

charnues hypertrophiées, par des replis de la muqueuse vésicale ou par des productions accidentelles.

Mode de production. On s'explique la formation des cellules vésicales par le mécanisme suivant : les parois vésicales s'hypertrophient ; les faisceaux charnus, accrus de volume, s'isolent et laissent entre eux des intervalles à travers lesquels la muqueuse s'insinue pendant les contractions de la vessie. Cette hypertrophie des parois vésicales est elle-même occasionnée par des contractions exagérées de la vessie, chez les sujets qui sont affectés de rétention d'urine.

Marche. Terminaisons. Toutes les fois qu'il existe des cellules vésicales, l'urine stagne dans ces cavités ; de là des inflammations qui peuvent aller jusqu'à l'ulcération des parois de la poche accidentelle, et comme conséquences, des infiltrations d'urine, des communications anormales de la vessie avec les organes voisins, colon, rectum, etc. Ajoutez que le séjour prolongé de l'urine favorise la formation de calculs dans ces poches.

Diagnostic. Il est difficile : les cellules sont presque impossibles à reconnaître lorsqu'elles occupent la face postérieure de la vessie ; plus faciles à apprécier quand c'est en bas vers le rectum ou en haut vers l'hypogastre. Les malades urinent le plus souvent avec lenteur ; après avoir expulsé une certaine quantité de liquide, ils éprouvent de nouveaux besoins d'uriner, surtout en pressant l'abdomen, ce qui provoque la sortie d'une nouvelle quantité d'urine. Quelquefois, en palpant l'hypogastre, on sent des bosselures. On observe aussi des irrégularités et des intermittences dans l'expulsion des dépôts que l'urine forme souvent dans les cellules.

En explorant la vessie avec une sonde, on constate que l'urine sort, à de courts intervalles, par jets interrompus, que l'écoulement du liquide paraît en exerçant une pression sur l'hypogastre, ou en faisant incliner le malade à droite et à gauche. Pour mieux juger du mode d'excrétion de l'urine, il convient d'injecter de l'eau dans la vessie.

Traitement. Il comporte les indications suivantes : détruire les obstacles à l'excrétion de l'urine ; si l'urètre est libre, favoriser l'expulsion de l'urine et des dépôts lithiques, muqueux ou purulents, par des injections intravésicales et une compression méthodique sur les parois abdominales.

ARTICLE II.

Fongus de la vessie.

On désigne sous ce nom des tumeurs de nature variable, qui naissent de la face interne de la vessie, et que l'on a comparées aux polypes des fosses nasales, du vagin et du rectum (Boyer).

Anatomie pathologique. Ces tumeurs siègent le plus souvent au voisinage du col de la vessie, à la partie antérieure du trigone vésical, sur les côtés ou à la partie supérieure de l'orifice interne de l'urètre. On en trouve aussi dans le corps de l'organe, à la face postérieure et vers le bas-fond, au sommet, à la face antérieure. Le mode d'insertion en est variable :

tantôt la tumeur est pourvue d'un pédicule plus ou moins grêle se continuant avec la muqueuse vésicale ; tantôt elle offre une base plus ou moins large qui envoie des racines dans l'épaisseur des tuniques de la vessie.

La forme est subordonnée au mode d'insertion : les fungus pédiculés ressemblent à une verrue, à des tubercules, à des touffes fibreuses ; les fungus à large base présentent l'aspect d'un champignon, d'un chou-fleur, d'un cône très-régulier, ou d'une masse bosselée, ramense, tuberculeuse, etc. Le volume est variable : au col de la vessie, il égale celui d'un grain de raisin, d'une cerise, d'une fève, d'un pois, d'une noisette, d'une noix, d'un œuf, du poing ; dans le corps de l'organe, ce sont de petites granulations ou des masses assez considérables pour occuper la moitié de la vessie ou la vessie presque entière, et comme intermédiaires, des productions grosses comme une pomme ou un œuf de poule. Au début, il n'existe qu'une seule tumeur ; plus tard, le nombre en est quelquefois considérable, surtout dans le corps de l'organe, où les fungus se réunissent parfois en plaques ou en champignons. Dans tous les cas, la consistance en est peu prononcée, à tel point que ces tumeurs se rompent et se déchirent avec la plus grande facilité.

