

loureuses, gênent l'évacuation de l'uretère, le courant descendant protecteur est supprimé, et l'infection s'établit.

III. **Péricystites.** — Dans les cystites aiguës, plus souvent encore dans les cystites chroniques, l'inflammation dépasse les limites de l'organe et s'étend au tissu cellulaire qui entoure la vessie, au péritoine qui la double en arrière. La lésion devient périvésicale : c'est une péricystite, et Noël Hallé (1) a fait une étude très complète de ces lésions déjà connues, mais jusqu'alors mal définies.

1° **Péricystite aiguë phlegmoneuse.** — C'est le phlegmon périvésical : le seul connu et bien étudié est le phlegmon antérieur, le phlegmon de la cavité de Retzius, dont j'ai publié deux observations dans la thèse de Meignan (2). Il complique plutôt les cystites chroniques que les cystites aiguës, et il n'est pas nécessaire, pour sa production, que la paroi vésicale soit perforée (Voy. *Phlegmons de l'abdomen*).

2° **Péricystite simple, scléreuse ou scléro-adipeuse.** — Elle est l'associée constante de la cystite chronique. Autour de la vessie, une couche se condense de tissu fibro-lipomateux, comme cela se voit autour du rein dans certaines pyélonéphrites chroniques (Godard, Hartmann). Elle est quelquefois assez volumineuse pour faire tumeur au palper ; elle s'étend à toutes les faces, même au-dessous du péritoine, fusionnant tous les organes dans une même gangue où, suivant les cas, prédomine tantôt la sclérose, et tantôt le tissu graisseux.

Au milieu de ces masses, la suppuration se développe : tantôt il s'agit de petits abcès multiples, tantôt c'est une collection volumineuse, mais elle reste indépendante de la cavité vésicale, et la communication, si elle se fait, ne se fait que secondairement. D'autres fois, c'est une de ces cellules, si fréquentes dans la cystite chronique interstitielle, qui suppure et se perforé, propageant à son voisinage l'inflammation. Autour de ces collections périvésicales, le péritoine irrité prolifère, des masses d'anses intestinales se fusionnent et adhèrent à la néoplasie, formant de ces tumeurs volumineuses, de ces cellulites diffuses qui envahissent chez l'homme tout le petit bassin.

**Symptômes.** — Trois signes constants caractérisent la cystite : la fréquence et la douleur des mictions, la purulence des urines.

La fréquence des mictions est très variable : dans les formes légères, le nombre des mictions s'élève de quelques unités dans les vingt-quatre heures ; dans les formes graves, les besoins se répètent incessamment, il semble que le malade soit en état d'incontinence. La fréquence est donc à peu près proportionnelle à la sensibilité de la vessie, au degré de la cystite ; on peut, à l'aide de ce seul signe, apprécier l'intensité de l'affection, comme son amélioration par le traitement.

(1) Noël HALLÉ, Des péricystites (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1892, p. 813).

(2) MEIGNAN, thèse de Paris, 1894.

La douleur est toujours associée à la fréquence de la miction : elle précède, elle suit ou elle accompagne l'évacuation de la vessie. Elle la précède le plus souvent, la douleur paraissant au moment où la tension de la vessie est mise en jeu. Mais souvent aussi elle se manifeste avec son maximum d'intensité dans les quelques minutes qui suivent la terminaison de l'acte ; elle se caractérise par des élancements, des brûlures, s'irradiant au bout de la verge, à l'hypogastre, au périnée. Comme les besoins se répètent souvent, les patients sont, dans les formes graves, dans un état perpétuel de souffrance ; ils sont à peine remis de la crise précédente qu'il leur faut en subir une nouvelle. La nuit, ils ne peuvent dormir ; cependant, chez tous les malades, le repos atténue les besoins et diminue la douleur.

