit également qu'au lieu de pus, on peut trouver infiltrée dans la substance corticale une lymphe plastique, semblable à celle que nous avons signalée dans la splénite. Presque toujours elle forme des plaques grisâtres ou jaunâtres qui font relief à la surface de l'organe et ont un volume variant depuis

celui d'un grain de cassis jusqu'à celui d'une noix. Cette altération serait presque constante, d'après M. Rayer, dans la néphrite qu'il nomme *rhumatismale*; elle n'a pourtant rien de caractéristique, attendu que la même lésion a été trouvée chez des individus ayant succombé à l'action de poisons morbides. Dans quelques cas aussi on a trouvé dans la substance corticale des concrétions d'acide urique avec congestion du tissu; et l'on a parfois considéré cette lésion comme propre à caractériser une forme de néphrite qu'on a nommée *goutteuse*.

La gangrène des reins est une altération qui jusqu'à présent a été peu observée. On la reconnaît à la couleur livide, brunâtre des tissus, à leur ramollissement, et surtout à l'odeur caractéristique qu'ils exhalent.

Lorsque la néphrite simple existe à l'état chronique, les reins ont le plus souvent un volume moins considérable; ils sont atrophiés, durs, plus pesants; leur surface, plus ou moins marbrée, bleuâtre, ardoisée, quelquefois presque pâle et comme anémique, est marquée par des saillies ou par des dépressions dont quelques-unes sont le résultat de cicatrices. Les premières sont constituées tantôt par la substance corticale, qui semble avoir subi dans ce point un peu d'hypertrophie; d'autres fois, elles sont formées par un épanchement de matière fibrineuse dans l'interstice des tissus.

**Symptômes. Marche.** — Suivant M. Rayer, l'invasion de la néphrite aiguë serait presque toujours marquée par un frisson plus ou moins prolongé; la douleur le suit de près. Celle-ci est communément sourde, continue, profonde, et ne se réveille parfois que lorsque l'on comprime fortement la région rénale. Elle peut occuper un seul rein ou bien les deux à la fois : dans ce dernier cas, elle prédomine dans un des côtés; la pression l'exaspère presque toujours. Il en est de même fort souvent des mouvements de flexion du tronc, des secousses de la toux et du décubitus en supination. Fixée presque toujours au niveau de l'organe malade, elle s'irradie souvent vers le diaphragme, mais surtout vers les uretères, vers la vessie, les testicules ou les aines, où elle retentit d'une manière très-pénible. Il arrive même parfois que la douleur est beaucoup plus vive vers la vessie que vers les lombes. Quoique, dans la plupart des cas, les reins enflammés soient en même temps augmentés de volume, cependant il est rare qu'ils forment une tumeur appréciable par le palper de l'abdomen, et même par la percussion. Par ce dernier mode d'exploration, on peut pourtant les circonscrire quelquefois assez exactement, surtout si la paroi abdominale antérieure, peu épaisse et très-flasque, se laisse assez déprimer pour permettre d'arriver sur l'organe malade. L'urine, dans la néphrite, est toujours altérée dans sa quantité et dans ses qualités; elle est communément moins abondante; elle peut cesser momentanément d'être sécrétée, non-seulement lorsque les deux reins sont affectés simultanément, mais encore lorsqu'un seul est malade, ce qui s'explique par la sympathie que le rein affecté exerce sur son congénère. Examinée quant à ses propriétés physiques et chimiques, l'urine, dans la néphrite simple, est parfois un peu sanguinolente, ce qui lui donne alors une couleur foncée; l'acide nitrique et la chaleur y dévoilent assez souvent la présence de l'albumine; mais ce produit n'y existe ordinairement qu'en petite quantité et d'une manière tout à fait passagère. L'urine dont nous parlons est à peine acide; souvent elle est neutre, ou même alcaline, et contient moins d'acide urique et d'urates qu'à l'état normal. On y rencontre aussi des dépôts muqueux ou purulents, ce qui, d'après M. Rayer, indique bien moins une phlegmasie des substances corticale et tubuleuse, que celle des calices, du bassin, des uretères et de la vessie. Dans la néphrite, l'urine n'a donc aucun caractère constant, et par conséquent caractéristique.

