

Dans la majorité des circonstances, le pus forme une collection véritable et s'accumule sous la tunique externe de la vessie ou entre la muqueuse et la musculuse; selon sa situation l'abcès s'ouvre dans le réservoir urinaire ou au dehors, le pus se répand alors dans le tissu cellulaire périphérique, et quelquefois pénètre dans le rectum, le vagin, l'utérus ou le péritoine.

Il existe dans la science quelques observations dans lesquelles on a trouvé une nappe de pus infiltrée entre les couches du réservoir urinaire.

D'après LE DENTU, les abcès de la vessie se rencontrent un peu partout, sauf peut-être dans la région du trigone; rarement on peut arriver à les diagnostiquer; par conséquent l'intervention chirurgicale se trouve absolument impuissante.

Le pronostic de l'affection est des plus graves; la pénétration du pus dans le péritoine occasionne fatalement la mort.

#### 2° ULCÉRATIONS ET GANGRÈNE

La gangrène de la vessie constitue une lésion rare; elle complique la cystite chronique ou se montre spontanément dans le cours de la fièvre typhoïde.

Cette affection reconnaît aussi un certain nombre de causes mécaniques, en particulier la distension de la cavité viscérale par l'urine (CHOPART, BOYER, TARDIEU) ou pendant l'accouchement, la pression longtemps prolongée de la tête du fœtus sur le col ou le bas fond. L'élimination des escarres est susceptible de déterminer des ulcérations ou des perforations.

On rencontre à la face interne du réservoir urinaire des ulcérations simples ou spécifiques; dans ce dernier groupe prendront place les ulcérations tuberculeuses, cancéreuses, syphilitiques. Les ulcérations simples reconnaissent pour cause l'action des sondes, des brise-pierre (origine traumatique), ou bien elles se montrent pendant le cours d'une cystite (origine inflammatoire).

Les ulcérations tuberculeuses et cancéreuses trouveront leur place dans la description du cancer et de la tuberculose du réservoir urinaire; quant aux ulcérations syphilitiques, elles sont si rares qu'il est inutile de s'y arrêter.

Les caractères de ces ulcérations vésicales sont des plus variables; quelquefois elles ne dépassent pas l'épaisseur de la muqueuse, ailleurs la musculuse se trouve intéressée à une grande profondeur, le péritoine même peut être perforé. Leur forme défie toute comparaison, cependant les solutions de continuité dues au contact d'une sonde à demeure présentent l'aspect d'une gouttière du volume de l'instrument.

Sous le nom d'*ulcère perforant chronique*, MERCIER a décrit une variété d'ulcération vésicale qui aboutirait constamment à la perforation. Le travail ulcératif débute toujours au niveau d'une cellule vésicale et résulterait de l'action constante de l'urine qui stagne et se décompose en ce point.

Les symptômes des ulcérations de la vessie sont des plus obscurs et se confondent dans la plupart des cas avec ceux de la cystite concomitante; cependant la présence d'une grande quantité du pus dans l'urine, les hématuries,

des douleurs vives réveillées par le cathétérisme doivent faire songer à l'existence de semblables lésions.

Le traitement ne diffère en rien de celui de la cystite chronique. Dans certains cas de cystites extrêmement douloureuses chez la femme, LAWSON, MARION SIMS ont préconisé le débridement du col de la vessie. Ce débridement rappelle les tailles faites par quelques auteurs (ROUX, PARKER) dans le but de remédier aux cystites anciennes chez l'homme.

#### § 4. — Cystite tuberculeuse. — Tuberculose de la vessie

**Bibliographie.** — TAPRET, *Arch. gén. de méd.*, 1878. — MONOD, *Tubercules de la vessie*, in *Progrès méd.*, 1879.  
Thèses de Paris. — 1823, VELPEAU (Agrég.). — 1874, STAPPER. — 1878, BIERRY, GUEBHARD. — 1883, COLLINET.

La cystite tuberculeuse, une des formes principales de la tuberculose urinaire, a été bien étudiée dans ces dernières années par GUYON et ses élèves, TAPRET, MONOD, GUEBHARD; c'est une maladie de l'âge adulte; elle constitue parfois la première manifestation de la tuberculose, plus souvent on la voit se développer chez des sujets déjà atteints de tuberculose pulmonaire.