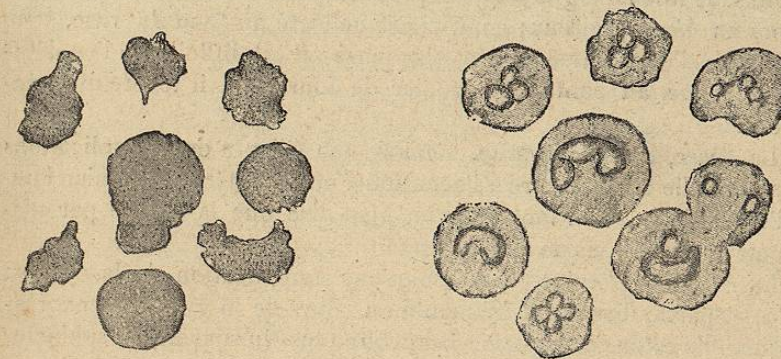


Fig. 36. — Leucocytes vivants doués de mouvements amiboïdes, observés dans l'urine, franche, neutre, chaude. (Hallé.) Fig. 37. — Leucocytes traités par l'acide acétique. Disparition des granulations. Apparition des noyaux multiples. (Hallé.)

La douleur ne se manifeste pas seulement à l'occasion de la miction ; la marche, la voiture, le seul fait de s'asseoir brusquement, réveillent chez ces malades des élancements pénibles, souvent même douloureux.

Enfin, les urines sont *purulentes* et la suppuration de la vessie complète avec les deux autres signes la triade symptomatique de la cystite. La cystite « catarrhale » de Rovsing, la cystite sans suppuration, avec du mucus et des cellules épithéliales seules pour constituer le dépôt, n'existe pas ; il n'y a pas de cystite sans suppuration.

La quantité de pus contenu dans l'urine d'une miction est parfois assez minime pour ne donner qu'une teinte pâle à ces urines ; mais par la centrifugation d'abord, et plus tard par le repos, on verra se former un dépôt floconneux au fond du verre et on y trouvera facilement les leucocytes caractéristiques (fig. 36 et 37).

En général, le pus sort mélangé aux urines ; au commencement et surtout à la fin, les urines sont plus troubles ou constituées par du pus pur et reconnaissable nettement à l'œil nu.

L'hématurie est aussi un signe de la cystite, un signe non constant,

et qui n'a de valeur que par sa modalité. L'hématurie dans la cystite est *finale*; elle paraît dans les dernières gouttes sous forme de petits filaments, rarement de caillots, qui suivent les dernières gouttes. D'autres fois elle se répète à l'occasion d'un cathétérisme, d'une instillation, d'un lavage; il est des malades auxquels on ne peut toucher sans réveiller le saignement. Cependant par sa répétition, par son abondance dans quelques cas, l'hématurie prend une importance prépondérante, elle caractérise la cystite dite *hémorragique*.

Les urines sont *acides* dans le plus grand nombre des cas. Les cystites, de quelque nature qu'elles soient, ne déterminent pas fatalement la transformation ammoniacale des urines: l'ammoniurie, lorsqu'elle se produit, n'est qu'un phénomène surajouté, conséquence de l'infection, sans valeur diagnostique ni pronostique. Les urines abandonnent alors un dépôt glaireux; celui-ci est collecté au fond du vase, sous la forme d'une masse filante, visqueuse; il est difficile de l'en détacher, et mis au contact du papier de tournesol, il le bleuit fortement.

La *fièvre*, dans la cystite, n'existe que s'il y a des complications rénales; elle vient encore à l'occasion d'un cathétérisme ou bien lorsqu'il y a de la rétention. Mais on peut dire que la cystite par elle-même ne donne pas de fièvre (Guyon).

La *rétention d'urine* (1) n'est qu'une complication de la cystite; elle est particulièrement fréquente au cours de la cystite blennorragique, elle est la conséquence beaucoup plus du spasme du sphincter membraneux que de la paralysie du muscle vésical.

L'*exploration* de la vessie fournit au diagnostic des éléments de grande valeur.

La *provocation* de la douleur par le toucher vaginal ou rectal, par le palper combiné, par la simple pression hypogastrique, n'appartient qu'à la cystite. La vessie à l'état normal est insensible à la pression; à l'état pathologique, au contraire, elle devient sensible, et elle l'est d'autant plus que la cystite est plus intense.