La néphrite s'accompagne toujours d'un mouvement fébrile plus ou moins intense et proportionné à l'intensité de la maladie; presque toujours aussi on remarque quelque dérangement du côté des fonctions digestives, comme une bouche mauvaise, des nausées, des envies de vomir et de la constipation. Rarement il existe des symptômes graves de malignité ou de putridité, comme du coma, du délire, de la prostration, des dents et une langue fuligineuse, et des redoublements fébriles simulants des accès de fièvre rémittente pernicieuse. De pareils accidents sont, en effet, excessivement rares; on ne les observe guère que dans les cas où, la néphrite étant double, la sécrétion urinaire est suspendue. On conçoit qu'il doit en être de même dans les cas où, un rein unique existant, l'inflammation vient à l'envahir dans sa totalité.

**Terminaisons. Durée.** — La néphrite se termine ordinairement par résolution; on voit alors les symptômes précédemment énumérés disparaître peu à peu, et la sécrétion urinaire revenir à son état physiologique. La maladie dure dans ces cas entre sept et quinze jours. La terminaison par suppuration n'est guère annoncée que par des signes rationnels: tels sont la persistance de la fièvre, avec des redoublements nocturnes, des frissons irréguliers, des sueurs et des accidents typhoïdes. La présence du pus dans l'urine, que beaucoup de personnes signalent comme un phénomène constant, est, par contre, assez rare. D'ailleurs elle indique peut-être moins une néphrite parenchymateuse qu'une inflammation primitive ou consécutive du calice ou des bassinets. Dans les cas rares où la néphrite est suivie de gangrène, les symptômes typhoïdes sont encore plus marqués; la prostration est extrême; l'urine est noire, fétide: on l'a comparée à de l'eau de fumier. Lorsqu'il y a suppuration comme lorsqu'il y a gangrène, la mort arrive tantôt par suite des désordres dont le rein est le siège, tantôt par le développement d'une phlegmasie du péritoine ou du tissu cellulaire périrénal.

L'inflammation des reins passe parfois à l'état chronique. Nous avons vu dans ce cas que le tissu rénal était atrophié ou induré; mais on n'est pas encore fixé sur la nature des accidents qu'on observe alors. Quelques malades éprouvent une douleur habituelle dans les reins; leur urine est un peu acide: parfois elle est neutre ou même alcaline; les extrémités inférieures sont faibles; ils maigrissent et leur constitution s'altère. Cependant, dans une foule de cas, ces lésions qui caractérisent la néphrite chronique existent sans exciter aucun trouble bien appréciable dans la santé. Comme M. Rayer le dit avec grande raison, il est impossible d'établir aujourd'hui jusqu'à quel point l'induration rénale doit être portée pour être incompatible avec l'exercice à peu près régulier de la sécrétion urinaire. Quoi qu'il en soit, il résulte surtout des recherches de ce médecin que dans la néphrite chronique, telle que nous la comprenons ici, les urines ne sont presque jamais purulentes; l'état trouble qu'elles présentent souvent dépend de la grande quantité de phosphates qui y sont suspendus. La néphrite chronique a une durée longue et toujours indéterminée; elle offre souvent des exacerbations.

