

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 musculieuse, 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 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 récidives, 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

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 enchâtonné, 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 1841, t. XVII, et thèse de M. Ferrier. Paris, 1855.

(2) Thèse de Paris, année 1858.

(3) Thèse de Strasbourg, année 1859.