Il en est de même pour la sensibilité au contact; l'introduction d'une boule exploratrice, d'une sonde molle dans une vessie normale ne révèle aucune sensation vraiment douloureuse; quand la vessie est enflammée, ce contact est toujours douloureusement senti. La douleur se manifeste quand la boule arrive à l'urètre postérieur, elle se continue pendant la traversée de ce dernier, elle s'exaspère quand elle franchit le col ou arrive au contact de ses parois.

La sensibilité à la tension est également exagérée; tandis qu'à l'état normal on peut injecter dans la vessie jusqu'à 200 grammes et plus sans réveiller le besoin d'uriner, il n'en va plus de même quand la vessie est devenue pathologique: la vessie réagit à 25, à 50,

(1) CONDAMY, De la cystite comme cause de rétention d'urine, thèse de Paris, 1891, n° 447.

à 60 grammes, c'est-à-dire que le besoin d'uriner, se manifeste dès que cette quantité de liquide est parvenue à la vessie. Si l'évacuation ne se fait pas de suite, si l'on insiste, il y a douleur, douleur vraie et d'autant plus accentuée que l'on aura insisté plus longtemps sur le piston de la seringue. La contraction de la vessie paraît un peu avant que le malade accuse le besoin d'uriner: avec un doigt exercé, on sent de suite, à la résistance du piston, la mise en tension des fibres musculaires de la vessie, et, comme dit Guyon, « le chirurgien sent avant le malade le besoin d'uriner ».

Ces diverses explorations sont indispensables à faire; elles concourent à révéler la sensibilité exagérée de la vessie, et ont, en matière de diagnostic, une grande valeur.

**Formes.** — Il n'y a pas une cystite: il y a des cystites. Des classifications nombreuses ont été proposées, aucune n'est irréprochable. La distinction en cystite aiguë et cystite chronique n'est pas même acceptable, puisque, sur le même malade, la maladie prend, suivant les instants, des allures aiguës ou torpides, et qu'elle présente à chaque instant des poussées aiguës, sous l'influence d'un excès de régime, d'une rétention, d'un cathétérisme. Le mieux est donc de s'en tenir à l'étude isolée des principaux types qui s'observent en clinique.

**Cystite cantharidienne.** — Elle est plutôt du domaine de la médecine; elle se caractérise souvent par des allures très aiguës, des douleurs vives, des épreintes; l'urine contient avec du pus des fausses membranes. Sa durée est courte; cependant, chez les prédisposés, elle est parfois une cause d'appel pour la tuberculose.

**Cystite blennorragique** (1). — C'est en général vers la troisième ou la quatrième semaine de la blennorragie, qu'apparaît la cystite. Elle affecte parfois des allures bruyantes. D'autres fois, elle est si légère qu'on peut la confondre, comme le faisait Leprévôt, avec l'urétrite postérieure. Entre ces deux extrêmes sont les formes intermédiaires; ce sont celles qui s'observent le plus couramment.

Les urines contiennent du sang et du pus. L'hémorragie est fréquente, souvent même abondante. Le pus dans les formes légères ne paraît que dans le premier verre, quand on fait uriner le malade dans trois verres. Il en est ainsi dans les cystites légères, dites à tort « cystites du col », bien qu'elles soient totales, mais dont les lésions sont cependant prédominantes au voisinage du bas-fond et du col. Mais dans les formes plus accentuées, il y a un dépôt purulent dans le premier et dans le troisième verre.

La contracture de la portion membraneuse détermine quelquefois de la rétention; ce fait est rare.

La *durée* de la cystite blennorragique est courte; en quelques jours tout est fini. D'ordinaire, elle dure de huit à quinze jours ou passe à

(1) LEPRÉVOT, Étude sur les cystites blennorragiques, thèse de Paris, 1884.

l'état chronique. Chez les sujets prédisposés, elle peut appeler la localisation de la tuberculose et devient le point de départ d'une cystite bacillaire.

**Cystite calculeuse.** — Ce qui caractérise surtout la cystite du calculeux, c'est l'excessive intensité qu'elle est susceptible d'acquérir. Si en effet la plupart des calculs vésicaux sont faciles à supporter, malgré la fréquence et la douleur des mictions avant l'apparition de la cystite, il n'en est plus de même dès que cette dernière est installée (Guyon). Le repos ne calme plus les douleurs, et les calculeux souffrent même la nuit. Ils éprouvent en même temps du côté du rectum des épreintes, du ténésme.