Causes. Les fungus de la vessie sont moins communs chez la femme que chez l'homme ; on les rencontre rarement aussi chez les enfants. Le plus souvent, ils se développent chez les calculeux, chez les individus atteints d'engorgement de la prostate, d'irritations ou de phlegmasies chroniques de la vessie. Dans quelques cas, il n'existe aucune lésion concomitante du réservoir urinaire ; les fungus sont quelquefois accompagnés d'une névralgie du col de la vessie, sans qu'il soit possible de préciser les rapports entre ces deux affections (Civiale).

Symptômes. Chez la plupart des sujets atteints de fungus volumineux, l'excrétion de l'urine est difficile ; elle devient même impossible lorsque la tumeur s'engage dans l'urètre. Chez d'autres, on observe une incontinence d'urine résultant de ce que le liquide filtre entre la tumeur et les parois du col vésical. Quelquefois il n'existe aucun trouble dans la miction. On observe souvent des hématuries répétées et opiniâtres, soit spontanément, soit après l'introduction d'une sonde dans la vessie ; des douleurs au col vésical à la fin de la miction, ou pendant la marche. Lorsqu'on touche la tumeur avec des instruments explorateurs, on ne développe pas de douleur vive. Chez la femme, certains fungus du col de la vessie font issue par le méat urinaire ; dans les deux sexes, des portions de fungus détachées de la masse sortent parfois avec l'urine ; ce liquide répand une odeur fétide insupportable. La plupart de ces symptômes n'ont qu'une valeur médiocre ; ils ont de la ressemblance avec ceux des calculs vésicaux, d'autres affections de la vessie, de la prostate ou même des reins. Pour déterminer la nature de l'affection, il faut explorer la vessie avec des instruments variés. On peut se servir du trilabe, du lithoclaste, d'une sonde à petite courbure, de bougies molles ; toutefois il est nécessaire d'avoir une grande habitude pour acquérir par ces explorations les connaissances relatives non-seulement à l'existence, mais encore au siège et au volume de la tumeur.

Traitement. Il est curatif ou palliatif.

Civiale a proposé quatre méthodes pour la guérison des fongus : la ligature, l'arrachement, l'écrasement et la cautérisation.

La *ligature* est applicable aux tumeurs pédiculées; on peut l'exécuter en portant une anse de fil sur ce pédicule, au moyen du trilabe ou d'un instrument à deux branches. Le manuel opératoire présente de grandes difficultés en raison de la situation profonde de la tumeur. L'*arrachement* se pratique de la manière suivante : on commence par injecter de l'eau dans la vessie pour écarter les parois de l'organe; on y introduit le trilabe, qu'on ouvre largement et qu'on ramène ensuite à soi, comme pour le retirer. Dès que la tumeur est engagée dans l'instrument, on rapproche les branches; si celles-ci ne sont pas trop écartées pour traverser l'urètre, on porte le trilabe brusquement en avant; en cas contraire, on communique au trilabe un mouvement de propulsion en arrière vers le sommet de la vessie (Civiale). Dans le procédé de l'*écrasement*, on saisit le fongus avec la pince du litholabe et on le broie par la pression réunie des branches et de la tête du lithotriteur : de la même manière que lorsqu'on veut écraser un petit calcul ou un fragment de pierre. Pour la *cautérisation*, Civiale porte sur le point d'implantation de la tumeur une bougie dont l'extrémité est imprégnée de poudre de nitrate d'argent.

Lorsqu'on ne juge pas convenable d'entreprendre la cure radicale d'un fongus de la vessie, il faut se contenter de remédier aux difficultés d'uriner. On pratique le cathétérisme avec les mêmes précautions que dans les engorgements prostatiques, afin d'éviter les fausses routes. Si la miction se rétablit immédiatement après, on s'en tient à cette première opération, sinon on y revient aussi souvent qu'il est nécessaire, ou bien encore on fait porter une sonde à demeure. Dans quelques cas, l'introduction de l'instrument est très-difficile et le chirurgien est contraint, pour faire cesser les accidents de la rétention d'urine, de faire la ponction de la vessie.

