

rité des chirurgiens et à peine pratiquée aujourd'hui. Dans mon opinion, cette opération peut rendre de grands services, et comme elle présente de sérieux avantages, tels que l'absence d'hémorrhagies, l'intégrité du col de la vessie, de la prostate, des canaux éjaculateurs, je regrette de la voir abandonnée aussi complètement. J'ai eu l'occasion de la pratiquer avec succès un assez grand nombre de fois, et même dans des cas de très-volumineux calculs, qui n'étaient guère justiciables que de la taille hypogastrique. Quoiqu'il en soit de cette opinion toute personnelle, la taille bilatérale reste donc, jusqu'à nouvel ordre, le procédé auquel la majorité des chirurgiens donnent la préférence dans les cas de calculs volumineux.

Lorsqu'il s'agit de pierres de moyenne grosseur, on a le choix entre la taille médiane et la taille latéralisée. Car les statistiques démontrent clairement que ces deux procédés sont infiniment moins graves que la taille bilatérale. Ces mêmes statistiques prouvent que des deux procédés dont il est question, le second, c'est-à-dire la taille latéralisée, est celui qui jouit parmi les chirurgiens de la plus grande faveur. Celle-ci présente, en effet, cet avantage qu'elle peut, au cours de l'opération, et dans le cas où la pierre serait plus volumineuse qu'on ne le supposait, être transformée séance tenante en taille bilatérale, qui ouvre une voie beaucoup plus large.

Quant au choix du procédé de taille chez la femme, la plupart des chirurgiens donnent la préférence à la taille vaginale, sur les autres procédés de taille urétrale, du moins chez la femme adulte. Car, chez les petites filles, la question est encore controversée; certains chirurgiens et Holmes, en particulier, conseillant la taille urétrale supérieure. Le volume du calcul nous semble, en pareil cas, devoir déterminer le choix à faire entre les deux procédés; un calcul très-volumineux commandant l'emploi de la taille vésico-vaginale.

2° Affections inflammatoires (cystites).

Les affections inflammatoires de la vessie sont très fréquentes et revêtent des formes diverses. Désignée pendant longtemps sous la dénomination de *catarrhe* ou de *fluxion catarrhale*, l'inflammation de la vessie a été distinguée par Boyer en inflammation aiguë ou *cystite aiguë* et en inflammation chronique à laquelle il réservait le nom de *catarrhe*. Cette expression est tout à fait impropre; car, s'il est vrai que l'inflammation chronique du réservoir urinaire est le plus souvent un catarrhe de la muqueuse vésicale, il n'est pas rare de voir la phlegmasie dépasser les limites de la muqueuse et sortir du cadre des affections catarrhales; aussi, à l'exemple de Ferrus, nous décrirons la *cystite aiguë* et la *cystite chronique*, dont le *catarrhe vésical* constitue une variété.

FERRUS, *Dictionnaire* en 30 volumes (art. CYSTITES), t. IX, 1835. — LOYER, *De la cystite aiguë*, thèse de Paris, 1837. — TABAREL, *Caractères anat. de l'inflammation aiguë et chronique de la vessie*, thèse de Paris, 1840. — MOREL-LAVALLÉE, *Cystite cantharidienne*. Paris, 1856. — PETIT, *Cystite blennorrhagique*, thèse de Paris, 1853. — VIRLET, *Cystite des vieillards*, thèse de Paris, 1854. — BERNADET, *Catarrhe de la vessie chez les femmes réglées*, thèse de Paris, 1865. — URBANECK, *Cystitis crouposa* (*Wiener med. Press*), 1867. — BONDU, *De la cystite aiguë*, thèse de Paris, 1852. — GIRARD, *De la cystite pseudo-membraneuse*, thèse de Paris, 1877.

A. Cystite aiguë.

ÉTIOLOGIE. — Les causes de la cystite aiguë sont nombreuses et différent par leur nature ou leur mode d'action.

En premier lieu nous mentionnerons les divers traumatismes, tels que contusions, plaies, cathétérismes maladroits, séjour de corps étrangers ou de sondes, comme susceptibles de développer une inflammation aiguë de la vessie.