La cystite du calculeux procède par crises, par accès, et ces accès se montrent sous l'influence de tout ce qui provoque la locomotion rapide et répétée du corps étranger, sous l'influence, par exemple, des marches, des courses en voiture.

La cystite des calculeux peut guérir; sous l'influence du repos, elle s'atténue toujours et parfois disparaît complètement; après l'opération, elle guérit aisément, à moins que le malade ne soit prostatique et que sa vessie ne soit en rétention habituelle: dans ce cas, la cystite s'établit à demeure (1).

**Cystite des rétrécis.** — Celle-ci appartient au groupe des cystites indolentes. Sans doute, les mictions sont fréquentes et légèrement douloureuses, mais elles le sont déjà chez le rétréci, avant l'apparition de la cystite. La purulence des urines caractérise alors seule cette dernière.

La quantité du pus contenu dans les urines n'est pas considérable, et si le dépôt est épais et abondant, ce n'est pas que la cystite est « purulente » comme on disait autrefois, c'est qu'elle s'accompagne de pyélite. Les urines deviennent facilement ammoniacales sous l'influence du séjour d'une sonde à demeure ou encore à l'occasion d'une rétention.

Les hématuries, dans certains cas rares, sont extrêmement abondantes, parce que la rétention est facile et que la rétention appelle la congestion; et j'ai vu un malade du service de M. Guyon, qui, depuis deux ans, était sujet à des hématuries tellement intenses et si rebelles, qu'on pensait à un néoplasme; mais l'urétrotomie faite dans le service pour un rétrécissement peu serré et méconnu jusqu'alors, fit cesser pour toujours ces graves hémorragies.

Tel est, en effet, le caractère propre de la cystite du rétréci, c'est de disparaître aussitôt que le rétrécissement est dilaté ou sectionné. Elle est, à ce point de vue, d'une remarquable bénignité, elle guérit très facilement dès que le cours des urines est rétabli. Elle est plutôt un incident qu'une véritable complication dans la marche de l'affection (Guyon).

(1) F. Guyon, De la cystite calculeuse (*Progrès méd.*, 13 août 1892).

**Cystite des prostatiques.** — Celle-ci débute le plus souvent par des signes peu accusés, qui permettent de dire qu'elle est chronique d'emblée. Elle reste souvent absolument indolente. Les urines deviennent troubles, la fréquence des mictions continue ou s'exagère; la douleur est légère, peu marquée. Les choses restent dans cet état, des semaines, des mois. Cependant, si la maladie est abandonnée à elle-même, les urines deviennent de plus en plus troubles, et la cystite devient ammoniacale. L'odeur devient forte et fétide, le dépôt est visqueux, adhérent. C'est dans ces conditions souvent que se forment des calculs secondaires, de nature phosphatique, dont la présence imprimera bientôt à la cystite des allures particulièrement douloureuses.

À côté de cette forme chronique qui est l'apanage habituel du prostatique avancé, on voit aussi, dans d'autres circonstances, la cystite débiter brusquement, par exemple chez les distendus. Chez eux, comme les reins sont eux-mêmes préparés à l'infection par une dilatation urétéro-pyélique, depuis longtemps établie, il arrive souvent que le premier cathétérisme est, chez ces malades, l'occasion d'accidents infectieux très graves, dont l'infection de la vessie ne reste pas toujours le foyer principal.

D'ailleurs ces complications d'infection rénale ascendante sont particulièrement fréquentes chez les prostatiques, surtout chez ceux qui ont de la rétention; elles sont même la règle à partir d'une certaine période, et les lésions qu'elles déterminent ou dont elles s'accompagnent sont la cause de mort la plus habituelle des prostatiques.

Et cependant, malgré ces conditions défectueuses, la cystite chronique du prostatique, quand elle est soignée, est une de celles qui sont le plus longtemps compatibles avec l'existence. Elle n'en est pas moins un danger toujours menaçant.

