

La plupart des maladies des reins sont du ressort de la médecine proprement dite ; les maladies chirurgicales sont : la contusion, les plaies du rein et l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure cet organe.

1° Contusion et plaies contuses. — La contusion et même la déchirure du rein peuvent résulter d'un choc violent ou d'une chute d'un lieu élevé.

Deux symptômes peuvent faire soupçonner cette lésion : la *douleur* au niveau du rein et le pissement de sang, *hématurie*. Nous disons soupçonner, car on ne peut jamais avoir de certitude complète.

Cette lésion est très-grave ; la néphrite vient souvent la compliquer. Quelquefois, l'urine s'infiltré dans le tissu cellulaire et détermine une inflammation gangréneuse.

On traite le malade par le repos, la diète, les antiphlogistiques ; on surveille aussi la rétention d'urine, qui peut être causée accidentellement par un caillot sanguin.

2° Plaies du rein. — Le rein peut être blessé par la partie postérieure, sans lésion concomitante du péritoine, ou par la partie antérieure, avec lésion du péritoine. On comprend que, dans ce dernier cas, il y ait complication de péritonite traumatique.

Les *symptômes* qui peuvent faire soupçonner une plaie sont les suivants : *douleur* vive au niveau du rein blessé, s'irradiant vers le pli de l'aîne ; souvent, *rétraction du testicule* ; quelquefois, *hématurie*, et, en même temps, *écoulement d'urine et de sang* par la plaie extérieure ; enfin, tous les symptômes du traumatisme profond : petitesse du pouls, pâleur, etc.

Il y a souvent *rétention d'urine*, mais elle est passagère ; elle est due à la présence d'un caillot qui oblitère l'orifice vésical de l'urètre et se laisse facilement repousser et briser par une sonde.

L'inflammation et l'infiltration urineuse déterminent souvent la mort du malade ; la péritonite est presque toujours mortelle.

On ne peut jamais arriver à une certitude absolue, comme *diagnostic*, parce que les mêmes symptômes peuvent être fournis par une plaie de l'uretère ou de la vessie.

Le *pronostic* est des plus graves ; cependant, on a vu des malades guérir après une longue suppuration.

Le *traitement* consiste à surveiller la rétention d'urine, à retirer les corps étrangers, si cette extraction est facile, à s'opposer à l'hémorrhagie, si elle est abondante, et à conjurer l'infiltration par des moyens antiphlogistiques.

Les *plaies par armes à feu* sont aussi fort graves ; cependant, il faut dire qu'on n'a observé l'infiltration urineuse que dans des cas extrêmement rares.

3° Phlegmon et abcès périnéphrétique. — L'inflammation affecte quelquefois le tissu cellulaire, l'*atmosphère graisseuse* qui entoure le rein.

Les causes les plus fréquentes de ce phlegmon sont : une violente *contusion* de la région lombaire, l'*infiltration urineuse*, un *abcès du rein*, dont le pus se répand dans le tissu cellulaire. On l'a vu se développer à la suite de *fièvres graves*, d'un *excès de fatigue*, de l'*impression du froid*. Enfin, il peut être déterminé par une affection des organes voisins (*pérityphlite*, *perforation du côlon*, etc.).

Une douleur violente existe à la région lombaire ; au bout de quelques jours, il y a une tumeur avec fluctuation profonde et infiltration du tissu cellulaire sous-cutané. Tels sont les seuls symptômes, avec des symptômes généraux fébriles.

Le pus fuse, en décollant le péritoine, quelquefois jusqu'à la région inguinale. L'abcès peut s'ouvrir dans l'intestin, dans le péritoine, et même dans le thorax.

Il faut ouvrir ces abcès aussitôt qu'on a constaté la présence du pus. Cette ouverture se fait en dehors de la masse commune. Une fistule urinaire s'établit au niveau de l'ouverture, si le foyer purulent communiquait avec les voies urinaires.

Les seules affections des uretères qui appartiennent à la chirurgie sont les plaies de ces conduits. Mais elles n'offrent aucun caractère particulier, et se terminent presque toujours, comme celles des reins, par une infiltration urineuse ou une péritonite suraiguë.

