

confondre la tumeur pyélique, l'hydronéphrose et les kystes hydatiques, présentent ce caractère essentiel de n'être douloureuses ni spontanément, ni à la pression.

Le pronostic de la pyélite est essentiellement variable suivant la nature des différentes causes qui la produisent. La pyélite qui survient dans les maladies générales, celle qui succède à la propagation d'une inflammation uréthrale, sont en général bénignes et disparaissent rapidement. Le pronostic de la pyélite calculeuse, au contraire, est toujours fort sérieux.

TRAITEMENT. — La pyélite aiguë demande avant tout un traitement antiphlogistique par les émissions sanguines locales ou générales, les boissons émoullientes, la diète, le repos, les bains prolongés, etc.

Lorsque la pyélite passe à l'état chronique, il faut avoir recours aux médicaments susceptibles de modifier l'état de la muqueuse : astringents (tannin, ratanhia, alun, acétate de plomb), balsamiques (goudron, térébenthine, copahu), antiputrides (acide benzoïque ou salicylique). Les excitants du rein, par exemple la cantharidine, ont donné de bons résultats à Aran dans quelques cas particuliers.

Les eaux alcalines (Ems, Vichy) rendent de grands services, surtout dans la pyélite calculeuse.

Il faut nécessairement tenir compte de l'indication causale ; aussi le traitement de la pyélite se confond-il souvent avec celui de la lithiase urinaire et se base-t-il sur la connaissance de la composition chimique des calculs.

Lorsque la pyélite a donné lieu à la formation d'une tumeur lombaire volumineuse et que l'on craint la perforation, il faut avoir recours à un traitement chirurgical. On a successivement préconisé un grand nombre de méthodes pour pratiquer la néphrotomie : incision, ponction, application de caustiques, etc.

BOURGEOIS. Union médicale, 1856. — OPPOLZER. Wien. Med. Wochenschr., 1860. — Bulletin de thérapeutique, 1861, t. LX, p. 433. — SPENCER WELLS. On the diagnostic of renal from ovarian Cysts and Tumours, 1867. — FILLEAU. Essai sur la pyélo-néphrite suppurée, th. de Paris, 1868. — JULES AMSTEIN. De la pyélo-néphrite spontanée, th. de Paris, 1869. — DICKINSON. Calculous Pyelitis (Pathol. Trans., 1870). — A. OLLIVIER. Mémoire sur une variété non décrite de pyélo-néphrite ou pyélo-néphrite hémato-fibrineuse (Arch. de physiol., 1873). — ROSENSTEIN. Mal. des reins. — QUINCKE. Empyem der Nierenbeckens mit Drainage behandelt (Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte, 1878). — LABADIE-LAGRAVE. Nouv. Diction. de méd. et de chir. prat. art. Rein. — MERKLEN. Etude sur l'Anurie, th. Paris, 1881.

HYDRONÉPHROSE.

Synonymie : *Hydropsie rénale*. — *Hydrorenal distension* (Johnson).

On donne le nom d'*hydronéphrose* à la dilatation des calices, du bassin et de l'uretère, sous l'influence d'un obstacle à l'écoulement de l'urine.

ÉTIOLOGIE. — L'hydronéphrose se rencontre à tous les âges ; chez le fœtus, elle peut être assez prononcée pour apporter un sérieux obstacle à l'accouchement, d'autant plus que dans ce cas l'hydronéphrose est généralement double ; elle reconnaît pour cause l'imperméabilité des uretères et coïncide le plus souvent avec d'autres malformations congénitales.

Chez l'adulte, l'hydronéphrose se produit lorsque les voies urinaires sont obstruées soit par un calcul, soit par un état pathologique des parois des uretères, soit enfin par une tumeur siégeant dans un organe voisin et agissant par compression.

La lithiase urinaire est une des causes les plus communes de l'hydronéphrose ; cependant il est plus fréquent de lui voir produire la pyélite. Les hydatides, les caillots sanguins peuvent également engendrer l'hydronéphrose.