On pourrait rapprocher de la cystite traumatique l'inflammation qui résulte de l'action sur la muqueuse vésicale d'une urine chargée de substances plus ou moins irritantes : telle est, par exemple, la cystite qui survient dans les cas où l'urine est très acide, très chargée de principes organiques et inorganiques, ou lorsqu'elle renferme du pus provenant des reins ou de l'ouverture d'un abcès dans la vessie.

C'est vraisemblablement dans la même catégorie de faits qu'il faut ranger les diverses cystites résultant de l'absorption de certains médicaments qui, éliminés par les reins, donnent à l'urine une action irritante spéciale sur la muqueuse vésicale; telles seraient les cystites résultant de l'abus des diurétiques, des balsamiques, de l'absorption du sulfate de quinine, de l'iodure de potassium, dont l'existence n'est peut-être pas suffisamment prouvée. Il n'en est pas de même de la *cystite cantharidienne*, admise par tous les auteurs, et qui succède si fréquemment à l'application des vésicatoires et à l'absorption par la peau de la cantharidine. Le principe irritant du thapsia pourrait aussi, d'après Bondu, produire sur la vessie des effets analogues à ceux que détermine la cantharidine. Enfin Le Dentu signale un cas de cystite aiguë, survenue à la suite de l'application prolongée d'un sinapisme Rigollot.

Suivant quelques auteurs, et en particulier suivant Förster et Klebs, on devrait faire rentrer dans ce groupe des cystites produites par une altération dans la composition de l'urine, les phlegmasies de la vessie qui se montrent dans le cours des maladies septiques (pyohémie, septicémie aiguë simple ou puerpérale, typhus, variole, scarlatine, choléra, etc.). Dans ces conditions, on a constaté, en effet, la présence dans l'urine d'organismes inférieurs, tels que : bactéries, micrococcus, monades; et, suivant les auteurs cités précédemment, ces organismes inférieurs, développés spontanément dans les voies urinaires ou intro-

duits dans la vessie par les sondes ou les autres instruments, agiraient à titre de ferment, et détermineraient la décomposition putride de l'urine et comme conséquence l'inflammation de la vessie.

Cette pathogénie est loin d'être démontrée, et si la clinique autorise à admettre l'existence d'une *cystite infectieuse*, c'est-à-dire développée dans le cours d'une maladie générale de nature infectieuse, on est en droit de mettre en doute l'origine parasitaire de cette cystite; de nouveaux faits étant nécessaires pour démontrer péremptoirement que la phlegmasie vésicale est bien la conséquence de l'action des parasites sur l'urine et sur la muqueuse vésicale.

Une autre classe de cystites, bien différentes de celles que nous venons de passer en revue, comprend les phlegmasies de la vessie qui résultent d'un trouble circulatoire, d'une hyperhémie congestive de cet organe. Les causes capables de produire par ce mécanisme l'inflammation vésicale sont: les excès de coït, la masturbation, l'évacuation brusque de l'urine dans la rétention complète. Ces diverses causes agissent directement sur le système vasculaire de la vessie. Mais, dans d'autres circonstances, l'hyperhémie a lieu par une véritable répercussion, à la suite d'un trouble profond dans la circulation générale et principalement dans la circulation du tégument externe. En pareil cas, il n'est pas rare d'observer du côté de la vessie, comme du côté d'autres viscères intérieurs, une hyperhémie qui peut facilement passer à l'état de phlegmasie aiguë: telles sont les cystites qui succèdent à la suppression des menstrues, à l'action du froid sur la surface du corps, aux brûlures très étendues.

Enfin nous terminerons cette longue énumération des causes de la cystite aiguë en mentionnant les cystites par propagation d'une phlegmasie voisine: telle est, en première ligne, la cystite blennorrhagique succédant à l'urétrite blennorrhagique. L'inflammation de la vessie peut encore résulter d'une propagation de la phlegmasie du vagin, de l'utérus, du rectum.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions de la cystite aiguë sont souvent limitées à la muqueuse dont la vascularisation est augmentée, soit sur toute sa surface, soit sur quelques points isolés. Il en résulte une coloration rouge, uniforme, ou une fine arborisation de la membrane. Quelquefois le tissu sous-muqueux participe à cette congestion et présente des ecchymoses peu étendues, surtout au voisinage du col. A un degré plus avancé, la muqueuse est infiltrée, épaissie, comme fongueuse.