CHAPITRE SECOND

MALADIES DE LA VESSIE

Les maladies de la vessie sont nombreuses et très-fréquentes ; elles consistent en lésions traumatiques, lésions inflammatoires, lésions de nutrition, vices de conformation et lésions fonctionnelles.

La vessie, réservoir de l'urine, est profondément située dans l'excavation du bassin, derrière le pubis, au-devant du rectum chez l'homme, de l'utérus chez la femme.

Elle est en rapport : 1° par sa *face antérieure*, avec la face postérieure du pubis et l'aponévrose de l'obturateur interne, dont la séparent des veines volumineuses et du tissu cellulo-adipeux. Lorsqu'elle se remplit, elle s'élève au-dessus du détroit supérieur, et décolle le péritoine dans une étendue de 15 à 20 millimètres ; 2° par sa *face postérieure*, avec le rectum et les vésicules séminales chez l'homme, avec l'utérus chez la femme ; le cul-de-sac recto-vésical du péritoine est situé à 5 à 6 centimètres au-dessus du périnée dans l'état de vacuité de la vessie, à 8 centimètres dans l'état de plénitude ; 3° par ses *parties latérales*, en haut avec le péritoine, en bas avec du tissu cellulaire, des veines, les artères ombilicales et le canal déférent ; 4° par son *sommet*, auquel s'attache l'ouraque,

à la face postérieure du pubis ou à la paroi antérieure de l'abdomen, suivant qu'elle est plus ou moins dilatée; 5° par sa *base*, avec la face antérieure de la seconde portion du rectum et la base de la prostate chez l'homme, chez la femme, avec l'extrémité supérieure du vagin.

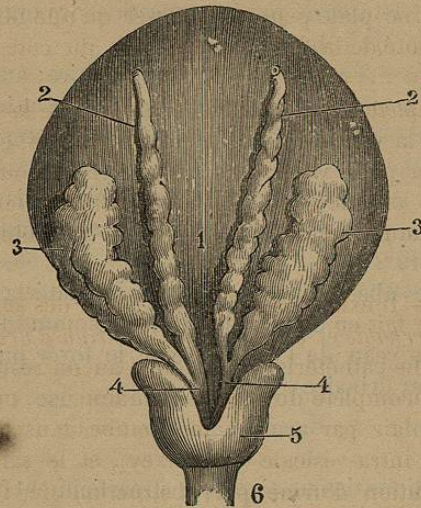


FIG. 42. — Vessie, vésicules séminales, canaux déférents, prostate.

1. Face postérieure de la vessie. — 2, 2. Portion terminale des canaux déférents. — 3, 3. Vésicules séminales. — 4, 4. Canaux éjaculateurs, réunion de la vésicule et du canal déférent; la prostate a été divisée à leur origine. — 5. Prostate. — 6. Origine de la portion membraneuse de l'urèthre.

ARTICLE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA VESSIE

Nous étudierons : 1° les plaies et les ruptures; 2° les corps étrangers; 3° la cystocèle; 4° l'infiltration urinaire et ses conséquences, les tumeurs urinaires et les abcès urinaires.

I. — PLAIES ET RUPTURES DE LA VESSIE.

1° Plaies.

Causes. — Les plaies peuvent être produites par des instruments piquants, tranchants et contondants. Le plus souvent, elles se font de dehors en dedans, et quelquefois de dedans en dehors. Les premières sont produites par des instruments dirigés de haut en bas et d'avant en arrière (la réplétion de la vessie les favorise), ou de bas en haut à travers le périnée ou la paroi du rectum (canules de seringue, opérations chi-

rurgicales), ou à travers les parois osseuses du bassin (écrasement du bassin, projectiles de guerre, etc.). Celles qui se font de dedans en dehors sont produites pendant le cathétérisme, ou par une sonde à demeure qui finit par perforer les parois vésicales.

Variétés. — Une plaie peut n'intéresser qu'une portion de la paroi vésicale, soit du côté de la face externe, soit du côté de la muqueuse, *plaie incomplète*.