**Diagnostique.** — Une douleur plus ou moins vive au niveau des reins, la diminution de la sécrétion urinaire, l'état alcalin ou neutre de l'urine, ou tout au moins une diminution dans l'acidité de ce liquide, sont, avec la fièvre, les frissons d'invasion et les troubles des organes digestifs, les seuls signes qui puissent indiquer une inflammation aiguë de la substance des reins. L'existence de l'inflammation chronique sera surtout déterminée par la présence d'une urine alcaline; car, quoique l'alcalinité de ce liquide se rencontre dans quelques circonstances, notamment chez les sujets affaiblis par l'abstinence, cependant il

résulte des recherches de M. Rayer qu'une urine alcaline, décolorée, rendue trouble par le dépôt des phosphates au moment de son émission, est, dans la plupart des cas, l'indice d'une inflammation chronique des reins. Nous verrons bientôt en quoi la néphrite simple diffère de la pyélite. Je renvoie également aux articles *Calculs urinaires et hépatiques*, aux articles *Lumbago*, *Péritonite* et *Maladie de Bright*, pour compléter le diagnostic différentiel de la néphrite.

**Pronostic.** — La néphrite simple survenant chez un sujet bien portant est communément une affection peu grave, dont l'issue est presque toujours favorable; il n'en est plus de même dans les cas où les deux reins sont simultanément atteints, surtout lorsque la phlegmasie survient consécutivement à quelque grave altération des voies urinaires. La terminaison par suppuration est grave et entraîne souvent la mort après une véritable fièvre de consommation. (Voyez plus bas l'article *Pyélite*.)

**Étiologie.** — La néphrite, rare dans l'enfance, plus commune chez les adultes et surtout chez les vieillards, affecte un plus grand nombre d'hommes que de femmes. Il est douteux que le rein gauche soit plus sujet à s'enflammer que le droit. La néphrite peut être tout à fait spontanée; mais le plus souvent elle succède à une violence extérieure (plaie, contusion), ou bien elle est produite par d'autres causes qui agissent mécaniquement: tels sont les calculs dans les calices et dans le bassinet, ou bien une accumulation insolite d'urine dans ces parties, par suite de quelque obstacle à son écoulement situé sur un des points des voies urinaires. L'administration et même l'abus des diurétiques est une cause fort rare de néphrite; il en est de même des refroidissements. Nul doute que la néphrite ne survienne quelquefois dans le cours des autres maladies aiguës et chroniques; mais si l'on excepte les affections des voies urinaires qui peuvent avoir une influence directe pour sa production ainsi que l'infection purulente du sang, nous n'en voyons aucune autre qui prédispose manifestement à la néphrite. Nous croyons surtout, contrairement à M. Rayer, que la néphrite est très-rare dans le cours de la fièvre typhoïde et du rhumatisme articulaire. Quant aux souffrances rénales qu'on observe chez quelques goutteux, il n'est pas encore démontré qu'elles dépendent, ordinairement du moins, d'une inflammation, soit aiguë, soit chronique, du tissu des reins.

**Traitement.** — A la néphrite aiguë il faut opposer un traitement antiphlogistique dont l'énergie sera proportionnée à l'intensité de la phlegmasie: ainsi on pratiquera une ou plusieurs saignées générales et locales; on couvrira les lombes de cataplasmes émollients; on plongera les malades dans un bain tiède prolongé; on donnera des boissons douces, mucilagineuses, et l'on opérera une légère révulsion sur le tube digestif à l'aide de purgatifs doux. Si les accidents typhoïdes étaient un obstacle absolu à l'administration des antiphlogistiques, si la prostration était grande, il n'y aurait guère qu'à soutenir les forces par l'emploi des toniques et des cordiaux. Mais presque toujours ces moyens sont impuissants pour prévenir une terminaison funeste.

Lorsque la maladie a passé à l'état chronique, il peut être utile de recourir à une émission sanguine locale, si aucun traitement n'a encore été employé; mais il faut alors insister spécialement sur la médication révulsive: des vésicatoires, et mieux encore un ou plusieurs cautères ou moxas, seront placés sur la région lombaire; si la constitution est affaiblie, on tâchera de la fortifier par les amers, par les martiaux, par une nourriture analeptique. A l'aide de ces moyens, on fera cesser plus sûrement l'alcalinité de l'urine, et l'on préviendra mieux la précipitation des phosphates qu'on ne le ferait par l'usage des acides végétaux