Dans une forme particulière, à laquelle on a donné le nom de *cystite pseudo-membraneuse*, *diphthéritique* ou *croupale*, la muqueuse est revêtue de fausses membranes épaisses, tantôt fermes, tantôt molles, constituées par de la fibrine ou infiltrées de sang et de pus. Dans certains points, ces fausses membranes sont en partie détachées, et la muqueuse sous-jacente est tantôt frappée de gangrène, tantôt et le plus souvent intacte. Ces fausses membranes peuvent revêtir la totalité de la surface interne de la vessie, dont elles représentent le moule exact;

le plus souvent, elles n'occupent que certaines parties, entre lesquelles la muqueuse revêt les caractères de l'inflammation simple.

La cystite pseudo-membraneuse aiguë appartient le plus généralement au groupe des cystites infectieuses, et se montre dans le cours de la pyohémie, de la fièvre puerpérale, de la variole, de la scarlatine, de la fièvre typhoïde.

On doit distinguer cette cystite pseudo-membraneuse de la cystite cantharidienne, souvent caractérisée aussi par la production de fausses membranes. Mais celles-ci sont habituellement minces, opalines, se détachent rapidement et sont éliminées avec l'urine; cependant, dans quelques cystites cantharidiennes très intenses, la fausse membrane peut présenter une notable épaisseur, et revêtir toute la surface interne de la vessie; parfois aussi elle est infiltrée de sang et la muqueuse sous-jacente est atteinte de ramollissement inflammatoire.

La phlegmasie, au lieu de se limiter à la muqueuse, comme nous l'avons supposé jusqu'à présent, peut envahir le tissu conjonctif intermédiaire à la muqueuse et à la couche musculaire, cette couche elle-même et le tissu cellulaire périvésical. Dans ces circonstances, les parois de la vessie augmentent d'épaisseur, deviennent rouges, congestionnées, infiltrées de sang ou de pus, et parfois même on trouve entre les différentes tuniques de véritables abcès circonscrits ou étalés en nappe. Nous y reviendrons plus tard. Dans certains cas de phlegmasies très intenses de la vessie, le tissu cellulaire périvésical est rapidement envahi, et l'on observe alors les lésions propres aux phlegmons et abcès de la cavité de Retzius.

Nous nous bornons à mentionner, comme conséquences possibles de la cystite aiguë, les *ulcérations* et la *gangrène*, accidents d'ailleurs plus fréquents dans la cystite chronique, et qui seront l'objet d'une description spéciale, attendu qu'ils peuvent se développer en dehors d'un travail phlegmasique.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes par lesquels se manifeste la cystite aiguë diffèrent très notablement suivant la variété à laquelle on a affaire; cependant on doit reconnaître un certain nombre de signes communs à toutes les variétés; tels sont: les *douleurs*, les *troubles de la miction* et les *phénomènes généraux*.

La douleur siège à la région hypogastrique et irradie le plus souvent dans les flancs, les lombes, les aines, le périnée, l'extrémité de la verge. Elle est spontanée ou provoquée par la pression, mais elle présente pour caractère de s'exaspérer au moment des contractions du réservoir urinaire, et lorsque la miction s'opère l'écoulement de l'urine produit une sensation de brûlure au périnée et tout le long de l'urètre.

Les troubles de la miction sont variables: tantôt celle-ci pouvant s'opérer, les malades éprouvent des besoins fréquents, impérieux d'uriner; ils ne parviennent qu'à grand-peine à rendre quelques gouttes d'urine, dont l'expulsion s'accompagne d'une vive brûlure et est suivie

d'une douleur plus ou moins persistante dans la région hypogastrique : c'est ce qui constitue le *ténesme vésical* ; tantôt la miction ne peut plus s'effectuer et il y a *rétenction complète d'urine*.