**Cystite des néoplasiques.** — Intensité souvent excessive des douleurs, tendance à se maintenir ou à s'aggraver, tels sont les caractères distinctifs de la cystite des néoplasiques. Dès ses débuts, elle revêt des allures bruyantes; elle détermine des besoins impérieux, des douleurs atroces que le repos ne calme pas, que la morphine atténue à grand-peine et qui arrachent à tous moments des cris aux malades. Les hémorragies ne sont pas toujours beaucoup aggravées du fait de la cystite; mais les urines prennent très vite une odeur très fétide, très spéciale, rappelant celle des macérations anatomiques.

Par la douleur qu'elle occasionne, et qui la distingue si nettement de la cystite des prostatiques, la cystite du néoplasique peut constituer à elle seule l'indication d'ouvrir la vessie pour calmer sa sensibilité.

**Cystite chez la femme.** — Plusieurs des variétés des cystites que nous venons d'étudier sont communes à l'homme et à la femme, telles la cystite blennorragique, la cystite néoplasique par exemple.

Il est cependant, chez la femme, des cystites qui sont particulières à ce sexe : elles se développent pendant ou en dehors de la grossesse.

La *cystite de la grossesse* est en général très bénigne ; cependant, elle peut être une cause d'avortement (Terrillon et Monod).

La *cystite post-partum* est beaucoup plus grave. Elle est à la fois plus aiguë et plus persistante. Bénigne ou grave, elle subit toujours, au moment des règles, une poussée nouvelle, dont déjà Laugier et Bernardet avaient signalé la constance.

**Cystite des enfants.** — Comby distingue trois formes à la cystite des enfants : la forme latente, la forme légère, la forme grave.

La forme latente n'est pas une cystite : l'infection vésicale ne se caractérise par aucun symptôme, on trouve seulement dans les urines, troubles ou opalescentes, des micro-organismes en grand nombre ; c'est la *colibacillurie*, qu'on observe aussi chez l'adulte, et qui chez l'enfant ne se traduit souvent que par de l'incontinence diurne d'urine (Nicolaysen, Escherich, Trumpp) et par des signes généraux graves qui relèvent de l'infection généralisée préexistante.

Dans la forme légère, il y a des douleurs vésicales ou vulvaires, des mictions répétées, des urines troubles, mais pas de signes généraux. La cystite guérit en huit ou quinze jours (Comby).

Dans la forme grave, il y a en plus des signes locaux, des signes généraux, de la fièvre, de l'anorexie, de la soif, des vomissements, de l'amaigrissement, quelquefois un état typhoïde : ces signes sont plutôt l'indice de la propagation de l'infection au rein.

A côté des variétés précédentes, qui sont spéciales par leur association avec une autre affection, ou par les conditions d'âge ou de sexe dans lesquelles elles se produisent, il est d'autres types à établir : ce sont des variétés cliniques, qui tiennent à la prédominance de l'un ou de l'autre symptôme.

**Cystite douloureuse.** — Dans certaines cystites, l'élément *douleur* prend une place tellement prédominante, qu'il semble constituer toute la maladie et attirer tous les efforts de la thérapeutique ; aussi l'usage a-t-il consacré le terme de « douloureuses », donné par Guyon à ces cystites.

La cystite douloureuse n'est pas une cystite d'une nature spéciale ; toutes les cystites peuvent devenir douloureuses, surtout la cystite tuberculeuse, la cystite blennorragique dans sa forme chronique, et les cystites à colibacille.

Souvent, pour la provoquer on ne trouve aucune autre cause que l'impressionnabilité particulière du sujet ; d'autres fois ce sont des manœuvres intempestives, des cathétérismes mal faits, des lavages répétés dans une vessie déjà sensible qui ont amené son hyperexcitabilité.

Hallé se demande avec raison si ces cystites douloureuses ne

seraient pas la conséquence de ces infiltrations périvésicales scléreuses, qui, gênant la vessie, ne lui laissent plus son entière liberté.

Dans toutes les cystites douloureuses, en effet, il y a des lésions périvésicales.