**Anatomie pathologique.** — Le tubercule se rencontre dans la vessie sous deux formes: granulations et ulcérations. Les granulations grises, demi-transparentes ou jaunâtres, dans ce dernier cas absolument semblables à des grains de millet, subissent habituellement la fonte purulente, et en se réunissant donnent naissance à des ulcérations arrondies ou elliptiques qui peuvent atteindre la grandeur d'une pièce de cinq francs.

Ainsi se trouvent formées des pertes de substance dont les bords paraissent taillés à pic; leur coloration jaunâtre, qui les a fait comparer à des plaques de favus, tranche nettement sur la teinte gris rougeâtre de la muqueuse vésicale. Elles intéressent uniquement la couche muqueuse, on les a vues toutefois creuser en profondeur et perforer la vessie.

Ces diverses altérations peuvent se rencontrer dans toutes les parties de la vessie, néanmoins elle siègent de préférence au niveau du col et du bas-fond de ce viscère, autour des embouchures des uretères.

Les différentes couches qui composent le réservoir urinaire ne restent pas indifférentes; presque toujours la vessie est hypertrophiée, considérablement rétractée et diminuée de volume, la surface de la muqueuse présente les lésions ordinaires de la cystite chronique.

Il est rare que ces altérations soient absolument localisées à la vessie. COLLINET, ayant dépouillé les trente-trois (33) observations de cystite tuberculeuse réunies par GUEBHARD, trouve que vingt-neuf (29) fois le rein était en même temps tuberculeux; onze (11) fois le testicule paraissait aussi atteint; dans vingt-quatre (24) cas la prostate se trouvait prise et neuf fois la tuberculisation était générale.

**Symptômes.** — Nous retrouvons aux différentes phases de la maladie tous les troubles de la pathologie urinaire.

a. *Troubles de la miction.* — Les envies fréquentes d'uriner sont un des symptômes signalés par le malade, elles sont aussi intenses le jour que la nuit; bientôt le patient s'aperçoit qu'il a une grande difficulté à chasser les urines, parfois même surviennent des rétentions brusques. Ces difficultés, ces lenteurs dans la miction tiennent à un gonflement de la prostate ou à un état spasmodique du col; dans quelques rares observations la rétention reconnaissait pour cause l'oblitération de l'orifice du col par un caillot sanguin. L'incontinence a été notée à une période avancée de la maladie, on se trouve alors en présence d'une incontinence vraie, c'est-à-dire que la vessie étant vide, l'urine s'écoule au dehors et sans aucune sensation, fait qui révèle de graves lésions du côté du col.

b. *Douleur.* — La douleur chez le tuberculeux urinaire se montre à la fin de la miction, symptôme qui pourrait donner le change et permettre de croire à l'existence d'un calcul. Il y a cependant dans la souffrance du tuberculeux une circonstance susceptible de faire écarter l'idée de calculs, elle affecte un caractère continu et le décubitus dorsal ne lui apporte aucun soulagement.

c. *Hématurie.* — L'hématurie, notée à toutes les périodes de la tuberculose vésicale, présente une valeur séméiologique bien différente. Tantôt elle constitue un accident pour ainsi dire prodromique et se montre chez un individu vigoureux à la suite d'un excès, d'une fatigue; l'écoulement sanguin est alors isolé ou se répète peu souvent; tantôt, au contraire, l'hématurie survient à la période d'état et persiste pendant des mois entiers.

Est-il possible de ne pas se laisser induire en erreur et de différencier cet écoulement sanguin de celui qui survient chez un malade atteint de fungus?

« Les hématuries, dans les deux cas, sont absolument spontanées, non douloureuses dans leurs premières apparitions, mais les hématuries des tuberculeux sont moins abondantes que celles des malades atteints de fungus, leur intensité progressive est la règle habituelle » (GUYON).

d. *Spasme.* — Le spasme, symptôme fréquent chez les tuberculeux, cède parfois dès que la sonde arrive au niveau de la portion membraneuse, d'autres fois le spasme fort tenace laisse croire à un rétrécissement infranchissable qui arrête les bougies les plus fines. Pour éviter les erreurs de diagnostic, il faut étudier avec soin les antécédents du malade, rechercher s'il n'a pas eu de blennorrhagie. La ténacité de ce spasme constitue un indice certain d'une lésion profonde du col.