La cause de cette rétenction d'urine, dans la cystite aiguë, a été diversement interprétée. On a prétendu que le défaut d'expulsion de l'urine était dû à la paralysie des fibres musculaires du corps de la vessie, par le fait de l'inflammation de la muqueuse. La chose est possible, surtout dans les cas où l'inflammation a dépassé les limites de la muqueuse et envahi toute l'épaisseur de la paroi vésicale. Dans les cas ordinaires, il est plus probable que la rétenction d'urine est déterminée par le spasme du col vésical ; car, en pareille circonstance, d'une part on constate des contractions douloureuses de la tunique musculaire qui ne s'expliqueraient pas si elle était frappée de paralysie, et d'autre part il est fréquent de voir cette rétenction cesser après un seul cathétérisme, lorsque le spasme du col vésical a été vaincu par l'introduction forcée de la sonde.

Avec les douleurs et les troubles de la miction, on observe dans la cystite aiguë des symptômes généraux plus ou moins graves. La fièvre, quelquefois à peine marquée, peut acquérir une intensité extrême, débiter par un violent frisson et s'accompagner d'une élévation de température allant jusqu'à 40 ou 41 degrés. Il y a généralement de l'agitation, parfois même du délire, un état gastrique plus ou moins prononcé. Enfin, dans les formes les plus graves de cystites aiguës, on observe des vomissements, du hoquet, un état adynamique et comateux précurseur prochain de la mort.

VARIÉTÉS. — Parmi les nombreuses variétés de cystites aiguës admises par les auteurs, quelques-unes seulement méritent, en réalité, une description spéciale ; telles sont, par exemple, la *cystite du col* et la *cystite du corps*.

La *cystite du col* est l'inflammation de la vessie, qui commence ordinairement par le col et peut y rester confinée. Elle succède plus particulièrement aux traumatismes et aux opérations chirurgicales, ayant porté exclusivement sur le col, aux inflammations de l'anus et du rectum, et surtout à la blennorrhagie.

Au point de vue symptomatologique, la cystite du col s'accuse surtout par des besoins extrêmement fréquents d'uriner et par un spasme très énergique du sphincter uréthro-vésical, qui s'accompagne de douleur vive et de rétenction d'urine. Il n'est pas rare aussi de voir survenir, dans le cours de la cystite du col, des hématuries plus ou moins abondantes. La cystite aiguë du col passe très fréquemment à l'état chronique, et nous aurons à revenir plus tard sur cette terminaison ordinaire de la maladie.

La *cystite du corps* survient plus spécialement à la suite des traumatismes atteignant les diverses parties de la vessie autres que le col ; elle est souvent due à la présence de corps étrangers, à l'action irritante de

diverses substances, telles que la cantharide, etc., à la déplétion trop brusque de la vessie ; enfin les cystites infectieuses, dont il a été question précédemment, sont des cystites du corps.

Les symptômes diffèrent de ceux de la cystite du col par la moindre intensité des phénomènes douloureux, la fréquence moindre des besoins d'uriner, la rareté des hématuries et de la rétenction d'urine. La cystite aiguë du corps, surtout lorsqu'elle est d'origine traumatique, et plus particulièrement lorsqu'elle succède aux diverses variétés de taille, s'accompagne souvent de péricystites ou de péritonites plus ou moins graves.

Outre ces deux formes principales de cystites aiguës, basées sur le siège qu'occupe l'inflammation, Le Dentu admet un certain nombre de variétés d'après les caractères de l'urine ; telles sont : la *cystite muqueuse* ou *catarrhe aigu*, la *cystite muco-purulente*, la *cystite hémorrhagique*, la *cystite pseudo-membraneuse*.

La *cystite muqueuse*, caractérisée par la présence d'une quantité plus ou moins considérable de mucus dans l'urine excrétée, est en général assez bénigne. La présence du pus est l'indice d'une inflammation plus violente.

Quant à l'*hématurie*, elle constitue toujours une complication grave, lorsqu'elle est abondante et se renouvelle fréquemment. En pareil cas, le sang retenu dans la vessie et se coagulant joue le rôle d'un corps étranger qui augmente les douleurs, le ténesme, favorise l'extension de l'inflammation et donne souvent lieu à des indications thérapeutiques spéciales.