La plaie est *complète* lorsque toute l'épaisseur de la paroi est détruite. On la dit *double* si la vessie, traversée de part en part, est blessée en deux points. De plus, la plaie vésicale peut être *simple* ou *compliquée* de la lésion d'un autre organe; elle peut être *intra-péritonéale*, c'est-à-dire que la plaie communique avec la cavité du péritoine, ou *extra-péritonéale*.

Symptômes. — Il existe une *douleur vive* et des *envies d'uriner*. Il se produit une *hémorrhagie* et un *écoulement continu d'urine* par la plaie, si elle est complète. Le cathétérisme ne donne aucun résultat.

Si la plaie est incomplète du côté de la muqueuse, ou qu'une eschare, succédant à une plaie par arme à feu, tombe dans la vessie, il se fait une hémorrhagie intra-vésicale (H. Larrey), et le sang coagulé amène souvent une rétention d'urine par obstruction de l'orifice vésical de l'urèthre.

Marche. Terminaison. Complications. — L'écoulement d'urine n'est pas toujours continu dans les plaies par instruments piquants; il s'arrête lorsque la vessie s'est en partie vidée. Dans les plaies par armes à feu, la tuméfaction qui accompagne le trajet du projectile met obstacle à l'écoulement de l'urine, qui ne se manifeste qu'à la chute des eschares. Si la plaie siège autour du col vésical ou que celui-ci soit enflammé, on ne peut pas introduire une sonde dans la vessie.

La *péritonite* et l'*infiltration urinaire* sont deux complications fréquentes et redoutables des plaies vésicales. La péritonite peut être déterminée par la pénétration de l'urine dans le péritoine ou par la propagation de l'inflammation que l'urine développe dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Elle peut être due encore à la blessure d'un autre organe, du rectum en particulier, et à l'épanchement de matières intestinales.

L'infiltration urinaire se montre surtout dans les plaies qui ne communiquent pas avec le péritoine. Souvent les deux complications existent en même temps.

Pronostic. Traitement. — Les plaies de la vessie sont très-graves, surtout lorsqu'elles sont compliquées. Il faut placer une sonde à demeure dans l'urèthre, et ne jamais introduire d'instruments par la plaie. Cette sonde ne devra être laissée à demeure, dans le cas de plaies par armes à feu, qu'après la chute des eschares, à moins que l'écoulement de l'urine ne soit continu dès le début (Larrey). De plus, il faudra

extraire les corps étrangers, s'il en existe dans la vessie, et surveiller les complications.

2° Ruptures.

La rupture de la vessie est rare. Elle ne peut se produire qu'autant que le réservoir urinaire est dilaté par l'urine. Il est rare qu'elle se produise spontanément, par exemple à la suite d'un obstacle à l'issue de l'urine, rétrécissement infranchissable, etc. Le plus souvent, la rupture est produite par une cause traumatique : chute d'un lieu élevé, éboulement, passage d'une roue de voiture, etc.

La vessie se rompt le plus souvent en arrière et en haut. Dans presque tous les cas, le péritoine est déchiré, et l'urine s'épanche dans la cavité séreuse.

La rupture de la vessie donne lieu aux *symptômes* suivants : *douleur* très-vive ; *besoin d'uriner*, que le malade ne peut le plus souvent satisfaire ; la sonde ne ramène que fort peu d'*urine sanguinolente*, et cette évacuation *ne soulage pas le malade*.

Les *complications* ordinaires surviennent aussitôt ; le plus souvent, on voit se développer rapidement des symptômes de péritonite ; dans quelques cas, le péritoine étant intact, l'urine s'infiltré dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, ou bien elle forme une sorte de kyste sensible à la région hypogastrique, et qu'il ne faut pas prendre pour la vessie elle-même. On a vu l'infiltration de l'urine remonter jusqu'au rein.

On comprend la gravité du *pronostic*. Dans presque tous les cas, la mort survient par infiltration urinaire ou par péritonite.

Le *traitement* consiste à placer une sonde à demeure dans la vessie et à surveiller les accidents.

II. — CORPS ÉTRANGERS DE LA VESSIE.

Des corps étrangers sont fréquemment introduits dans la vessie par la voie de l'urèthre. On y a trouvé des fragments d'instruments lithotriteurs, de bougies et de sondes ; des noyaux de cerise ; des tuyaux de pipe, des morceaux de bois, de paille, etc. Les corps étrangers pénétrant par d'autres points sont : des esquilles, des boutons, des débris de vêtements introduits par l'action de projectiles, etc.

