

SECTION XXXIX.

MALADIES DE LA VESSIE.

CHAPITRE I.

VICES DE CONFORMATION DE LA VESSIE.

EXTROVERSION DE LA VESSIE.

Parmi les vices de conformation de la vessie, le seul qui offre un certain intérêt, au point de vue chirurgical, est celui dans lequel l'organe est réduit à sa moitié postérieure, la paroi antérieure et la portion correspondante de la paroi abdominale faisant complètement défaut. On l'a également désigné sous les noms de *hernie de la vessie*, *inversion congénitale*, *castration*. Les uns l'attribuent à un arrêt de développement de l'organe, d'autres à une maladie du fœtus.

Les sujets atteints d'extroversion de la vessie présentent à la partie antérieure et inférieure de l'abdomen une tumeur plus longue que large, située au-dessus du pubis, entre ces os et même au-dessous, tantôt proéminente, tantôt sur le même plan que les téguments de l'abdomen, quelquefois déprimée; de couleur rouge vif. Cette tumeur, que l'on peut souvent repousser en arrière, est formée par la muqueuse de la face postérieure de la vessie; elle est surmontée de deux tubercules percés d'un orifice, qui répondent au lieu d'abouchement des uretères. La dissection de cette tumeur démontre que la paroi vésicale qu'elle représente est plus épaisse que dans l'état normal; la muqueuse qui la forme en avant se continue avec la peau de l'abdomen, le péritoine la tapisse en arrière. Les uretères décrivent un trajet rectiligne ou sinueux; ils ont leur volume normal, ou bien, au contraire, sont dilatés. La cicatrice ombilicale fait défaut la plupart du temps; lorsqu'elle existe, elle est plus marquée du côté de la face postérieure de la paroi abdominale antérieure, plus ou moins rapprochée de la tumeur vésicale. La veine ombilicale est plus longue; les artères ombilicales sont grêles et courtes; l'ouraqué manque souvent. Chez l'homme, il y a absence totale de verge, ou bien cet organe existe sous la forme d'un tubercule de 4 à 6 centimètres de longueur, creusé d'une gouttière à sa face supérieure et terminée par le gland. Dans le fond de la gouttière urétrale sus-pénienne se voient d'avant en arrière la fosse naviculaire, les lacunes de Morgagni, le veru-montanum, l'orifice des conduits éjaculateurs. Le scrotum présente les dimensions normales ou bien est atrophié; les testicules occupent tantôt dans les bourses, tantôt la cavité abdominale;

ils sont le plus souvent atrophiés. Les canaux déférents s'ouvrent dans les vésicules séminales, ou bien dans l'urètre, lorsque les vésicules manquent. La prostate n'existe pas chez certains sujets, ou bien elle est atrophiée; les corps caverneux de la verge sont tantôt réunis au niveau du gland, tantôt complètement séparés. Chez la femme, les organes génitaux sont absents ou présentent des anomalies diverses de conformation. Chez les sujets des deux sexes, les pubis sont écartés, réunis par un ligament; le périnée est plus large qu'à l'état normal, l'anus souvent porté en avant; on a vu le rectum s'ouvrir à la surface de la tumeur vésicale.

Jusque dans ces dernières années, on s'est borné à conseiller, dans l'extrophie de vessie, des bandages ou des appareils propres à empêcher l'écoulement incessant de l'urine sur la peau et les vêtements. Il en existe plusieurs, proposés par Pipelet, Jurine, Dubois, Dupuytren. Plus récemment, on a cherché à améliorer l'état des malades par des opérations auto-plastiques, dont l'initiative appartient à Gerdy, qui a été suivi dans cette voie par J. Roux, A. Richard, Sédillot:

Gerdy a proposé d'aviver les bords de la plaie et de les réunir au moyen d'une suture enchevillée jusqu'au pubis. Si la tumeur est considérable, on la refoule du côté de l'abdomen, on dissèque la peau et l'on en affronte les bords au moyen de la suture enchevillée; puis on développe peu à peu la cavité de la vessie ainsi formée au moyen d'une vessie artificielle qu'on introduit vide dans la cavité de la première et qu'on insuffle. Pour obtenir ultérieurement la fermeture de l'urètre sus-pénien, on en avive les bords latéraux et on les réunit sur une sonde par la suture enchevillée.