Enfin la *cystite pseudo-membraneuse* appartient à la catégorie des inflammations les plus graves de la vessie. Quoique la présence de fausses membranes dans l'urine accompagne souvent la cystite cantharidienne, elle caractérise plus particulièrement les cystites infectieuses que nous avons mentionnées précédemment et qui se terminent généralement par la mort. On notera que, dans les cystites pseudo-membraneuses, l'expulsion des fausses membranes donne lieu à quelques symptômes particuliers, tels que : le spasme violent, la douleur au moment de la miction, enfin l'arrêt brusque de l'écoulement de l'urine, lorsque le canal se trouve obstrué par ces produits fibrineux qui se présentent sous l'aspect de boulettes ou de rubans tortillés.

Les cystites aiguës présentent une marche et une durée essentiellement variables.

Tandis que la cystite cantharidienne peut ne durer que quelques heures, lorsqu'elle est très-légère, ou se termine par la résolution au bout de trois ou quatre jours, alors même qu'elle présente une intensité extrême, d'autres variétés, telles que la cystite du col, se prolongent ordinairement de un à trois septénaires, et les formes graves peuvent même avoir une durée indéterminée, en raison de leur passage fréquent à l'état chronique.

D'ailleurs, la marche, la durée, les terminaisons de la cystite aiguë peuvent être modifiées par la nature des lésions.

La formation d'abcès dans les parois de la vessie, l'infiltration du pus entre les diverses tuniques de l'organe, entraînent souvent la mort, à moins que le pus ne se fraye une issue vers la muqueuse et ne soit éliminé avec les urines. En pareil cas, il se produit fréquemment des *ulcérations* qui entravent la guérison, déterminent des symptômes spéciaux et exposent les malades à des accidents que nous aurons à examiner plus tard. Il en est de même de la gangrène plus ou moins étendue de la membrane muqueuse de la vessie, qui succède parfois à une cystite aiguë.

Lorsque le pus, au lieu de se déverser dans la cavité vésicale, chemine vers le tissu cellulaire qui entoure la vessie, il en résulte une péricystite circonscrite ou diffuse, parfois accompagnée d'infiltration urinaire et qui se termine le plus souvent par la mort.

DIAGNOSTIC. — La cystite aiguë franche est toujours facile à reconnaître. Elle pourrait tout au plus être confondue avec la prostatite aiguë, en raison de la similitude de troubles fonctionnels. Cependant les douleurs sont plus exactement limitées dans la prostatite aiguë; elles s'accompagnent d'une sensation de corps étranger dans le rectum, de ténésme anal avec expulsion de glaires plus ou moins abondantes; enfin le toucher rectal permet de reconnaître le gonflement et la sensibilité de la prostate. Ajoutons encore que, dans la prostatite, le ténésme vésical est moins intense que dans la cystite du col et que le spasme est moins pénible. Cependant il faut bien savoir que les deux maladies coexistent souvent ensemble, et que l'on observe à la fois les symptômes propres à l'une et à l'autre.

Mais si le diagnostic des cystites aiguës franches est le plus souvent exempt de difficultés, il n'en est pas de même des formes graves qui souvent restent latentes et ne se traduisent que par quelques douleurs vagues, par les altérations de l'urine et surtout par un état général plus ou moins sérieux. En pareil cas, le diagnostic est parfois très-difficile, à moins que quelque circonstance particulière n'attire plus spécialement l'attention sur le siège exact de la maladie. On pourrait croire, en effet, que les altérations de l'urine, aussi bien que les phénomènes généraux, sont sous la dépendance d'une néphrite. Cependant on n'observera pas, dans la cystite aiguë, des modifications aussi marquées dans la quantité d'urine excrétée, le sang n'est pas intimement mélangé à l'urine, mais se montre à la fin de la miction comme une véritable hémorragie provenant manifestement du col. La douleur, lorsqu'elle existe, occupe la région hypogastrique et non la région lombaire, comme dans la néphrite. Enfin les nausées et les vomissements sont moins fréquents dans la cystite que dans la néphrite.

PRONOSTIC. — Une foule de circonstances sont susceptibles de faire varier le pronostic de la cystite aiguë. Tandis que la cystite canthari-

dienne, la cystite à frigore, la cystite blennorrhagique, n'offrent en général que peu de gravité, ces mêmes variétés de cystite peuvent devenir la source de dangers, lorsqu'elles se compliquent d'hémorragies abondantes ou de rétention d'urine prolongée.