Lorsqu'un corps étranger séjourne dans la vessie, il se couvre promptement de concrétions calcaires ; il s'établit un véritable calcul, dont le noyau est formé par le corps étranger. Nous avons vu, l'année dernière, M. Richet extraire un calcul volumineux, formé autour d'une épingle à cheveux, introduite, au dire de la jeune fille malade, dans le but de calmer une démangeaison de l'urèthre.

Les *symptômes* que déterminent les corps étrangers sont ceux des calculs vésicaux. Des fistules vésico-rectales et vésico-vaginales peuvent en être la conséquence.

Traitement. — Si le corps étranger a été introduit par une plaie de la vessie, il faut l'extraire par la plaie. Si cette extraction est impossible, il faut attendre quelque temps, et l'extraire par l'urèthre.

Si le corps étranger a pénétré par l'urèthre, on cherche à le retirer par la même voie, sans opération sanglante. Chez la femme, l'extraction est facile, l'urèthre se laissant dilater au point de laisser passer l'indicateur. Chez l'homme, on éprouve plus de difficulté ; on se sert, pour cette extraction, d'instruments spéciaux analogues aux lithotriteurs, et munis, vers l'extrémité, de crochets mousses, de gouttières, etc.

Lorsque le corps étranger ne peut être extrait par l'urèthre, il faut pratiquer la même opération que pour les calculs vésicaux.

III. — CYSTOCÈLE.

On donne le nom de *cystocèle* à la hernie de la vessie.

Selon que la vessie sort par l'anneau inguinal, l'anneau crural, le périnée ou le vagin, on dit qu'il y a *cystocèle inguinale, crurale, périnéale* ou *vaginale*.

La *cystocèle crurale* a été rarement observée ; elle présente les symptômes de la cystocèle inguinale ; le siège seul est différent.

La *cystocèle périnéale* est très-rare aussi ; on trouve une tumeur au périnée. Du reste, les autres symptômes sont ceux de la cystocèle inguinale.

1° Cystocèle inguinale. — La cystocèle inguinale ne se rencontre que chez les sujets âgés, affectés d'atonie ou de paralysie de la vessie, plus souvent du côté où ils ont l'habitude de se coucher.

Le mécanisme est facile à comprendre : la vessie, à parois molles, presque inertes, se laisse distendre considérablement, et se place derrière la paroi antérieure de l'abdomen ; des efforts de toux ou autres surviennent, et la paroi antérieure de cet organe s'engage dans le canal inguinal.

La vessie pénètre en partie dans le canal inguinal, puis elle sort au niveau de l'anneau. Il y a donc deux poches : l'une intra-abdominale : c'est la vessie normale ; l'autre extra-abdominale, au niveau de l'anneau inguinal : c'est la portion herniée. Un canal de communication réunit cette poche à la vessie elle-même, il occupe toute la longueur du canal inguinal.

La cystocèle n'a pas de sac, parce que la face antérieure de la vessie, qui forme ordinairement la hernie, est dépourvue de péritoine. Cependant, il peut arriver que cette séreuse soit entraînée par le sommet de la vessie, et qu'elle constitue alors un sac aplati en avant de la hernie, mais ne contenant pas la hernie elle-même.

On constate, à la partie supérieure du cordon spermatique, une tumeur ovoïde, molle et fluctuante, tendue quand la vessie est pleine, et qui

s'affaisse lorsque le réservoir urinaire se vide. Quand on presse cette tumeur, le malade ressent des envies d'uriner.

Elle se complique fréquemment de cystite; on rencontre quelquefois un calcul au fond de la poche. On conçoit, du reste, que cette hernie soit sujette aux mêmes accidents que les hernies en général: engouement, inflammation, étranglement. Que ces accidents se produisent ou non, il est très-fréquent de voir la cystocèle devenir irréductible de très-bonne heure, par suite des adhérences que la vessie herniée ne tarde pas à contracter avec le tissu cellulaire environnant.