Le rétrécissement de l'uretère au niveau de son orifice vésical, la présence de valvules dans sa cavité, les changements de direction dans son trajet, produisent fréquemment des hydronéphroses qui peuvent être incomplètes ou intermittentes : les modifications de structure de la vessie et de l'urèthre agissent de la même façon.

La cause la plus commune de l'hydronéphrose est la compression des uretères par les tumeurs de l'abdomen et du petit bassin, par l'utérus et l'ovaire malades, parfois même par le simple déplacement de l'utérus vide ou sa rétroflexion lorsqu'il est gravide. Le cancer de l'utérus donne très souvent lieu à l'hydronéphrose : sur 62 femmes mortes de carcinome utérin, Sæxinger a constaté 28 fois l'hydronéphrose plus ou moins accusée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'hydronéphrose n'atteint généralement qu'un seul rein, le droit plus souvent que le gauche ; sur 52 cas relevés par Roberts, les deux reins n'étaient atteints que 20 fois simultanément. Lorsqu'un seul rein est affecté d'hydronéphrose, l'organe du côté opposé subit une hypertrophie compensatrice.

L'hydronéphrose est générale ou partielle, complète ou incomplète. L'hydronéphrose partielle peut être limitée à un seul calice, à une portion du rein très peu étendue, et simuler un kyste du rein. Lorsqu'elle porte sur tout le bassinet, la distension donne lieu à une tumeur sphéroïde faisant saillie au niveau du hile du rein. Le rein refoulé excentriquement et comprimé semble coiffer la tumeur; sa surface est tantôt unie, tantôt bosselée si les calices prennent part à la distension. La tumeur atteint souvent le volume d'une tête de fœtus ou d'adulte.

Le tissu rénal refoulé et comprimé ne tarde pas à s'enflammer; la néphrite commence dans ce cas dans les pyramides de Malpighi et elle ne s'étend qu'en dernier lieu à la substance corticale, contrairement à ce qui arrive dans la néphrite interstitielle primitive. Lorsque la distension du bassinet et des calices est considérable, la substance rénale s'atrophie (1) de plus en plus, elle n'est plus représentée dans les cas extrêmes que par une lame de quelques millimètres d'épaisseur. L'hydronéphrose apparaît alors sous la forme d'une tumeur volumineuse, bosselée, fluctuante, séparée en plusieurs loges par des cloisons fibreuses qui partent de la capsule.

Les uretères prennent souvent part à cette ectasie, ils peuvent atteindre le volume d'un intestin d'enfant et même former de véritables anses comme l'intestin.

La nature du liquide contenu dans la tumeur varie suivant la durée de l'hydronéphrose et suivant que l'obstacle au cours de l'urine est absolu ou incomplet. Au début, on retrouve toujours dans le contenu de la poche kystique les éléments constitutifs de l'urine (Rayer), le liquide kystique ne diffère guère de l'urine que par la présence d'une notable quantité d'albumine; plus tard, il devient gélatineux et prend une teinte jaunâtre due à la sécrétion du mucus par la muqueuse du bassinet; dans une troisième période, la muqueuse s'est atrophiée et, comme le parenchyme rénal ne donne

(1) On lira avec grand intérêt l'important article que MM. I. Straus et A. Germon viennent de publier dans les *Archives de physiologie* et où sont étudiées avec une minutieuse exactitude les lésions atrophiques du rein à la suite de la ligature d'un uretère. Cette atrophie serait simple et nullement d'origine inflammatoire.

plus lieu à aucune sécrétion, le contenu du kyste perd son apparence muqueuse pour devenir complètement séreux.

DESCRIPTION. — Les symptômes de l'hydronéphrose commençante sont généralement peu précis et dans beaucoup de cas n'attirent pas l'attention du malade; on observe quelquefois des douleurs qui rappellent celles de la colique néphrétique ou des hématuries légères.