e. *État des urines.* — Les urines des tuberculeux sont tantôt claires, tantôt au contraire elles contiennent en suspension du pus ou du sang. Pendant les crises de polyurie qui surviennent de temps à autre, les urines sont limpides, dans l'intervalle de ces accès, elles laissent déposer des quantités notables de globules blancs. Le pus vient principalement du col de la vessie, ce dont il est facile de s'assurer. Pour cela, GUYON recommande de faire uriner le malade dans deux vases différents; en laissant reposer le liquide on voit un dépôt se former plus abondant dans le premier que dans le second vase; ceci prouve que le pus a été chassé par les premières contractions, partant qu'il était accumulé au col.

**Diagnostic.** — L'ensemble des lésions précédentes permettrait de recon-

naître à coup sûr la tuberculose urinaire, malheureusement il est rare de trouver ces différents symptômes sur un même malade. Toutefois, l'âge du sujet, son état général, et surtout l'examen de la prostate, des testicules et des vésicules séminales, permettront d'éviter l'erreur dans la majorité des circon-

**Pronostic.** — Le pronostic de la tuberculose génitale est très variable. Lorsque les accidents urinaires surviennent dans le cours d'une tuberculose pulmonaire, ils aggravent l'état général et hâtent, dans une certaine mesure, la terminaison fatale. Si, au contraire, la tuberculose urinaire se montre primitivement, elle évolue par poussées successives séparées fréquemment par des rémissions de longue durée. La guérison est-elle possible en pareil cas? LE DENTU, se basant sur la curabilité de la phthisie pulmonaire, fait observer que semblable terminaison ne lui paraît pas impossible; néanmoins nous ne connaissons pas encore un seul fait de guérison authentique.

**Traitement.** — Les explorations diverses n'ayant d'autres résultats que de réveiller la douleur doivent être rares; nous en dirons autant du cathétérisme. Localement le chirurgien se bornera à combattre les symptômes principaux: des suppositoires à l'extrait de belladone ou de thébaïque, des quarts de lavements laudanisés administrés le soir au moment de se coucher calmeront la douleur ainsi que le ténésme vésical et, partant, faciliteront le sommeil.

Les hématuries seront traitées par les moyens que nous avons déjà indiqués. GUYON préconise les instillations au nitrate d'argent portées directement sur le col, il emploie des solutions au 1/50<sup>e</sup>, parfois au 1/25.

Ces instillations calment la douleur de la miction, arrêtent quelquefois l'hématurie et donnent des améliorations réelles, même assez durables.

## § 5. — Tumeurs de la vessie

### 1<sup>o</sup> VARICES

**Bibliographie.** — BONNET, *Sepulchretum Anatomicum*, livre III, obs. XXII, 1697. — MORGAGNI, *De Sedibus*, ep. 63, art. 13. — CHOPART, *loc. cit.* — SÉGALAS, *Traité de la rétention d'urine*, 1828. — DUPLAY, *Arch. gén. de méd.*, 1855. — GUYON, *Bull. de la Soc. anat.*, 1854 (cas de LAUGIER). — WINCKEL, in *Handbuch der Chirurgie* de PITHA et BILLROTH, Bd. IV, A. I., 1879 (Bibl.). — BARADUC, Th. de Paris, 1877.

Signalées pour la première fois par BONNET, les varices de la vessie ont été étudiées ensuite par DESAULT, CHOPART, SÉGALAS, DUPLAY (père), LAUGIER, et récemment par BARADUC. D'après ce dernier, les varices de la vessie se développeraient de préférence chez les sujets atteints d'hémorroïdes. Les veines variqueuses donnent à la vessie un aspect hérissé, on y trouve une série de petits mamelons bleuâtres tirant sur le violet, chaque mamelon étant constitué par une veine sous-muqueuse énormément dilatée.

Le col et le bas-fond du viscère paraissent le lieu d'élection de ces varices; dans l'observation de BARADUC, cependant, les varices répandues sur une grande surface montaient sur les parties latérales pour gagner le sommet de

l'organe. Les symptômes par lesquels se manifesterait cette lésion sont une sensation de pesanteur dans la région du col, un besoin fréquent d'uriner, des hématuries spontanées, indolores, et parfois des rétentions d'urine brusques en rapport avec des congestions violentes d'hémorroïdes anales.