et minéraux, qu'on a conseillés en pareil cas, et dont l'utilité est contestable. En même temps le corps sera couvert de flanelle de la tête aux pieds, et l'on placera les malades dans les meilleures conditions hygiéniques; enfin, on veillera à ce que l'urine séjourne le moins possible dans ses réservoirs. Si, par exemple, un rétrécissement de l'urètre ou l'hypertrophie de la prostate s'opposaient à son excrétion, on devrait pratiquer fréquemment le cathétérisme. Lorsque des accidents aigus surviennent, il faut les combattre par une application de ventouses, et suspendre momentanément la médication tonique.

## DE LA PYÉLITE

Sous le titre de *pyélite* (*πυέλις, pelvis*), M. Rayer a décrit l'inflammation aiguë et chronique du bassinet et des calices. On en distinguera deux espèces principales, qui sont : 1° la pyélite produite par la présence d'un corps étranger (calculs, vers, acéphalocystes, etc.); 2° la pyélite qui survient sans le concours de cette cause. Mais celle-ci est tellement rare, qu'on pourrait presque décrire la pyélite comme une sorte de néphrite, qu'on nommerait *calculuse*, maladie sur laquelle Chomel a publié, en 1837, un travail important dans les *Archives de médecine*.

**Caractères anatomiques.** — Dans la pyélite aiguë, on trouve la membrane muqueuse des calices et du bassinet injectée, rouge, épaissie, friable, ramollie, ulcérée ou tapissée de productions pseudo-membraneuses; c'est ce qui a lieu particulièrement lorsque l'inflammation a été provoquée par absorption des cantharides. Le tissu cellulaire subjacent est quelquefois infiltré de sérosité; le bassinet et les calices, plus ou moins élargis, contiennent de l'urine mêlée ordinairement à une certaine quantité de sang ou de mucus purulent; on y trouve aussi le plus souvent du sable, des graviers ou des calculs. Dans tous ces cas, le tissu rénal est généralement augmenté de volume et plus ou moins congestionné.

Dans la pyélite chronique, la membrane muqueuse est d'un blanc mat ou ardoisé; sa surface est parfois hérissée de petites vésicules semblables à des sudamina: elle offre un épaississement qui peut être assez considérable pour oblitérer les calices; enfin, on la trouve quelquefois ulcérée, plus rarement gangrenée. La maladie étant presque toujours symptomatique de la présence de graviers ou de calculs, on rencontre ces corps étrangers accumulés en plus ou moins grand nombre dans le bassinet, dans les calices et même dans l'urètre. Presque toujours, par suite de leur volume et de l'obstacle qu'ils apportent à l'écoulement de l'urine, les calices et le bassinet se dilatent; puis, par la pression constante que l'urine et le pus accumulés exercent de dedans en dehors, la substance rénale finit par participer à l'inflammation; d'autres fois elle y reste étrangère, mais elle s'atrophie. Dans ces deux cas, le rein finit par être transformé en une vaste poche multiloculaire pleine de pus, d'eau, de graviers, de calculs. Chacune des loges est formée par l'ampliation des calices, qui rarement communiquent directement entre eux, mais seulement à l'aide du bassinet énormément distendu. Ces graves altérations peuvent cependant exister dans le rein, bien qu'on ne rencontre aucun calcul dans cet organe; mais le corps étranger, cause première de toutes les lésions qu'on observe, se trouve souvent alors dans la vessie; la dilatation considérable que l'urètre correspondant a subie est une preuve certaine que la concrétion lithique y a séjourné plus ou moins longtemps. Le rein ainsi altéré a contracté des adhérences avec les