Les symptômes que détermine la hernie de la vessie n'ont aucun rapport avec ceux des autres hernies; il n'y a pas de troubles intestinaux; tout se passe du côté du réservoir urinaire.

Le *diagnostic* peut être embarrassant. Il est facile, lorsqu'on y porte toute son attention, de ne pas la confondre avec une *hydrocèle congénitale*, qui ne s'accompagne d'aucun symptôme du côté de la vessie. Mais, si elle est engouée, on peut la prendre pour une *hydrocèle enkystée du cordon*, une *hernie de l'ovaire*. Un calcul, dans la poche, peut faire croire à une tumeur solide.

Le *traitement* consiste à réduire la hernie et à appliquer un bandage. Si elle est irréductible et petite, on la maintient par une pelote concave.

2° Cystocèle vaginale. — Dans la cystocèle vaginale, la vessie déprime la paroi antérieure du vagin et forme une tumeur dans la cavité de ce conduit. Quelquefois, elle fait saillie à l'extérieur. On appelle encore cette lésion *prolapsus* de la paroi antérieure du vagin.

Les *symptômes* ne sont pas les mêmes que ceux de la cystocèle inguinale. Il existe à la partie antérieure et inférieure du vagin une tumeur molle, rosée, réductible, augmentant de volume pendant les efforts et lorsque la malade n'a pas uriné depuis longtemps, diminuant après le cathétérisme. Les symptômes généraux, tels que douleurs lombaires, fatigue pendant la marche, etc., se rapprochent beaucoup de ceux qu'occasionne la chute de l'utérus.

Le *diagnostic* doit être fait par le toucher. Il faut examiner la malade dans la station verticale et la faire tousser; on sent alors une tumeur qui frappe le doigt. Si l'on examine les malades sur un lit, il arrive souvent que la maladie passe inaperçue, la vessie se portant en arrière.

Le *traitement* est palliatif; il faut recourir aux pessaires.

IV. — INFILTRATION URINEUSE. TUMEURS URINAIRES. ABCÈS URINEUX.

Lorsque, par une solution de continuité quelconque, l'urine s'échappe des voies urinaires, elle s'infiltré dans le tissu cellulaire du voisinage, et détermine des symptômes graves, souvent mortels. Indépendamment de l'*infiltration* elle-même, on constate quelquefois l'accumulation d'une

petite quantité d'urine en certains points formant saillie; ce sont les *tumeurs urinaires*. Il y a *abcès urineux*, lorsque le tissu cellulaire s'enflamme autour du dépôt d'urine.

1° Infiltration urineuse.

Causes. — Cet accident reconnaît pour causes: 1° une plaie des voies urinaires, qu'elle soit le résultat d'un accident ou d'une opération chirurgicale: telles sont les plaies du rein ou du bassin; celles de la vessie, à la suite de la taille ou de la ponction de cet organe; 2° une perforation de l'uretère, par un calcul formé dans le rein et tombé dans son canal excréteur; 3° une rupture, une éraillure de la vessie, produites par une distension exagérée dans la rétention d'urine; 4° une perforation survenue à la suite d'une cystite intense, qu'il y ait ou non calcul, ou d'un cancer; 5° une fausse route dans la vessie ou dans l'urèthre; 6° l'ouverture d'un abcès de la prostate dans la vessie ou dans l'urèthre; 7° la cause la plus fréquente est une rupture traumatique de l'urèthre, à la suite d'une chute sur le périnée, ou une éraillure de la partie antérieure de la portion membraneuse de l'urèthre, dilatée en arrière d'un rétrécissement. Cette rupture se fait quelquefois dans la portion spongieuse, mais toujours en arrière du rétrécissement, où l'urine distend l'urèthre sous forme de poche.

Anatomie pathologique. — Les choses diffèrent selon que l'infiltration se fait dans le bassin ou dans le périnée.

1° Infiltration dans le bassin. Elle se produit toutes les fois que la solution de continuité de la vessie siège au-dessus de l'aponévrose supérieure du périnée. Dans ces cas, l'urine s'infiltré dans le tissu cellulaire du petit bassin; elle entoure la vessie, le rectum, remonte dans les ligaments larges, dans les fosses iliaques, où elle décolle le péritoine, ainsi que dans la région rénale. L'urine suit le tissu cellulaire, et n'a pas d'abord une grande tendance à se porter vers le périnée, à cause de la résistance de l'aponévrose périnéale supérieure.