Reconnaître une semblable affection est chose fort difficile; néanmoins des hématuries abondantes survenant chez un sujet atteint d'hémorroïdes devront attirer l'attention du chirurgien. Les varices de la vessie constituent une maladie des plus sérieuses; dans le cas de LAUGIER, l'écoulement de sang fut assez abondant pour déterminer la mort.

Le traitement curatif est à peu près nul. D'après TILLAUX, le cathétérisme fréquemment répété donnerait de bons résultats en déterminant une sorte de massage; contre les hématuries on emploiera les moyens hémostatiques ordinaires (bains froids, glace sur la vessie); s'il existait concurremment un engorgement hémorroïdaire on pourrait, ainsi que le conseille BARADUC, agir sur les varices vésicales par l'intermédiaire des varices anales. Les sangsues, les scarifications seraient alors particulièrement indiquées.

## 2° POLYPES ET FONGUS

Les polypes se rencontreraient de préférence dans les vessies des sujets atteints de catarrhe chronique et chez les calculeux. Cette dernière condition expliquerait la prédominance de l'affection dans le sexe masculin.

Les polypes de la vessie occupent plutôt le voisinage du col, la région du trigone, ils constituent en ce point de petites masses arrondies du volume d'un noyau de cerise. Dans certains cas, au lieu de ces petites tumeurs, il y a de véritables végétations analogues à des crêtes de coq; dans d'autres circonstances, le bas-fond de la vessie donne insertion à un néoplasme sessile, dont le volume peut atteindre celui d'une noix, d'une orange.

**Structure.** — La majorité des auteurs, VIRCHOW, CORNIL et RANVIER, considèrent ces différentes productions comme de vrais papillomes, composés exclusivement par du tissu conjonctif formant une enveloppe aux vaisseaux capillaires, le tout recouvert par une couche épaisse de cellules épithéliales.

**Symptômes. Diagnostic.** — Les polypes de la vessie passent quelquefois inaperçus, les symptômes auxquels ils donnent lieu ne présentent en effet rien de caractéristique.

Nous devons cependant insister sur la fréquence des hématuries qui surviennent généralement sans cause appréciable, sans douleur, se reproduisent avec facilité, persistent pendant plusieurs jours, ne sont nullement influencées par le repos et épuisent rapidement les malades. CIVIALE, pour confirmer le diagnostic, recommande l'exploration de la vessie à l'aide d'instruments rigides, semblable intervention peut facilement déchirer le tissu de ces néoplasmes et déterminer des hémorragies graves.

**Pronostic.** — Le pronostic des fungus et polypes de la vessie est subordonné à leur vascularité; ceux qui renferment un grand nombre de vais-

seaux sont capables d'entraîner des accidents sérieux par les hémorragies qu'ils occasionnent, les autres constituent des tumeurs bénignes. Les polypes et fungus seraient peut-être susceptibles de dégénérer et de se transformer en tumeurs malignes.

**Traitement.** — Le chirurgien se bornera à combattre les symptômes. Le froid, les divers hémostatiques trouveront ici leur indication.

THOMPSON conseille les injections au nitrate d'argent à la dose de 0<sup>gr</sup>,10 à 0<sup>gr</sup>,15 pour 100 grammes d'eau; on fera pénétrer dans la vessie la valeur d'une seringue ordinaire. Ces injections, qu'il faut répéter tous les jours si les malades les supportent bien, seraient particulièrement efficaces.

L'arrachement, le broiement, la cautérisation, préconisés par CIVALE, sont tombés dans l'oubli.

## 3° CANCER DE LA VESSIE

**Bibliographie.** — AMUSSAT, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1830. — BERGEON, *Bull. de la Soc. anat.*, 1830. — CIVIALE, *Monit. des Hôp. de Paris*, 1854. — MAYER, *De Carcinomate Vesicæ Urinæ*, 8° Halix Sax, 1866. — LENHART, *Wiener Med. Presse*, 1867, p. 225. — HEILBORN, *Trente-sept cas de cancer de la vessie*, in *Diss. Inaug.*, Berlin, 1868. — ASHURST, *Philadelphia Med. Times*, 1878. — AVEZOU, *Bull. de la Soc. anat.*, 1878. — MULLER, *Ueber Primares Blasencarcinom*, Kiel, 1878. — RAUCHENFURCH, *Diss. Inaug.*, Halle, 1882. — CH. FERRÉ, *Cancer de la vessie*, 1882. Thèses de Paris. — 1852, LACAZE-DORÉ. — 1870, MOLINIER. — 1873, VERNIAL.