La douleur se montre pendant les mictions, elle acquiert sa plus grande acuité au moment où sont expulsées les dernières gouttes d'urine. Comme les mictions sont fréquentes, les malades ne sont jamais en repos. Incessamment pressés par le besoin, ils ne peuvent le satisfaire assez ou croient n'y être pas parvenus. Au ténesme de la vessie s'ajoute celui du rectum, et la douleur, dont le siège principal est au pubis, s'irradie vers le périnée, les cuisses et quelquefois jusqu'aux régions lombaires. « Ils marchent courbés en deux, glissant sur le sol à pas comptés, cherchant avec le plus grand soin à éviter toute secousse brusque, toute contraction abdominale qui pourrait exercer quelque compression sur la vessie. » (Guyon.)

Aussi sont-ils souvent pris pour des calculeux.

La douleur *provoquée* n'est pas moins intense que la douleur spontanée. La pression seule de la vessie par le toucher vaginal chez la femme, par le toucher rectal chez l'homme, ou par la palpation bimanuelle, est intolérable. L'explorateur à boule, à peine parvenu à la vessie, y réveille des douleurs violentes, et il n'y a pas à chercher le plus souvent à faire sans chloroforme l'exploration à l'aide de l'instrument métallique. Avec la seringue, la vessie réagit à 5, à 10 grammes ; la sensibilité à la distension est encore plus exagérée que la sensibilité au contact.

Cependant toute cystite peut déterminer passagèrement des douleurs extrêmement violentes, sans mériter le qualificatif de cystite douloureuse. C'est lorsque la douleur persiste au même degré pendant des semaines et des mois, malgré la suppression de toute manœuvre capable de nuire, c'est alors seulement que l'on peut dire que la cystite est réellement « douloureuse » (Guyon).

Cette persistance constitue aussi toute la gravité, très sérieuse, de cette forme de cystite ; elle est rebelle à tous les traitements et conduit souvent à l'intervention chirurgicale.

**Cystite membraneuse.** — Comme la cystite douloureuse, la cystite membraneuse n'est pas primitive : elle succède à une cystite aiguë, et la présence dans l'urine de membranes ou de débris de membranes caractérise cette variété clinique.

On peut la prévoir peut-être à une odeur particulièrement fétide des urines, et à des hémorragies abondantes, dues plutôt encore à l'intensité des phénomènes congestifs qu'au détachement des membranes. Guyon a vu, avant leur expulsion, les muqueuses du méat, du gland, des grandes lèvres et du vagin se recouvrir d'un exsudat blanchâtre pseudo-membraneux.

Mais le symptôme vraiment caractéristique est l'expulsion des

membranes avec les urines. Parfois c'est sous forme de pellicules très minces, très peu étendues, que se fait cette expulsion; d'autres fois, c'est sous forme de lambeaux épais et larges.

Si elles sont épaisses et larges, elles obstruent l'urètre; la vessie ne peut se vider, et l'infection passe dans le sang.

Cependant la guérison peut venir: dans des cas où même une partie de la vessie fut éliminée, dans un cas de Frankenhauser, dans un autre de Madurowicz, la guérison survint malgré que, dans les lambeaux, on retrouva un fragment de la séreuse péritonéale.

Plus souvent, toutefois, les malades succombent du fait même de la maladie, ou par suite de quelques complications.

La rupture de la vessie et la péritonite mortelle, l'infection urinaire, telles sont les plus graves de ces complications, dont la plus légère n'est que la formation secondaire d'un calcul dans la vessie.

**Cystite des myélitiques.** — Au cours des affections médullaires, après les fractures de la colonne vertébrale, alors que la moelle a été contusionnée ou comprimée, la vessie paralysée nécessite pour son évacuation des cathétérismes journaliers. La cystite est ici presque constante, rendant favorables les conditions de réceptivité. Rétention continuelle, absence de douleurs, suppuration abondante, voilà les particularités de la cystite du myélitique, qui, plus que toutes les autres, s'accompagne d'ammoniurie, de calculs secondaires quelquefois, de lésions uretéro-rénales et de lésions de péricystite et de cellulite pelvienne, qui donnent au pronostic toute sa gravité.