Lorsque l'hydronéphrose a atteint un certain volume, le malade accuse parfois une sensation de tension, de pesanteur à la région lombaire; mais le seul signe caractéristique de l'hydronéphrose est l'apparition de la tumeur rénale.

Comme toutes les autres tumeurs du rein, la tumeur produite par l'hydronéphrose s'étend en haut vers l'hypochondre, en bas vers la fosse iliaque; lorsqu'elle est très volumineuse, elle repousse les intestins et occupe la plus grande partie de l'abdomen. A la palpation, qu'il est souvent nécessaire de pratiquer en faisant placer le malade sur ses mains et sur ses genoux, on constate la déformation de la région lombaire en même temps qu'on perçoit la fluctuation. Dans certains cas, la tumeur disparaît très rapidement tandis que le malade rend une quantité considérable d'un liquide plus ou moins filant et visqueux, renfermant peu d'urée et beaucoup d'albumine; peu après l'issue de ce liquide, on voit la tumeur se reformer: on a donné à cette forme le nom d'*hydronéphrose intermittente*, et Cole a bien montré qu'elle avait toujours pour cause une obstruction plus ou moins complète et *temporaire* des voies urinaires.

L'hydronéphrose, surtout lorsqu'elle n'atteint qu'un rein, ne donne lieu qu'à fort peu de symptômes généraux. Il n'y a pas de fièvre. La circulation n'est pas troublée en général, bien qu'on ait parfois signalé l'hypertrophie cardiaque (Coats). Cette hypertrophie cardiaque, surtout quand l'hydronéphrose est double, est aujourd'hui nettement confirmée par les observations de Cohnheim et de Straus.

L'hydronéphrose peut guérir complètement par la disparition de l'obstacle dont elle dépend, dans la grossesse par exemple, ou après l'expulsion d'un calcul arrêté dans les conduits excréteurs; si le rein n'a pas subi d'altérations trop considérables, toute trace de l'hydronéphrose disparaît. Mais le plus souvent la mort est la conséquence de l'hydronéphrose: tantôt le kyste s'enflamme et l'on voit survenir la pyélite; tantôt l'anurie amène la terminaison fatale au milieu de symptômes urémiques. Dans quelques cas on a observé la mort subite.

La guérison peut survenir lorsqu'un seul rein est atteint et que le kyste se vide spontanément ou à la suite d'une intervention chirurgicale; mais lorsque le rein opposé devient malade ou que l'hydronephrose est double, la terminaison fatale est la règle.

Le *diagnostic* de l'hydronephrose est fort obscur au début.

Lorsque la tumeur est formée, le meilleur signe de l'hydronephrose est la disparition rapide de la tumeur coïncidant avec une diurèse abondante ou avec le cathétérisme qu'il faut toujours faire dans ce cas; en dehors de cette condition, les méprises sont fréquentes. Il est facile de confondre l'hydronephrose avec un *kyste de l'ovaire*; on trouve, en effet, dans les deux cas les mêmes symptômes: tumeur unilatérale, se développant peu à peu, offrant une fluctuation facile à sentir à travers les parois de l'abdomen. La présence d'anses intestinales en avant de la tumeur ne peut pas servir de critérium, puisque le même phénomène se présente parfois avec le kyste de l'ovaire (Spencer Wells). On étudiera avec soin les conditions dans lesquelles l'affection s'est développée, les rapports que la tumeur affecte avec l'utérus, etc.; la ponction exploratrice et l'examen du liquide extrait par ce moyen rendent parfois des services, mais il faut bien se rappeler que, dans certains cas, le liquide de l'hydropisie rénale ne contient plus aucun des éléments de l'urine.

Le *traitement* de l'hydronephrose est purement palliatif dans la plupart des cas. Si l'on soupçonne l'enclavement d'un calcul dans l'uretère on peut, suivant le conseil de Roberts, soumettre la tumeur à des manipulations pour faire progresser le calcul; mais c'est là une méthode qui n'est pas sans danger, et il vaudrait sans doute mieux chercher à diminuer le spasme au moyen d'injections sous-cutanées de morphine (Lancereaux).