2° Infiltration dans le périnée¹. Elle a pour origine une solution de continuité de l'urèthre. On l'observe plus fréquemment que celle du bassin. Elle diffère selon que la solution de continuité siège au-dessus de l'aponévrose moyenne ou au-dessous.

a. Si elle existe au-dessus, la solution de continuité atteint la prostate ou la partie postérieure de la portion membraneuse de l'urèthre. L'urine, dans ce cas, est arrêtée en bas par l'aponévrose moyenne du périnée, et en haut par l'aponévrose supérieure. Elle s'infiltré dans les interstices du tissu cellulaire, et trouve en arrière, de chaque côté de l'aponévrose prostatopéritonéale, un libre écoulement. Elle se porte ainsi dans la

1. Voy. la disposition des aponévroses du périnée, dans mon *Anatomie*, 3^e volume, *Splanchnologie*.

fosse ischio-rectale, en suivant la face inférieure du releveur de l'anus.

Bientôt l'urine traverse quelques éraillures de l'aponévrose moyenne et se comporte comme celle dont nous allons parler, ou bien elle descend en arrière de l'aponévrose moyenne, sur la ligne médiane, en avant de l'anus, avant d'envahir la loge inférieure du périnée.

b. Plus fréquemment, la solution de continuité siège sur la moitié antérieure de la portion membraneuse ou sur la portion spongieuse, au-dessous de l'aponévrose moyenne. L'urine rencontre des barrières aponévrotiques qui l'empêchent de se porter en haut (aponévrose moyenne), en bas (aponévrose inférieure), en arrière (union des aponévroses moyenne et inférieure). Nous savons que le tissu cellulaire de cette région, dans laquelle sont contenus les muscles superficiels du périnée, communique largement avec celui du pénis et du scrotum, et que ce dernier est en communication avec celui de la paroi abdominale. C'est là le trajet que suit l'urine; elle se porte en avant, tuméfié considérablement la verge et le scrotum, et gagne la paroi abdominale.

Il faut bien savoir que les aponévroses du périnée ne modifient qu'au début seulement le trajet suivi par l'urine. Ces plans fibreux sont loin de résister indéfiniment. Aussi, quel que soit le siège primitif de la lésion, voit-on bientôt tous les plans cellulaires infiltrés au même degré. C'est ainsi qu'à la suite d'une rupture siégeant au-dessus de l'aponévrose moyenne, la tumeur urinaire du périnée se produit aussi bien que dans le cas de rupture de la portion membraneuse de l'urètre; elle est seulement un peu plus tardive.

Symptômes. — Les symptômes sont variables selon les dimensions de la solution de continuité, selon la rapidité de l'infiltration.

Quelquefois l'urine s'écoule insensiblement et détermine l'induration d'une portion de tissu cellulaire : l'infiltration ne va pas plus loin; il y a tumeur urinaire.

Le plus souvent, l'infiltration est plus rapide. Si elle est consécutive à une plaie du rein, elle s'étend d'abord dans toute la région lombaire; si la lésion est située plus bas, elle atteint toujours, soit directement, soit par un chemin détourné, les parois abdominales. On voit alors l'urine gagner le pubis, contourner l'épine iliaque, envahir la fesse et la région crurale; parfois elle gagne jusqu'à l'aisselle.

Le début de l'infiltration est quelquefois marqué par une sensation de déchirure au périnée éprouvée par le malade, et suivie d'un ou de plusieurs frissons. Puis on voit apparaître une tumeur fluctuante au périnée, et c'est alors que, par une incision profonde en ce point, on peut arrêter les progrès du mal. Mais bientôt les bourses et la verge se tuméfient énormément. Tout le scrotum se gangrène avec rapidité; partout où l'urine se répand, se manifestent les symptômes du phlegmon diffus le plus intense. Des gaz se développent dans le tissu cellulaire, les téguments rougissent et se perforent, les lambeaux de tissu cellulaire gangrené s'éliminent, la peau se décolle dans une étendue considérable.