ARTICLE III.

Cancer de la vessie.

Le cancer se développe primitivement dans la vessie, ou bien il résulte de la propagation à ce viscère d'une dégénérescence ayant pris son point de départ dans un organe voisin : utérus, vagin, rectum, prostate. Il ne sera question ici que du cancer *primitif*.

Anatomie pathologique. La forme la plus commune est l'encéphaloïde; plus rarement c'est du tissu squirreux ou gélatiniforme. D'après Lebert, le point de départ du mal est le tissu cellulaire sous-muqueux. Le *siège* le plus fréquent est le bas-fond et la face postérieure de l'organe; ensuite vient la face antérieure, puis le col. A une époque avancée de la maladie, les parois de l'organe présentent parfois une épaisseur considérable; le tissu encéphaloïde forme des champignons plus ou moins volumineux. Ce n'est que plus tard encore que des dépôts cancéreux se voient à la

surface péritonéale de la vessie et dans le petit bassin. Quelquefois des parcelles, détachées de la masse cancéreuse, sont entraînées avec les urines. Lorsque l'orifice de l'urètre est obstrué par la production morbide, ce conduit se dilate quelquefois jusqu'au bassinet.

Symptômes. Ils sont obscurs au début : les malades accusent des douleurs dans la région hypogastrique, bornées à la vessie, le plus souvent sourdes, ayant quelquefois les mêmes caractères que dans d'autres maladies vésicales, jamais *lancinantes* d'après Civiale. Il y a des troubles dans l'émission des urines, des besoins fréquents d'uriner, une miction involontaire; lorsque la tumeur s'applique sur le col de la vessie, il peut y avoir rétention complète d'urine. Celle-ci est tantôt normale, tantôt présente les caractères du catarrhe vésical; parfois elle exhale une odeur *cadavéreuse*. Dans quelques cas, on observe la sortie par l'urètre d'une quantité variable de matière cérébriforme. Chez quelques sujets on constate à l'hypogastre une tumeur arrondie, douloureuse à la pression, rénitente, persistant après l'émission de l'urine et remontant graduellement vers l'ombilic. L'hématurie ne s'observe qu'à une période avancée de l'affection (Lebert). Alors aussi surviennent les accidents généraux inhérents à toute maladie cancéreuse. Le sujet succombe aux progrès de la cachexie, à une péritonite déterminée par la perforation de la vessie, ou même sans solution de continuité de cet organe.

Diagnostic. Il est difficile, la plupart des symptômes pouvant se montrer dans des affections autres que le cancer. Les explorations de la vessie avec la sonde sont parfois impossibles, et, quand on peut les pratiquer, elles apprennent bien l'existence d'une tumeur, sans en révéler la nature, à moins qu'on ne ramène dans le bec de la sonde des fragments de la production morbide, qu'on peut soumettre à l'analyse histologique. On a avancé que, dans le cancer de la vessie, une sonde d'argent introduite dans le réservoir urinaire noircit; mais le même phénomène s'observe dans les cas de catarrhe vésical avancé. On a aussi signalé la possibilité de confondre le cancer de la vessie à forme dure avec un calcul.

Causes. Le cancer *primitif* de la vessie est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, et se développe surtout après l'âge de quarante ans.

Traitement. Il ne peut être que palliatif, le cancer de la vessie se terminant constamment par la mort, dans l'espace de quelques mois : sédatifs généraux et locaux, cathétérisme prudent et injections intravésicales pour faciliter l'émission de l'urine, déterger la surface interne de la vessie, entraîner ou extraire des caillots sanguins ou même des débris cancéreux.

ARTICLE IV.

Tumeurs diverses de la vessie.

(a) Les *POLYPES* de la vessie ont été signalés par Marc-Antoine Petit, Chopart, Baillie, Nicod, Mercier, etc. Ils sont mous et vasculaires, ou bien fibreux et même fibro-cartilagineux. Leur siège de prédilection est le col