La ponction de la tumeur donne parfois de bons résultats en diminuant la pression dans l'intérieur du rein et en arrêtant les progrès de l'atrophie. Il faut reconnaître toutefois que, l'obstacle persistant, la tumeur se reproduit rapidement.

L'exploration du canal de l'urètre et de la vessie, à l'aide du cathétérisme, ne doit jamais être négligée; quand l'obstacle au cours de l'urine siège dans cette partie inférieure des voies urinaires, on peut obtenir de très bons résultats à l'aide des moyens dont la chirurgie dispose.

JOHNSON. Med. chir. Journ., 1818. — RAYER. Traité des maladies des reins, t. III. — GAUCHET. Union médicale, 1859. — HENNINGER. De l'hydronephrose ou hydropisie

du rein, th. de Strasbourg, 1852. — SEXINGER. Prager Viertelj., 1867. — SPENCER WELLS. Medical Times and Gazette, 1868. — MOREAU. Thèse de Paris, 1868. — ROBERTS. Brit. med. Journ., 1868. — HELLER. Hydronephrose der einen Nierenhälfte (Deuts. Arch. f. klin. Med., 1859). — ROSEINSTEIN. Virchow's Archiv, 1871. — NICAISE. De l'hydronephrose (Gaz. méd. de Paris, 1874). — T. COLE. A case of intermittent hydronephrosis (Brit. med. Journ., 1874). — BLONDEAU. Gazette des hôpitaux, 1874. — CHANDELUX. Contr. à l'étude des lésions rénales déterminées par les obstacles au cours de l'urine, th. de Paris, 1876. — COATS. Pyonephrosis and hydronephrosis (Glasgow pathol. and clin. Soc., 1879). — T. SAVAGE. Hydronephrosis; Nephrotomy; Recovery (The Lancet, 1880). — I. STRAUS. Arch. gén. méd., 1882.

CYSTITÉ.

La *cystite* est l'inflammation de la vessie. Elle est *aiguë* ou *chronique*.

CYSTITÉ AIGUE. ÉTIOLOGIE. — La cystite aiguë peut se développer spontanément sous l'influence du *froid* (cystite *a frigore*), mais c'est là un fait très rare. La cystite est souvent due à la *propagation* d'une blennorrhagie, à une *irritation directe* par des substances qui s'éliminent par l'urine (cantharides, cubèbe, balsamiques), par des calculs provenant des reins, par le cathéter, par des injections urétrales, par l'urine elle-même lorsqu'une affection de l'urètre, de la prostate, de la moelle épinière ou une maladie générale a amené la *stagnation* de l'urine dans la vessie et sa *décomposition ammoniacale*. Enfin l'inflammation vésicale aiguë peut être symptomatique de tubercules ou d'autres productions néoplasiques développées dans les parois du réservoir urinaire.

La cystite aiguë est superficielle, limitée à la muqueuse, ou bien l'inflammation atteint toutes les couches qui composent la paroi de la vessie; elle peut aussi être généralisée ou n'occuper qu'un point limité de la vessie et en particulier le trigone et le col de la vessie (*cystite du col*). Dans les cas assez rares dans lesquels on a pu observer les lésions de la cystite aiguë, on a généralement trouvé la capacité de l'organe augmentée, plus rarement diminuée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La muqueuse est hyperhémiciée dans toute son étendue ou présente seulement des plaques rouges et turgescences. Les glandes muqueuses sont tuméfiées, saillantes; la surface vésicale est recouverte d'un mucus opaque ou d'exsudations fibrineuses, grisâtres, superficielles ou profondes, analogues à la couenne d'un caillot sanguin (cystite cantharidienne, blennorrhagique). Lorsque l'inflammation est très vive, l'exsudat est parfois interstitiel et donne naissance à des ulcérations généralement peu

étendues, mais qui gagnent facilement les tissus sous-jacents; quelquefois même on a observé la gangrène (Chopart). Le plus souvent alors la cystite est traumatique et reconnaît pour cause soit la pression prolongée de la tête du fœtus sur les pubis, soit une opération sur les voies urinaires (taille, lithotritie). Dans les cas où l'inflammation est très vive, les parois vésicales sont indurées, épaissies, infiltrées de pus, ou bien elles renferment de petites collections purulentes qui peuvent décoller le péritoine et devenir le point de départ de péritonites mortelles (Valette).