Le cancer peut se développer d'emblée dans la vessie, ou bien cet organe est envahi consécutivement. La première forme se montre spécialement chez l'homme; la seconde, beaucoup plus commune, prédomine sur les sujets du sexe féminin.

L'étiologie est tout aussi obscure pour le cancer de la vessie que pour celui des autres organes; on a accusé les calculs vésicaux de favoriser son apparition par l'irritation qu'ils déterminent; rien n'est moins prouvé que cette assertion.

**Anatomie pathologique.** — Les variétés de cancers que l'on rencontre habituellement dans la vessie sont l'encéphaloïde et le squirre; il existe cependant quelques cas de cancer colloïde, des épithéliomes et des sarcomes.

Ces néoplasmes occupent le bas-fond de la vessie dans la majorité des cas et se portent plus volontiers du côté de la face postérieure qu'en avant. Il n'est pas rare de voir s'implanter à la surface de la tumeur des prolongements vasculaires filiformes que nous avons déjà signalés (fungus et polypes).

Quelquefois les uretères sont englobés dans la masse morbide, de là résultent des troubles dans l'écoulement des urines, troubles qui deviennent la cause de complications du côté de l'appareil sécréteur. Les organes périphériques (prostate, utérus, intestins, reins) se trouvent envahis à la longue par le néoplasme; ainsi s'établissent des communications anormales entre les divers viscères.

Les ganglions sont exceptionnellement engorgés; sur cent quarante-cinq (145) observations de cancer primitif réunies par FERRÉ, dix (10) fois seulement cette complication a été signalée, les ganglions malades étaient toujours les ganglions lombaires.

**Symptômes.** — Le début de la maladie ne présente rien de spécial; bientôt se montre une série de symptômes: hématurie, troubles de l'urine, altération de l'état général.

a. *Hématurie.* — L'hématurie apparaît sans cause connue; mais tandis que les calculeux voient leurs urines reprendre la coloration normale sous l'influence du repos, l'écoulement sanguin continue lorsque le malade est atteint d'un néoplasme. La persistance de l'hématurie, dit GUYON, suffit à elle seule pour faire soupçonner la présence d'une tumeur du réservoir urinaire.

Après avoir duré pendant un temps variable, plusieurs jours, plusieurs semaines, le pissement sanguin disparaît brusquement pour reparaitre ensuite.

b. *Altération de l'urine.* — Selon la quantité de sang émise, l'urine est noirâtre, brunâtre ou légèrement colorée en rouge; si l'hémorragie a été abondante, le réservoir urinaire contient des caillots sanguins qui sont expulsés peu à peu.

Lorsque le cancer est arrivé à une période avancée, les urines émettent une odeur spéciale de macération, de chair pourrie; dans quelques occasions même on a vu des débris de cancer être expulsés par les urines, l'examen histologique de ces fragments rend alors les plus grands services au point de vue du diagnostic.

La rétention d'urine, accident peu rare, résulte de l'obturation brusque de l'orifice du col vésical par un caillot, un fragment de la tumeur.

c. *Phénomènes généraux.* — Dès que le néoplasme a acquis un volume appréciable, le patient accuse de vives douleurs derrière le pubis; elles s'irradient le long de la verge et dans la région périnéale. Les hémorragies, les souffrances affaiblissent rapidement le malade dont le teint prend la coloration jaune paille, caractéristique du cancer. Après un certain temps, la palpation de l'abdomen, le toucher rectal ou vaginal permettent de constater une tumeur dure, bosselée.

Les données fournies par l'examen digital devront être contrôlées par l'exploration intra-vésicale à l'aide du cathétérisme; en raison des hémorragies et autres accidents qu'il peut déterminer, le cathéter sera conduit avec la plus grande prudence et la plus grande légèreté.