En même temps, des symptômes généraux graves se manifestent. Après la déchirure, le malade peut se montrer momentanément soulagé; mais bientôt apparaissent les frissons, le refroidissement des extrémités, puis une réaction fébrile très-intense, et tous les signes d'infection putride auxquels donnent lieu la mortification des tissus et la décomposition de l'urine. Les symptômes généraux, souvent foudroyants, de cette maladie sont en effet attribués avec raison, par le plus grand nombre des chirurgiens, à la résorption des matériaux septiques produits dans les vastes plaies suppurantes du phlegmon urinaire.

Terminaison. — Lorsque l'infiltration s'est faite avec une certaine lenteur, et lorsque l'intervention chirurgicale a pu arrêter ses progrès, la cicatrisation des foyers purulents se fait peu à peu. Quelquefois la suppuration se prolonge, alors même que l'infiltration est arrêtée, et le malade succombe à l'épuisement ou à la septicémie chronique; d'autres fois, les plaies guérissent, et il en résulte de vastes cicatrices, parfois difformes et gênant les fonctions; de toutes les parties, la peau du scrotum est celle qui se régénère avec la plus grande facilité; on voit les testicules, complètement dénudés par la gangrène, se couvrir d'abord de bourgeons charnus, puis d'un véritable scrotum qui les protège efficacement. Quelquefois, les malades conservent des fistules urinaires plus ou moins rebelles.

Le *diagnostic* est des plus simples. — On voit que le *pronostic* est le plus souvent d'une extrême gravité.

Traitement. — Il faut : 1^o par des incisions sur les points tuméfiés, empêcher les progrès de l'infiltration. Il importe surtout de reconnaître la tumeur périnéale dont nous avons parlé plus haut, et qui marque le début de l'infiltration toutes les fois que la solution de continuité siège sur la portion membraneuse de l'urètre. Il faut y plonger le bistouri hardiment, pour donner un libre écoulement à l'urine; puis on poursuit l'infiltration en incisant largement le raphé médian du scrotum, et successivement tous les points où l'empatement se déclare; 2^o enlever rapidement la cause de l'infiltration, si cela est possible, en opérant un rétrécissement infranchissable, ou en plaçant une sonde à demeure, selon les cas; 3^o surveiller l'état général du malade, soutenir ses forces, en vue de la suppuration, et favoriser l'élimination des eschares.

2^o Tumeurs urinaires.

La tumeur que forme l'urine en s'accumulant en arrière d'un rétrécissement de l'urètre ou d'un calcul engagé dans ce canal, et en dilatant progressivement ses parois, n'est pas une véritable tumeur urinaire. Celle-ci est produite par une infiltration, soit que l'urine s'écoule goutte à goutte, fort lentement, et indure le tissu cellulaire périphérique qui apportera une barrière à l'infiltration, soit que ce liquide filtre seulement, à travers une éraillure de la muqueuse de l'urètre, dans les tissus

voisins. L'éraillure de la muqueuse est quelquefois oblitérée par la cicatrisation.

Ces tumeurs sont dures, indolentes; elles n'altèrent pas la peau. Leur volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette; on les rencontre particulièrement sur le trajet de l'urèthre; mais on conçoit qu'elles peuvent exister sur toute l'étendue des voies urinaires.

Elles restent stationnaires, ou disparaissent spontanément, ou s'enflamment pour s'ouvrir à l'extérieur. Elles peuvent s'ouvrir dans l'urèthre; dans ce cas, l'urine entre dans le foyer. (*Voy.* Abscès urineux.)

On les abandonne à elles-mêmes; cependant, si elles sont volumineuses, si elles renferment un épanchement d'urine et ne communiquent pas avec l'urèthre, il est indiqué de les ouvrir.

3° Abscès urineux.

Les abcès urineux sont des abcès consécutifs à l'épanchement, à l'infiltration de l'urine.