DESCRIPTION. — La cystite aiguë, qu'elle soit généralisée ou partielle, limitée au col par exemple, donne lieu à deux ordres de phénomènes caractéristiques : la *douleur* et les *modifications de l'urine*.

L'intensité de la douleur est variable : d'abord sourde et profonde, elle devient souvent d'une acuité excessive; elle se limite à la région hypogastrique ou s'irradie vers la région périnéale ou le testicule. Le symptôme capital est le *ténésme vésical*, qui s'accompagne d'un besoin de miction impérieux se répétant à intervalles très rapprochés, parfois même de minute en minute : il y a alors une véritable incontinence continue (Fournier). C'est surtout au moment où les dernières gouttes d'urine sont évacuées que la douleur survient sous forme d'une épreinte convulsive excessivement pénible. L'hyperesthésie, due à l'inflammation, empêche toute tolérance de la vessie pour l'urine, et dès que quelques gouttes de liquide sont arrivées dans la vessie, le besoin de la miction se reproduit. La contraction spasmodique du col donne lieu à des tentatives d'expulsion involontaires et amène souvent le rejet de quelques gouttes d'un liquide blanchâtre, laiteux, qui détermine à son passage dans l'urètre une horrible sensation de brûlure. Il peut y avoir paralysie de la vessie, la rétention de l'urine se traduit alors par l'apparition d'une tumeur dure, piriforme, douloureuse, au-dessus du pubis.

L'urine est ordinairement diminuée de quantité surtout dans la cystite cantharidienne. Au début de la miction, l'urine est claire et transparente, puis elle devient blanchâtre et laiteuse, et son expulsion est suivie de l'écoulement d'un mucus plus ou moins épais, mélangé de sang, parfois même de sang pur. Dans la cystite cantharidienne l'urine contient souvent des lambeaux pseudo-membraneux (Morel-Lavallée).

Le plus souvent le malade reste sans fièvre. On observe en général

un peu de concentration du pouls, du malaise, de l'anxiété, de l'insomnie résultant du ténésme. L'appétit est diminué, la constipation est opiniâtre et s'accompagne souvent de ténésme rectal.

La cystite aiguë peut se terminer par suppuration ou gangrène; le plus souvent elle aboutit en quelques jours à une résolution complète. Dans quelques cas les symptômes persistent en diminuant d'intensité : la cystite devient *chronique*.

CYSTITES CHRONIQUES (*Catarrhe vésical*). — ÉTIOLOGIE. — La cystite chronique peut reconnaître pour causes la plupart des conditions que nous avons signalées dans la cystite aiguë, mais ce sont surtout les affections de la prostate et de l'urètre qui lui donnent naissance; aussi comprend-on facilement que la fréquence de la cystite augmente avec l'âge et que la maladie soit beaucoup plus commune chez l'homme que chez la femme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La capacité de la vessie est souvent diminuée dans la cystite chronique, la muqueuse est brunâtre ou grisâtre dans sa totalité ou seulement par places; elle est épaissie, bourgeonnante et ramollie, recouverte d'un mucus puriforme, de pus véritable ou d'exsudats fibrineux analogues aux pseudo-membranes diphthéritiques. L'urine, en séjournant dans la vessie, devient promptement ammoniacale; elle est fortement alcaline et laisse se déposer de nombreux cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien.