J. Roux (de Toulon) a pratiqué en 1832 l'opération suivante: il a pris, sur la peau du scrotum, un lambeau qu'il a relevé du côté de l'abdomen et renversé au-devant de la muqueuse vésicale, de manière à opposer à cette dernière la surface épidermique et à en fixer les bords dans une incision demi-circulaire pratiquée aux téguments de l'abdomen. Un peu plus tard, la verge fut dégagée du bord inférieur du lambeau, et quoique ce dernier fût atteint de gangrène dans une certaine étendue et qu'il fût conséquemment transformé en une sorte de corde qui ne couvrait qu'imparfaitement la paroi vésicale, néanmoins le malade put se servir d'un réceptacle de caoutchouc vulcanisé pour retenir les urines.

La tentative de A. Richard a été moins heureuse pour le patient, car celui-ci a succombé à une péritonite. L'opération a consisté à tailler un grand lambeau *scrotal* qui a été appliqué après dissection et en le relevant, *sans le renverser*, sur un lambeau *abdominal renversé de haut en bas*, au-devant de l'extrophie; de cette façon, la face épidermique du lambeau abdominal était en contact avec la muqueuse vésicale, et les deux lambeaux en rapport direct par leur *face sanglante*; quelques points de suture entrecoupée ont suffi pour les fixer.

Sédillot a proposé de tailler un petit lambeau, de 1 centimètre de largeur, sur les trois quarts inférieurs de la circonférence de la tumeur vésicale, de disséquer cette bandelette cutanée et de la renverser en dedans vers la ligne médiane, de manière à en *tourner la face épidermique en arrière* et la *face*

sanglante en avant; de détacher alors de la paroi abdominale un lambeau de grandeur suffisante pour recouvrir tout ce qui reste encore à découvert de la muqueuse, et d'en affronter les bords avec ceux de la bandelette tégumentaire. On ramènerait ensuite sur les surfaces saignantes un vaste lambeau scrotal, dont la base s'élèverait de chaque côté au niveau de la partie supérieure de la tumeur; la verge serait dégagée sous la lèvre inférieure du lambeau.

CHAPITRE II.

BLESSURES DE LA VESSIE.

I. PLAIES DE LA VESSIE.

Variétés. Ces plaies sont faites par des instruments piquants ou tranchants, par des armes à feu; quelquefois par le chirurgien lui-même dans le but d'extraire un calcul vésical, ou de livrer passage à l'urine. Elles ont lieu beaucoup plus fréquemment dans l'état de plénitude que dans l'état de vacuité de l'organe, ce qui tient à ce que, dans le premier cas, la vessie, remontant derrière la paroi abdominale est plus accessible à l'action des instruments vulnérants. C'est le plus souvent par l'hypogastre que ces instruments pénètrent, quelquefois par le périnée ou même par les cavités muqueuses voisines, le rectum, le vagin. Dans quelques cas, la blessure est produite par des instruments qui ont été au préalable introduits dans l'intérieur de l'organe: c'est ce qui arrive parfois dans l'opération de la lithotritie. Le plus souvent, la plaie est unique, c'est-à-dire qu'elle n'intéresse qu'une des parois de la vessie; quelquefois l'organe est traversé de part en part. Une distinction des plus importantes au point de vue des suites de la lésion, c'est que tantôt celle-ci atteint une portion de vessie recouverte par le péritoine, tantôt une partie de l'organe située en dehors de la cavité péritonéale.