Les cystites consécutives aux plaies de la vessie, les cystites infectieuses, sont presque toujours graves, et le danger devient d'autant plus grand que la maladie atteint des vieillards, des sujets débilités, et qu'elle se complique de suppuration, d'ulcération, de gangrène, de péricystite.

TRAITEMENT. — Lorsque la cystite se présente avec les caractères d'une inflammation aiguë franche, c'est au traitement antiphlogistique que l'on devra recourir, et l'on ne devra pas craindre de l'appliquer avec énergie. Les émissions sanguines générales et locales (sangsues au périnée, à l'hypogastre), les bains généraux, les bains de siège, les cataplasmes émollients sur le bas-ventre et le périnée, les boissons adoucissantes, dans certains cas, les préparations balsamiques (copahu et térébenthine), devront être prescrits.

La douleur et le spasme seront calmés par l'opium, le chloral, la belladone, le bromure de potassium. On combattra la constipation par les lavements et les purgatifs légers. Enfin, lorsqu'il y a rétention d'urine, il sera nécessaire de vider la vessie plusieurs fois par jour à l'aide du cathétérisme pratiqué avec une sonde de moyenne grosseur et introduite avec la plus grande douceur. Les injections émollientes et même narcotiques peuvent être quelquefois utiles; elles deviennent même nécessaires, dans certains cas de cystites hémorrhagiques, pour débarrasser la vessie des caillots sanguins qu'elle renferme.

La cystite symptomatique de la présence d'un corps étranger semblerait exiger l'ablation immédiate de celui-ci. Cependant il est prudent, dans l'immense majorité des cas, d'attendre avant de procéder à cette extraction que les phénomènes d'acuité aient été amendés par le traitement.

Enfin, dans les cystites infectieuses, la thérapeutique doit être principalement dirigée contre l'état général, mais malheureusement les ressources dont nous disposons restent souvent sans résultat. On prescrira en pareil cas les toniques, les stimulants, et plus particulièrement le sulfate de quinine.

B. Cystite chronique.

ÉTILOGIE. — La cystite chronique peut succéder aux diverses variétés de cystites aiguës que nous avons étudiées précédemment. Mais, dans un grand nombre de cas, l'inflammation de la vessie revêt d'emblée le caractère chronique, et reconnaît alors un grand nombre de causes.

La plupart des circonstances capables de donner naissance à la cystite aiguë peuvent également être l'origine de la cystite chronique d'emblée.

Les corps étrangers, tels que les sondes à demeure, les calculs, sont des causes fréquentes de cystite chronique, et celle-ci fait partie intégrante pour ainsi dire de l'affection calculeuse de la vessie (*cystite calculeuse*).

Les altérations de l'urine (acidité extrême, augmentation de densité, purulence) déterminent presque constamment l'irritation chronique de la muqueuse vésicale.

Toutes les causes capables de développer une congestion active ou passive de la vessie peuvent également produire la cystite chronique; tels sont : les excès de coït et de masturbation, les refroidissements, les occupations sédentaires, l'équitation, la constipation, les diverses affections qui gênent la circulation en retour du bassin.

Quant à l'influence de la goutte et du rhumatisme dans la production de congestion et d'irritation chroniques du côté de la vessie, admise par divers auteurs, elle est mise en doute par Le Dentu.

La cystite chronique est souvent consécutive à une affection d'un organe voisin, comme l'urèthre et la prostate, le rectum, le vagin et surtout l'utérus. Parmi les affections de ces organes capables de donner naissance à la cystite chronique, nous signalerons plus particulièrement la blennorrhagie chronique, les rectites chroniques, les rétrécissements, les néoplasmes du rectum.

La corrélation qui existe entre les affections du vagin et de l'utérus et le catarrhe vésical a été d'abord signalée par Laugier (1) et Civiale, puis étudiée d'une manière plus complète par Bernadet (2) et enfin récemment par Barnes (3) et J. Warren (4). D'après ces auteurs, la cystite chronique se rencontrerait fréquemment dans le cours des affections utérines et surtout à l'époque de la ménopause, principalement lorsque celle-ci s'accompagne d'accidents congestifs du côté de l'utérus.