Les parois de la vessie sont le plus souvent hypertrophiées et sclérosées. L'épaississement, qui porte d'abord sur le tissu conjonctif sous-muqueux, atteint bientôt les fibres musculaires qui forment des colonnes saillantes (*vessie à colonnes*), limitent des excavations dans lesquelles l'urine stagne et se décompose. Au bout de quelque temps les fibres musculaires perdent leur contractilité, elles subissent une sorte de segmentation et de dégénérescence granulo-graisseuse et sont remplacées en dernier lieu par du tissu fibreux.

Dans les cas plus graves, ces lésions se compliquent d'ulcérations, de véritables fungus vésicaux vasculaires et friables, d'infiltration purulente des parois ou d'abcès sous-muqueux qui peuvent déterminer des péricystites avec fistules rectale, vaginale ou même externe, de gangrène limitée ou généralisée. Les reins sont rarement indemnes; ordinairement ils présentent les lésions de la pyélo-néphrite ou de la néphrite suppurée.

DESCRIPTION. — La *douleur* n'est plus dans la forme chronique le phénomène capital : le malade n'accuse qu'un peu de gêne et

de pesanteur au périnée et à la région hypogastrique; la dysurie est peu marquée et ne s'observe qu'au moment de l'émission des dernières gouttes d'urine; elle augmente parfois d'intensité à mesure que la maladie fait des progrès et donne lieu alors à des douleurs un peu plus vives.

Les *modifications de l'urine* sont plus importantes. Au début, lorsque les lésions sont peu marquées, l'urine est abondante, claire, acide, des dépôts floconneux de mucus se déposent seulement par le refroidissement. Bientôt l'urine devient trouble et laisse déposer un abondant sédiment muco-purulent, purulent ou gélatineux; ce dépôt devient visqueux par l'addition de l'ammoniaque en excès, et le microscope permet d'y reconnaître des globules de pus, des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, des cellules épithéliales et parfois des globules rouges plus ou moins altérés. La réaction de l'urine est toujours alcaline et son odeur ammoniacale, ce qui tient à la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque, transformation qui est probablement due à l'introduction de ferments dans la vessie par les sondages répétés.

La marche de la cystite chronique est essentiellement lente; sa durée est souvent de plusieurs années. Lorsque l'obstacle qui s'opposait au cours de l'urine peut être levé, la maladie guérit parfois rapidement, comme cela se voit à la suite des opérations d'uréthrotomie, de lithotritie ou de taille. Dans le cas contraire, les malades présentent au bout d'un certain temps les symptômes caractéristiques des suppurations chroniques; ils deviennent pâles et blafards, leurs forces diminuent, l'appétit disparaît, et comme les malades sont forcés d'uriner souvent, leur sommeil est troublé et peu réparateur. La cachexie ainsi produite suffit parfois pour amener la mort; le plus souvent, lorsque la terminaison doit être fatale, on observe les symptômes d'une *fièvre urineuse* ou *uroseptique*, que l'on a rapportée à l'*ammoniémie*; cette fièvre, qui débute par un frisson intense et qui affecte fréquemment un type intermittent, amène parfois la mort en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

DIAGNOSTIC. — La cystite *aiguë* présente des symptômes trop caractéristiques pour qu'il soit possible de la méconnaître, et l'hésitation, lorsqu'elle existe, n'est jamais de longue durée. La *prostatite aiguë*, avec laquelle on pourrait à la rigueur confondre la cystite aiguë et en particulier la cystite blennorrhagique, ne s'accompagne pas de ténésme vésical; le ténésme rectal est au contraire très accusé; la prostatite ne modifie pas la composition de l'urine; la douleur à

laquelle elle donne lieu s'irradie vers l'anus et augmente par les mouvements et surtout pendant la défécation. Il existe une tumeur très douloureuse de la prostate, facilement appréciable au toucher rectal; enfin la prostatite s'accompagne de dysurie, de rétention d'urine, de symptômes généraux fébriles.

