

vessie est plus concentrée que l'urine émise en dernier lieu. Ce phénomène est surtout facile à constater quand, après avoir ingéré de grandes quantités de liquide, on reste ensuite au repos. On pourrait donc penser que, dans les cas où la vessie est vidée rarement, il se forme des couches d'urine concentrée dans lesquelles il se fait une décomposition de l'urée en acide carbonique et ammoniacque et que ce dernier provoque une irritation inflammatoire de la vessie. Seulement il est très douteux, pour ne pas dire impossible, que cette décomposition puisse se faire dans une vessie saine. On admet plutôt que la décomposition de l'urée a lieu quand il existe des lésions anatomiques dans les parois de la vessie. Mais la parésie seule de la vessie ne suffit pas à elle seule pour expliquer l'origine de la cystite catarrhale.

Il ne faudrait pas oublier que l'urine à réaction alcaline et l'urine présentant la fermentation alcaline ne sont nullement identiques. Si dans un cas de parésie de la vessie on trouve l'urine atteinte de *fermentation* alcaline, on doit tout d'abord se demander d'où vient cette fermentation. Déjà Traube a mis en évidence un certain nombre de faits qui paraissent démontrer que la fermentation de l'urine est due à l'infection de la vessie par la sonde. Les recherches plus récentes de Cazeneuve et Livon, dont les résultats concordent avec ceux de Pasteur, ont montré que la fermentation alcaline de l'urine est due à l'introduction ou à la pénétration de micro-organismes venus de dehors. En effet on constate souvent dans la clientèle que l'urine d'un individu atteint de paralysie vésicale, ne commence à subir la fermentation ammoniacale qu'après plusieurs séances de cathétérisme. Les recherches plus précises entreprises depuis quelque temps ne tarderont pas à nous donner des renseignements détaillés sur cette question.

§ 4. — Vessie irritable.

L'*irritabilité* ou l'éréthisme de la vessie (*irritable bladder* des Anglais) est considérée comme une névrose *sui generis*. Ce qui caractérise cet état c'est que, avec une composition normale de l'urine, les mictions très fréquentes s'accomplissent pour ainsi dire par poussées, violemment, avec des efforts considérables du côté de la vessie, et s'accompagnent de douleurs vésicales violentes. La névrose n'est pas seulement motrice, mais aussi sensitive.

Le trouble moteur consiste évidemment en une contraction convulsive qui envahit alternativement d'un côté les muscles du corps de la vessie, de l'autre le sphincter. Il est très possible que cette contraction soit provoquée par une hyperesthésie considérable des nerfs de

la vessie qui sont excités par une tension même moyenne des parois de l'organe. Les troubles sensitifs se présentent non seulement sous forme de ténésme, mais s'irradient souvent au loin : on observe notamment des douleurs fulgurantes dans l'urèthre, les cuisses, la région lombaire, dans le gland et les testicules chez l'homme, dans le clitoris chez la femme.

Dans les cas très accusés, l'accès s'accompagne de phénomènes généraux tels que angoisse, nausées, vomissements, sueurs froides. Le plus souvent il s'agit d'individus nerveux, hystériques, hypochondriaques, qui par le fait de ces accidents vésicaux deviennent encore plus névrosés. — Mais le même complexe symptomatique peut s'observer aussi à la suite d'autres troubles, et l'irritabilité de la vessie est alors secondaire. L'affection peut alors être provoquée par l'acidité exagérée de l'urine, les calculs de la vessie, les petites ulcérations au niveau du col de la vessie, les excoriations des organes génitaux externes chez la femme, le prépuce trop long ou adhérent au gland chez les garçons, les vers dans le rectum, etc.

L'apparence d'une névrose peut être produite dans les cas où à la suite d'un obstacle occupant l'urèthre il se produit une stagnation de l'urine dans la vessie. Supposons que la vessie ne puisse se vider complètement à la suite de cet obstacle : une partie de l'urine reste dans la vessie. Comme l'urine continue à arriver dans la vessie par les uretères, la tension des parois de l'organe qui provoque le besoin de miction arrivera plus tôt, et le malade sera déjà obligé d'uriner au bout de 2 heures. Mais comme à chaque miction il reste de l'urine dans la vessie, le même jeu recommence indéfiniment.

Il arrive souvent que la dernière miction évacue moins d'urine que la précédente, et alors le besoin de miction revient au bout d'une heure, et le malade est obligé d'uriner toutes les heures, le jour comme la nuit. Avec le temps, la vessie se dilate et les parois de l'organe, à la suite du travail exagéré de la couche musculaire, s'hypertrophient ; c'est l'hypertrophie dite excentrique (hypertrophie avec dilatation de l'organe). Plus tard le malade est obligé de recourir, pour évacuer sa vessie, à la pression de l'abdomen : il travaille pour ainsi dire à la sueur de son front, après avoir été brusquement surpris par le besoin d'uriner. L'acte de la miction a ainsi un peu la physionomie d'un accès nerveux ; pourtant le malade insiste lui-même sur le développement lent, progressif de son affection. Ce qui parle contre l'idée d'une névrose, c'est la composition catarrhale de l'urine qu'on trouve toujours dans ces cas.

Dans l'hypertrophie concentrique de la vessie, où la capacité de l'organe est diminuée et où le besoin se manifeste quand il existe relati-