Symptômes. Ils sont rationnels ou sensibles: aux premiers se rapportent le siège de la plaie extérieure, au niveau de l'hypogastre, du périnée, etc.; une douleur vive sur tout le trajet des voies urinaires et jusqu'au gland, parfois des érections, des urines en petite quantité et sanguinolentes, des besoins fréquents pour uriner. L'écoulement de l'urine par la plaie extérieure est un signe sensible d'une grande valeur; l'examen de la vessie par le cathétérisme permet de reconnaître qu'il n'existe dans l'organe qu'une petite quantité d'urine mélangée de sang. Lorsqu'il y a perforation simultanée de la vessie et du rectum, comme cela s'observe dans les plaies par armes à feu, l'urine s'écoule par l'anus avec les matières fécales; quelquefois ces dernières ou des gaz stercoraux s'échappent par l'urètre. A ces phénomènes locaux s'ajoutent des symptômes généraux analogues à ceux qu'on rencontre dans toutes les plaies de l'abdomen.

Marche. Terminaisons. Lorsque la plaie de la vessie communique avec

le péritoine, l'urine s'épanche dans ce dernier et détermine bientôt tous les accidents d'une péritonite suraiguë. Quand le péritoine n'a pas été lésé, les phénomènes se passent différemment, suivant les dispositions de la blessure. Si la plaie extérieure est plus grande que celle de la vessie et si le trajet entre les deux orifices est direct, l'urine continue à s'écouler à l'extérieur et toute infiltration de ce liquide est prévenue. Si, au contraire, la plaie extérieure présente des dimensions plus petites que la plaie vésicale, si le trajet n'est pas direct, l'urine s'infiltré dans le tissu cellulaire du bassin, du périnée, des aines, des bourses, etc., d'après le point de la vessie qui a été blessé. Dans les plaies de la vessie par armes à feu, l'urine ne s'infiltré pas dans le tissu cellulaire pendant la première période, en raison du gonflement inflammatoire; cet accident arrive plus tard. Dans tous les cas, les conséquences de l'infiltration varient d'après son siège et d'après son étendue; remonte-t-elle dans l'intérieur du bassin, sur les côtés de la colonne vertébrale ou derrière la paroi abdominale antérieure, les malades succombent promptement; reste-t-elle limitée au périnée ou aux bourses, les blessés peuvent survivre.

Alors même que le malade échappe aux accidents inflammatoires, il conserve parfois des fistules urinaires dont l'orifice s'ouvre à l'extérieur ou dans les organes voisins, le rectum, le vagin.

Complications. Il suffit de mentionner les lésions des parties molles et dures voisines; la possibilité d'une hémorragie produite par la blessure d'un vaisseau du bassin ou de la vessie elle-même; le sang peut, dans ces circonstances, s'écouler à l'extérieur ou s'accumuler dans le réservoir urinaire. Un accident propre aux plaies par armes à feu est la présence d'un corps étranger dans la vessie: des balles ou autres projectiles de guerre, des portions d'os détachées de la ceinture osseuse du bassin. Ces corps étrangers se comportent différemment selon les cas. Les petites balles, ou les grains de plomb, sont quelquefois expulsés au dehors par le canal de l'urètre; les projectiles plus volumineux, tels que les balles entières, irritent la vessie, en produisent parfois l'ulcération, d'où passage du corps étranger dans le tissu cellulaire du bassin et infiltration d'urine. Dans quelques cas, la balle gagne la région périnéale, donne lieu à un abcès gangréneux, et se fait jour au dehors; on l'a vue expulsée par le rectum. Chez d'autres malades, le projectile devient le noyau d'un calcul.

Diagnostic. Le siège de la plaie extérieure, l'état de plénitude de la vessie au moment de la blessure, les troubles dans l'excrétion urinaire, sont des présomptions seulement. Le seul signe pathognomonique est l'écoulement de l'urine par la plaie extérieure et l'absence d'une notable quantité de ce liquide dans la vessie, ce dont il est facile de s'assurer en pratiquant le cathétérisme et en tenant compte du moment de la dernière miction.

Pronostic. Il est toujours grave; beaucoup plus, quand la plaie communique avec le péritoine que lorsqu'elle en est indépendante; en cas de plaie double, que de plaie unique; de plaie simple, que de plaie compliquée d'une lésion des organes environnants.