Le diagnostic de la cystite *chronique* présente aussi peu de difficultés. Lorsque l'urine contient du pus, il importe de savoir si ce pus provient de l'urèthre, de la vessie ou des conduits urinaux sous-vésicaux. Lorsque le pus provient de l'urèthre, il est toujours expulsé avec les premières gouttes d'urine. D'après Mercier, on peut s'assurer si le pus vient de la vessie ou des reins, en lavant la vessie avec une sonde à double courant et en recueillant l'urine quelques instants après: si elle contient du pus, il admet, d'après la rapidité de cette formation, que celui-ci a une origine rénale.

TRAITEMENT. — Dans la cystite aiguë on emploiera les antiphlogistiques; on appliquera quinze à vingt sangsues au périnée ou même on pratiquera une saignée générale. Les grands bains produisent d'excellents résultats et l'on doit toujours y avoir recours, même lorsque la cystite est d'intensité moyenne: on prescrit alors le repos complet, des boissons émoullientes (graine de lin, chiendent) ou gazeuses, une diète légère, des topiques calmants sur la région hypogastrique. On peut aussi avoir recours aux opiacés pour calmer la douleur. Le baume de copahu est spécialement indiqué dans la cystite blennorrhagique; malheureusement son action n'est pas constante (Fournier). Dans la cystite cantharidienne c'est le camphre, en potion ou en lavement, qui réussit le mieux. On aura toujours le soin d'examiner la vessie, et, s'il y a rétention, on pratiquera le cathétérisme malgré les inconvénients qu'il présente. On surveillera avec soin la période de déclin de la cystite pour s'opposer à ce qu'elle passe à l'état chronique.

La cystite chronique étant le plus souvent symptomatique, il faut avant tout s'attaquer à la maladie primitive (calculs vésicaux, rétrécissements uréthraux, etc.). La vessie sera vidée souvent pour éviter la décomposition ammoniacale de l'urine; en même temps on aura recours aux astringents (alun, acétate de plomb, tannin) ou aux balsamiques (copahu, térébenthine, eau de goudron). Certaines eaux minérales semblent agir à la fois sur le catarrhe vésical et sur la santé générale et doivent être conseillées (Vichy, Ems, Contrexéville). L'acide benzoïque a été préconisé depuis quelques années: d'après Gosselin et Albert Robin, il forme un hippurate d'ammo-

niaque beaucoup moins toxique que le carbonate, retarde la décomposition ammoniacale de l'urine et empêche la formation des dépôts phosphatiques, point de départ des calculs. La médication lactée donne parfois de très bons résultats.

Les injections détersives ou médicamenteuses ont été conseillées contre la cystite chronique. Pour les premières on emploie l'eau tiède ou froide, pour les secondes on se sert du tannin, du goudron, de la teinture d'iode, du silicate de soude, du sulfate de zinc, du nitrate d'argent, etc.

Le régime doit être l'objet d'une attention spéciale. On proscriera les excitants, le thé, le café, la bière, etc., et par une diète alimentaire bien choisie on soutiendra les forces des malades (viandes saignantes). On y joindra le vin de quinquina, le fer, etc.

MOREL-LAVALLÉE. Cystite cantharidienne (Arch. gén. de méd., 1856). — BAIZEAU. Gazette des hôpitaux, 1861. — MERCIER. Rech. sur le trait. des maladies des organes génito-urinaires. — A. FOURNIER. Art. Blennorrhagi, in Nouv. Dict. de méd. et de chir. pr., 1866. — URBANEK. Cystitis Crouposa (Wien. med. Presse, 1867). — DUBRUEIL. Injections de sulfate de soude dans la vessie, etc. (Gaz. des hôp., 1872). — VALETTE (de Lyon). Art. Cystite, in Nouv. Dict. de méd. et de chirurg. pr., 1872. — TILLAUX. Sur le traitement de la cystite chronique du col (Bull. de therap., 1873). — A. PERRIN. De la cystite dans la blennorrhagie, th. de Paris, 1874. — GOSSELIN et A. ROBIN. Traitement de la cystite ammoniacale par l'acide benzoïque (Arch. gén. de méd., 1874). — LUBANSKI. Cystite rebelle (Lyon médical, 1874). — KIRMISSON. Bull. de la Soc. anat., 1875. — DU CAZAL. Cystite chronique compliquée de la présence d'organismes inférieurs dans la vessie (Gaz. heb., 1877).