Ils se forment lorsque le tissu cellulaire induré oppose une barrière à l'infiltration, par le même mécanisme que les tumeurs urinaires. On les observe : 1° à l'hypogastre, après la rupture de la vessie, la taille ou la ponction sus-pubienne; 2° dans la fosse iliaque, très-rarement; 3° dans la région ano-périnéale, à la suite d'une solution de continuité des portions prostatique ou membraneuse de l'urèthre; le pus occupe alors la loge inférieure du périnée ou la fosse ischio-rectale; 4° au scrotum et à la verge, à la suite d'une fissure de la portion pénienne de l'urèthre; l'abcès urineux ressemble alors beaucoup à la tumeur urinaire siégeant au même point.

L'étiologie de ces sortes d'abcès est la même que celle de l'infiltration d'urine.

Les symptômes varient suivant que l'abcès est aigu ou chronique. Dans le premier cas, sentiment de pesanteur au périnée, malaise, frissons légers; puis tumeur périnéale, empatement, rougeur de la peau, quelquefois plaques gangréneuses au pourtour de l'anus, puis élimination d'une grande quantité de pus fétide; dans le second cas, tumeur dure, indolente, avec fluctuation obscure, tels sont les signes les plus importants à noter. Ces abcès peuvent s'ouvrir : 1° à la peau, et donner lieu souvent à des fistules urinaires; 2° dans le tissu cellulaire voisin, la poche de l'abcès ayant cédé avant la peau; on peut observer, dans ce cas, une infiltration d'urine avec toutes ses conséquences; 3° dans l'urèthre, et alors l'urine pénètre dans l'abcès, qui ne se cicatrise pas.

Le traitement consiste à ouvrir l'abcès le plus tôt possible, et à placer une sonde à demeure dans la vessie, afin de détourner l'urine de la voie accidentelle, qui existe dans presque tous les cas.

ARTICLE DEUXIÈME

LÉSIONS INFLAMMATOIRES DE LA VESSIE (*cystite*)

Nous décrirons dans cet article : 1° la cystite aiguë; 2° la cystite cantharidienne; 3° la cystite chronique, ou catarrhe de la vessie. Les abcès, les ulcérations et la gangrène de la vessie trouveront leur place dans ces descriptions.

I. — CYSTITES AIGÜES.

On donne ce nom à l'inflammation aiguë de la muqueuse vésicale. Lorsqu'elle siège vers l'orifice uréthral, on l'appelle *cystite du col*.

Causes. — La cystite aiguë reconnaît pour causes les calculs, la rétention d'urine, les contusions, les plaies, le séjour d'une sonde à demeure, la pression de la tête de l'enfant pendant l'accouchement, les manœuvres pour le broiement des calculs, etc. (*cystite traumatique*); les hémorroïdes, les inflammations du périnée, de l'urèthre, des reins, du vagin, etc. (*cystite symptomatique*), peut-être la diathèse rhumatismale. Elle se montre sans cause connue (*cystite spontanée*). Une cystite spéciale est déterminée par l'action des cantharides. (*Voy.* plus loin.)

La forme symptomatique est la plus fréquente.

Anatomie pathologique. — Il existe une rougeur plus ou moins vive de la muqueuse. Si la maladie est un peu ancienne, la muqueuse est épaissie. La tunique musculuse est surtout hypertrophiée. On constate quelquefois des ulcérations de la muqueuse, des plaques gangréneuses, des perforations. Dans quelques cas, on trouve du pus infiltré entre les tuniques, ou formant un abcès au-dessous de la vessie. Cet abcès fuse parfois du côté du périnée, dans la fosse ischio-rectale, etc.

Symptômes. Diagnostic. — 1° *Symptômes fonctionnels.* — La maladie débute ordinairement par une douleur vive qui s'irradie dans la région du périnée, vers les reins et vers le méat urinaire. Cette douleur est exaspérée par la marche et par la pression sur le ventre. Il y a de la dysurie, c'est-à-dire que le malade urine difficilement. En même temps, on constate du ténesme, c'est-à-dire que le malade éprouve un violent besoin d'uriner, sans pouvoir y parvenir. Il y a aussi rétention d'urine, par suite de la diminution de la contractilité de la vessie.

L'urine, extraite au moyen de la sonde, est rougeâtre, teinte de sang, un peu trouble. Par le repos, il se dépose au fond du vase une couche purulente, et dans le liquide un flocon nuageux plus ou moins abondant. L'urine se décompose promptement dans le vase.