La vie n'est pas longtemps compatible avec des lésions aussi accentuées, et la terminaison par pyélonéphrite et infection urinaire est une des manières de mourir des myélitiques, des fracturés du rachis qui ont résisté à l'infection des escarres.

**Diagnostic.** — Pour dire cystite, il faut, dit Guyon, constater la réunion de trois principaux symptômes: fréquence des mictions, douleurs, purulence des urines, quelle que soit du reste leur intensité.

Chacun de ces symptômes, si on le considère isolément, peut conduire à l'erreur: leur association est au contraire caractéristique.

Il faut en outre que l'examen de la vessie révèle à l'exploration la sensibilité au contact et à la distension.

Mais si l'un des symptômes est nul ou atténué, l'erreur est possible, et nombreuses sont les affections qu'on peut confondre avec la cystite, si l'on n'envisage pas dans leur ensemble et leur association les symptômes présentés par le malade (1), et si l'un des symptômes présente une importance prépondérante.

La douleur peut tromper.

La solidarité est telle entre les diverses branches de l'appareil urinaire que les affections de l'une retentissent presque invariablement

(1) LEGRAS, Étude des fausses cystites, thèse de Paris, 1895, n° 434.

sur les autres; ces manifestations d'ordre réflexe, dont l'étude clinique est si complètement élucidée par notre maître, jouent un grand rôle dans le diagnostic des maladies de la vessie. Une affection d'un autre organe que la vessie peut provoquer par réflexe des douleurs vésicales et faire croire à une cystite qui n'existe pas.

Les *maladies du rein* retentissent sur la vessie; les calculs du rein et de l'uretère déterminent parfois des douleurs vésicales, des besoins fréquents qu'on mettrait facilement sur le compte de la cystite, et j'ai rapporté dans ma thèse (1) plusieurs observations où l'on avait cru à une affection vésicale alors qu'il y avait un calcul dans le rein.

Les troubles vésicaux observés au cours de la colique néphrétique sont de même ordre.

Les *névralgies vésicales* (2) se distinguent très franchement des cystites: les urines sont claires, les mictions sont fréquentes, la vessie n'est sensible ni au contact ni à la distension.

La *fréquence*, elle aussi, peut induire en erreur: la *pollakiurie* des prostatiques, la *pollakiurie nerveuse* de certains états névropathiques, la *pollakiurie* déterminée par l'ingestion de certaines substances, telles que le bicarbonate de soude (3), pourraient faire croire à une cystite; de même la polyurie des diabétiques. Mais il suffit d'être prévenu pour éviter l'erreur.

La *douleur* et la *fréquence* de la miction s'associent quelquefois, sans qu'il y ait cystite. Certains *néoplasmes* infiltrés de la vessie déterminent, pendant de longs mois, de la fréquence et de la douleur des mictions, avant que l'hématurie ne vienne s'y joindre. Cette association tardive des trois symptômes est, comme le remarque M. Guyon (4), l'exception dans les cystites: les trois signes apparaissent simultanément, et cette simultanéité devient l'élément principal du diagnostic.

Chez la femme, les affections de l'utérus, la rétroversion, l'antéflexion, les prolapsus génitaux déterminent des troubles fonctionnels de la vessie, sans qu'il y ait infection (5). Dans ces cas, la suppuration fait défaut, et l'importance de ce signe négatif est très réelle. J'ai communiqué à Comar (6) l'observation d'une malade qui, atteinte de cystocèle légère, fut pendant longtemps soignée pour une cystite, alors que l'absence de suppuration, l'absence de toute sensibilité à

(1) LEGUEU, Des calculs du rein et de l'uretère, thèse de Paris, 1891, p. 53.

(2) HARTMANN, Des névralgies vésicales. Paris, 1889.

(3) DEBAINS, thèse de Paris, 1895-99.

(4) F. GUYON, Diagnostic différentiel de certaines formes de la cystite et des néoplasmes de la vessie (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1895, p. 289).

(5) LEGUEU, Des relations pathologiques entre l'appareil urinaire et l'appareil génital chez la femme (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, juillet 1897).

(6) COMAR, Contribution à l'étude des troubles urinaires dans le prolapsus vagino-utérin, thèse de Paris, 1895.