La grossesse et l'accouchement avaient été signalés déjà par Mauriceau et Capuron comme cause de troubles de la miction, et plus récemment Terrillon (5) attirait l'attention sur les cystites de femmes enceintes que Depaul (6), Laurent Mons (7) et Lépine (8) ont étudiées avec soin.

Quant à la pathogénie de ces cystites développées dans le cours de la grossesse, on peut invoquer diverses causes, et, en particulier; la congestion active qui se produit du côté des organes pelviens, la contractilité réflexe des fibres musculaires de la vessie, mise en jeu par les modifications de l'utérus, la compression directe de la vessie par le globe utérin,

(1) Dictionn. en 30 vol. (art. VESSIE).

(2) *Du catarrhe de la vessie chez les femmes réglées*, thèse de Paris, 1864.

(3) *The Lancet*, 1875, t. I, p. 5.

(4) *New-York med. Journal*, 1878.

(5) *Bull. de la Soc. de chir.*, 10 mars 1880.

(6) *Leçons de clinique obstétricale*, 1878, p. 367.

(7) *De la cystite dans la grossesse*, thèse de Paris, 1877.

(8) *De la rétention d'urine dans la grossesse*, thèse de Paris, 1877.

enfin la rétention d'urine qui accompagne si fréquemment la rétroversion de l'utérus gravide et qui résulte de la compression directe du col vésical.

Nous devons en terminant attirer d'une manière toute spéciale l'attention sur un groupe étiologique dont le mécanisme est identique, quelle que soit la nature de la cause. Déjà nous avons dû à diverses reprises, et à l'occasion de circonstances étiologiques variées, signaler l'influence de cette cause générale qui peut se résumer dans un obstacle quelconque à l'émission volontaire de l'urine, ou, si l'on aime mieux, dans une rétention complète ou incomplète de l'urine dans la vessie. En effet toutes les fois que, pour une raison quelconque, l'urine est retenue et stagne dans la cavité vésicale, ce liquide ne tarde pas à s'altérer et à déterminer une irritation chronique de la vessie. Nous verrons plus tard que toutes les affections de la prostate et de l'urèthre qui donnent lieu à la rétention d'urine s'accompagnent presque fatalement de cystite chronique. Il en est de même des affections de la vessie dans lesquelles la miction normale est plus ou moins altérée.

Dans ce groupe étiologique nous pouvons donc placer : les diverses tumeurs de la prostate, et en particulier l'hypertrophie, les rétrécissements de l'urèthre et la paralysie vésicale. Relativement à cette dernière, qui résulte assez souvent d'une affection de la moelle, on a discuté pour savoir si les altérations de l'urine et la cystite concomitante étaient dues uniquement à la rétention dans le réservoir urinaire, ou si la lésion médullaire n'exerçait pas une influence directe sur la sécrétion même de l'urine, en même temps que sur l'état anatomique des parois vésicales, en sorte que dans cette dernière hypothèse, la cystite développée à la suite d'une lésion de la moelle reconnaîtrait une double origine : d'une part, l'altération primitive de l'urine, d'autre part, le trouble trophique des tuniques vésicales. Si cette opinion était exacte, la cystite chronique dépendant d'une lésion de la moelle devrait donc être séparée, au point de vue pathogénique, de ces catarrhes si fréquents à la suite d'obstacles matériels à l'expulsion de l'urine hors de la vessie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les altérations de la membrane muqueuse sont seules constantes dans la cystite chronique. Cette membrane, tantôt d'un rose pâle, tantôt d'un rouge plus vif, présente des ecchymoses disséminées sur toute la surface, mais siégeant plus spécialement vers le bas-fond. Pour peu que la phlegmasie date de quelque temps, on constate un changement de couleur très marqué et toujours le même : la muqueuse a pris une teinte ardoisée, d'un gris verdâtre, que l'on doit attribuer aux transformations de l'hématine infiltrée dans l'épaisseur de la membrane.

En outre, la muqueuse est épaissie, villeuse; cependant, lorsque la couche musculaire hypertrophiée forme des colonnes saillantes, la muqueuse au niveau de celles-ci paraît plutôt atrophiée. Enfin elle est