Enfin BILLROTH, VOLKMANN, THOMPSON, HUMPHRY n'ont pas craint de faire une boutonnière périnéale, de dilater la portion membraneuse du canal avec le doigt pour aller parcourir l'intérieur de la cavité vésicale. C'est là un procédé extrême auquel il ne faut recourir que si l'intervention chirurgicale est ensuite pratiquée séance tenante.

**Terminaison.** — La mort constitue la terminaison ordinaire du cancer de la vessie; elle survient dans un laps de temps qui varie entre quinze mois et deux ans.

**Traitement.** — Jusqu'à ces derniers temps, le traitement des tumeurs de la vessie étant surtout palliatif, le chirurgien se bornait à soutenir les forces du

malade et à combattre les symptômes (hématurie, rétention d'urine). Récemment, à l'étranger puis en France, plusieurs chirurgiens ont essayé de faire l'ablation de ces productions.

#### 4° DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES TUMEURS DE LA VESSIE

**Bibliographie.** — GUSSENBAUER, *Arch. f. klin. Chir.*, t. XVIII, p. 411, 1875. — VOLKMANN, *Arch. f. klin. Chir.*, 1876, t. XIX. — F. KOCHER, *Centralbl. f. Chir.*, 1876, p. 193. — GODSON, *Brit. Med. Journ.*, 1879. — THOMPSON, *Royal Med. and Surg. Society*, 11 avril 1882, janvier 1883, juin 1883. — *Exploration of the Bladder, etc.*, *The Lancet*, 1883. — BAZY, *Ann. des maladies des organes gén. urin.*, 1883. — GUYON, *Semaine méd.*, 1884. — RECLUS, *Gaz. hebdom.*, 1884. — KÜSTER, *Soc. de méd. de Berlin*, et *Semaine méd.*, 1884. — POUSSON, *Th. de Paris*, 1884 (Bibliogr.).

Depuis 1875, BILLROTH, VOLKMANN, KOCHER, en Allemagne; HUMPHRY, DAVIES, COLLEY, BERKELEY, HILL, THOMPSON, MORGAN, en Angleterre; BAZY, GUYON, en France, ont tenté de guérir ou tout au moins de soulager les malheureux atteints de néoplasmes vésicaux. La cavité vésicale étant ouverte par la taille périnéale, par la taille hypogastrique ou par la dilatation des voies naturelles, ces opérateurs ont, dans quelques circonstances, enlevé totalement les tumeurs et favorisé la réunion des lèvres de la plaie; ou bien, se trouvant en présence d'un cas manifestement incurable, ils ont établi une fistule urinaire (traitement palliatif).

L'idée n'est pas absolument neuve, car au siècle dernier WARNER (1747), LECAT, COUILLARD, CHOPART avaient traité de cette façon cinq (5) malades atteints de tumeurs vésicales, et quatre fois cette tentative hardie avait été suivie de guérison.

« La cure radicale convient aux tumeurs pédiculées, quelle que soit leur nature, et aux tumeurs dites bénignes pédiculées ou non.

« Le traitement palliatif est destiné à combattre certains symptômes qui constituent toute la gravité de l'affection, à savoir l'hématurie, les douleurs violentes qui accompagnent ou suivent la miction, enfin les envies fréquentes d'uriner » (BAZY).

POUSSON, dans sa thèse (1884), a rassemblé trente-cinq (35) opérations de néoplasmes vésicaux chez l'homme et trente-sept (37) chez la femme, soit un total de soixante-douze (72) faits donnant quarante-cinq (45) guérisons et vingt-sept (27) morts.

Sur trente-cinq (35) cystotomies pratiquées sur l'homme, cet auteur a noté dix-neuf (19) guérisons et seize (16) décès; trente-sept (37) opérations faites chez la femme fournissent vingt-six (26) guérisons et onze (11) morts.

Dans cinquante-neuf (59) cas où l'âge est indiqué, POUSSON trouve que sur cinq (5) malades opérés au-dessous de cinq ans, aucun n'a guéri. Sur quatorze (14) opérés au-dessus de soixante ans, six (6) se sont rétablis et huit (8) sont morts. Des trente-huit (38) opérés entre dix et cinquante ans, vingt-quatre (24) ont guéri, quatorze (14) ont succombé.