parties voisines; sa cavité peut communiquer avec le tissu cellulaire ambiant et avec le colon; à gauche avec la plèvre et avec le poumon; à droite avec des abcès développés dans le foi. Dans la plupart des pyélites chroniques graves il y a inflammation et suppuration de l'une des substances rénales, et souvent des deux à la fois (*pyélo-néphrite*); car l'inflammation, primitivement bornée au bassinet et aux calices, a une grande tendance à se propager à la substance des reins, tandis que le contraire n'a presque jamais lieu (Rayer). Enfin, dans des cas où le rein, n'ayant pas subi une grande distension, est revenu sur lui-même, et lorsque les individus se sont rétablis, on trouve cet organe transformé en une poche cellulo-fibreuse logeant un calcul; les vaisseaux sont, en outre, oblitérés, c'est-à-dire que l'individu a vécu alors avec un seul rein. Chomel a cité dans son mémoire un fait de ce genre, qui est sans contredit un des plus curieux que l'on connaisse.

**Symptômes.** — La pyélite reconnaissant presque toujours pour cause la présence d'un calcul et son déplacement, on s'expliquera pourquoi, contrairement à la plupart des autres phlegmasies, on observe si rarement des prodromes. Le début de l'affection, en effet, presque toujours brusque, est marqué par cette réunion de symptômes que nous décrirons dans le tome suivant comme caractérisant les accès de colique néphrétique. Toutefois ces accidents n'appartiennent pas précisément à un travail inflammatoire, puisqu'il suffit que le corps étranger soit expulsé ou déplacé pour qu'ils disparaissent presque instantanément. Mais pour peu qu'ils se prolongent, on voit bientôt des signes d'inflammation survenir. En général, alors, la douleur diminue d'intensité; les malades n'accusent plus qu'un sentiment de pesanteur; quelquefois pourtant la douleur se réveille, plus vive par instants, tantôt spontanément, le plus souvent pendant les mouvements, les secousses de la toux, ou par la pression qu'on exerce sur le rein malade. L'urine est très-variable d'aspect. Souvent, en effet, elle ne diffère pas de l'urine normale; d'autres fois elle est sanguinolente, chargée de mucus qui se dépose à sa surface par le refroidissement: presque toujours elle est acide, à moins que les reins ne contiennent des calculs phosphatiques; dans ce cas, elle est trouble et alcaline au moment de l'émission. Enfin, si la maladie succède à l'action des cantharides, l'urine traitée par l'acide nitrique et par la chaleur précipite plus ou moins abondamment de l'albumine. En même temps divers phénomènes sympathiques ont lieu surtout du côté des organes digestifs et circulatoires: les malades ont perdu l'appétit; la plupart ont des nausées, des vomissements bilieux, de la constipation, une certaine accélération du pouls, une chaleur fébrile et du malaise.

**Marche. Terminaisons.** — La pyélite spontanée, et celle qui est consécutive à une blennorrhagie, ont une durée courte; elles dépassent rarement douze à quinze jours; leur issue est toujours favorable. La pyélite produite par l'action des cantharides, presque toujours aussi fort bénigne, ne se prolonge guère au delà de quelques jours. Les choses ne se passent pas de même dans la pyélite que provoque la présence d'un corps étranger. Souvent, il est vrai, il suffit que celui-ci se déplace ou qu'il soit expulsé pour que la phlegmasie se termine par résolution; mais d'autres fois le malaise persiste, bientôt il s'y joint aussi quelques frissons irréguliers, la région rénale devient le siège de douleurs pulsatiles et d'un engourdissement qui se prolonge parfois vers le membre correspondant. Quelques malades éprouvent des hématuries abondantes; chez la plupart, les urines sont seulement troubles, lactescentes, et contiennent une plus ou moins grande quantité de pus. Après avoir rendu pendant quelque temps des urines purulentes mêlées souvent à des graviers,

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 moelle et le grand sympathique; celui-ci, influencé par l'affection rénale, agit à son tour sur la moelle, 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 basset ou dans l'uretère oblitère complètement ces conduits, la pyélite survient alors par suite de la distension que le calice et le basset 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. Rayer, 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 en 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 Scemmering, 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 musculuse, 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 exercent, 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 incommode 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 incommode 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 uréthrale: 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