PHLEGMON HYPOGASTRIQUE.

Synonymie : *Plegmon sous-péritonéal, pré-péritonéal, prévésical, de la cavité de Retzius.*

Le *phlegmon hypogastrique* est l'inflammation du tissu cellulaire situé en avant et autour de la vessie, dans les points où celle-ci n'est pas tapissée directement par le péritoine. Ce tissu cellulaire remplit une cavité bien décrite par Retzius, qui s'étend depuis les replis demi-circulaires de Douglas jusqu'au plancher du bassin où elle communique avec le tissu cellulaire périvésical et périrectal : la loge pré-péritonéale doit être considérée comme un espace surmonté d'une arcade à concavité inférieure et à piliers latéraux assez courts (Gérardin, Bouilly).

HISTORIQUE. — L'histoire du phlegmon hypogastrique est de date récente. Les quelques observations que l'on trouve depuis

Fabrice de Hilden et Van Swieten jusqu'à Dance (1832), sont beaucoup trop vagues pour qu'on puisse sûrement les rapporter à l'inflammation de la cavité prévésicale. En 1850, Bernutz publia un important travail sur les phlegmons de la paroi antérieure de l'abdomen, auxquels il attribuait comme siège le *fascia propria* qui double le péritoine. En 1862, Constantin Paul fit connaître les recherches anatomiques de Retzius, telles que Hyrtl les avait communiquées à l'Académie des sciences de Vienne, et sépara nettement les phlegmons hypogastriques des autres inflammations des tissus voisins. Quelques années plus tard, Labuze, Gallasch, Vaussy apportaient de nouveaux faits; en 1877, M. Vallin communiqua à la Société médicale des hôpitaux une observation curieuse de phlegmon hypogastrique et, dans la discussion qui suivit, l'un de nous cita un cas analogue. La même année, M. Arnould étudiait avec soin l'étiologie de ces phlegmons sur lesquels Reliquet publia également une note en 1878. Plus récemment encore, Castaneda y Campos et A. Gérardin ont consacré leurs thèses inaugurales à ce sujet, et M. Bouilly a très bien résumé, dans sa thèse d'agrégation, l'histoire des inflammations de la cavité de Retzius.

ÉTIOLOGIE. — On a distingué les phlegmons hypogastriques en phlegmons *spontanés* et *idiopathiques* et en phlegmons *symptomatiques* ou *propagés*.

Le phlegmon hypogastrique est une affection assez rare; Bouilly n'a pu en recueillir que 43 cas dont 27 sont idiopathiques et 16 seulement symptomatiques.

L'âge a une influence marquée sur la production du phlegmon hypogastrique idiopathique; le maximum de fréquence de cette affection tombe entre vingt-deux et vingt-cinq ans. Le sexe joue également un rôle important, puisque sur 27 cas les femmes n'ont été atteintes que 4 fois (Bouilly). Pour le phlegmon symptomatique l'importance de l'âge et du sexe est fort diminuée.

Le *traumatisme* a été observé comme cause du phlegmon hypogastrique dans un certain nombre de cas. Les blessures de la région hypogastrique par de petits projectiles ont parfois donné lieu au développement du phlegmon (Larrey, Bousquet in Gérardin).

Des *troubles digestifs* variés : dysenterie, coliques violentes, constipation, dyspepsie ancienne, etc., ont souvent précédé l'apparition de l'inflammation et semblent avoir avec elle des rapports de cause à effet (Bernutz, Guyon, Gérardin); pour Arnould les troubles digestifs qui surviennent chez les jeunes soldats sous l'influence du