

généralement molle, friable, principalement dans les points où son épaisseur est augmentée.

Ces lésions s'accompagnent fréquemment de desquamation épithéliale, d'ulcérations, de gangrène, pouvant déterminer la perforation de la vessie. Nous y reviendrons plus tard.

De même que dans la cystite aiguë, on voit parfois l'inflammation chronique de la vessie entraîner la formation d'exsudats sous forme de végétations, de polypes, de fungus. Les exsudats pseudo-membraneux méritent plus particulièrement de nous arrêter, et leur présence a suffi à faire admettre une variété de cystite chronique, connue sous le nom de *cystite pseudo-membraneuse*.

Ces exsudats sont le plus souvent de nature fibrineuse; exceptionnellement, comme dans deux cas observés par Dolbeau et par Dujardin-Beaumetz, ils peuvent être constitués par une véritable exfoliation de la muqueuse, et dans les deux cas cités, ils renfermaient des fibres lamineuses, élastiques et même musculaires. Situés le plus habituellement sur le bas-fond de la vessie, ils revêtent quelquefois d'une couche uniforme la paroi interne de ce réservoir. Il n'est pas très rare de les voir disséminés sous forme d'îlots, formant à la surface de la muqueuse autant de saillies, parfois disposées avec une certaine régularité.

Leur couleur est tantôt d'un gris ardoisé ou verdâtre, comme celle du reste de la muqueuse, tantôt jaunâtre et tranchant sur le fond ardoisé de la muqueuse.

Outre les altérations de la membrane muqueuse, qui, ainsi que nous l'avons dit, sont constantes, on observe, chez les individus atteints de cystite chronique, diverses lésions des autres tuniques de la vessie, par suite de la propagation de l'inflammation. C'est ainsi que les parois vésicales deviennent plus épaisses, plus consistantes; elles peuvent acquérir plus d'un centimètre d'épaisseur, et le plus souvent, en pareil cas, la capacité de la vessie a notablement diminué, en même temps que ses parois ont perdu leur extensibilité. Dans ces conditions la vessie ne peut plus contenir qu'une très petite quantité de liquide.

On a pensé que cette augmentation d'épaisseur des parois vésicales était due à l'hypertrophie des fibres musculaires. Si celle-ci existe réellement quelquefois, il faut bien savoir qu'elle manque aussi très souvent, et que l'augmentation d'épaisseur des parois de la vessie tient surtout à l'inflammation chronique du tissu cellulaire sous-muqueux et interstitiel, inflammation dont le premier effet est une prolifération active des éléments conjonctifs, bientôt suivie d'une sorte de rétraction interstitielle, d'où résulte souvent l'atrophie des fibres musculaires, et qui se traduit dans tous les cas par l'induration et la perte d'élasticité. On trouvera dans la thèse de Jean (1) la description complète de ce processus, que j'ai pu également étudier chez un sujet mort dans mon service, à

(1) *De la rétention incomplète de l'urine dans la vessie*, thèse de Paris, 1879, p. 33.

la suite d'une cystite chronique très ancienne. Dans ce fait que j'ai publié dans les *Archives* (1), la sclérose des parois n'était pas accompagnée d'hypertrophie des faisceaux musculaires.

Les altérations du tissu conjonctif, dépassant les limites des parois vésicales, s'étendent quelquefois au tissu périvésical et déterminent des indurations d'aspect lardacé, tantôt limitées à quelques points isolés répondant de préférence au bas-fond, au voisinage du pubis, vers le sommet, tantôt enveloppant la vessie tout entière comme d'une sorte de coque plus ou moins épaisse et résistante. Ces lésions constituent la *péricystite chronique*.

De même, quoique plus rarement, on peut observer du côté du péritoine des altérations indiquant la propagation de la phlegmasie à cette séreuse; tels sont: les exsudats, les fausses membranes remplissant le petit bassin et unissant à ce niveau la vessie, le rectum, l'utérus, l'intestin grêle.

Enfin nous devons signaler un certain nombre de lésions qui accompagnent fréquemment la cystite chronique et qui seront étudiées à part, telles sont: les suppurations interstitielles ou périvésicales, les ulcérations, la gangrène, l'atrophie ou l'hypertrophie de la tunique musculaire, les cellules et les poches vésicales.

SYMPTOMATOLOGIE. — Parmi les phénomènes locaux qui accompagnent la cystite chronique, la douleur est un de ceux qui présentent les plus grandes variations. Tandis que certaines cystites sont à peu près complètement indolentes, les malades n'accusant que quelques douleurs sourdes au périnée, aux aines, à la région hypogastrique, d'autres sont remarquables par l'intensité des douleurs qui surviennent tout à coup, parfois sans cause appréciable, le plus souvent au moment de la miction, et qui irradient ordinairement le long de la verge et jusqu'à l'extrémité du gland. Entre ces deux variétés, l'une absolument indolente, l'autre extrêmement douloureuse, on observe une foule d'intermédiaires.

Mais quel que soit le degré de la douleur, la cystite chronique est toujours caractérisée par la fréquence des besoins d'uriner. Ces besoins se renouvellent souvent toutes les demi-heures; quelques malades sont obligés d'uriner toutes les dix minutes, et, dans ces cas, les besoins sont tellement impérieux et pressants, que les malades n'ont pas le temps de prendre leur vase et que l'urine s'écoule involontairement; en pareil cas la miction est toujours affreusement douloureuse.

Chez quelques sujets dont la vessie est revenue sur elle-même et réduite à des dimensions très-exiguës, l'urine s'écoule presque constamment, et il y a une véritable incontinence. Celle-ci se montre assez fréquemment chez la femme, surtout dans la cystite développée dans le cours de la grossesse.

Contrairement à ce que l'on observe pour la cystite aiguë, dans la-

(1) *Archives génér. de méd.*, janvier 1880.

quelle la rétention d'urine est un symptôme fréquent, cette dernière ne se montre dans le cours d'une cystite chronique que dans les cas où il existe une paralysie de la vessie ou un obstacle matériel indépendant de la cystite elle-même, comme, par exemple, une hypertrophie de la prostate.

Les altérations de l'urine sont tellement constantes et accusées dans la cystite chronique, que les auteurs en ont fait le caractère prédominant de la maladie, d'où la dénomination de *catarrhe vésical* employée par un grand nombre comme synonyme de cystite chronique.

Dans la cystite chronique l'urine est louche, trouble, de couleur blanchâtre, laiteuse, d'une odeur fétide, quelquefois repoussante. Ces caractères, qui s'accusent surtout quelque temps après l'émission, peuvent se montrer au moment même de la miction. La densité de l'urine est généralement augmentée; son acidité peut être conservée, mais le plus souvent elle est diminuée, et très-rapidement elle fait place à l'alcalinité. Il n'est même pas très-rare que l'urine soit alcaline au moment de l'émission. Cette alcalinité de l'urine tient à une fermentation qui s'opère dans la vessie ou hors de la vessie et qui transforme l'urée en carbonate d'ammoniaque. Quant aux agents de cette fermentation, ils sont encore inconnus. Certains auteurs pensent que la présence de germes venus de l'extérieur, et surtout portés jusque dans la vessie par l'intermédiaire des sondes ou d'autres instruments, est nécessaire pour provoquer cette fermentation; d'autres, s'appuyant sur ce fait aujourd'hui bien démontré que l'urine peut devenir fétide et alcaline, chez des sujets atteints de cystite chronique et qui n'ont jamais été sondés, supposent que l'inflammation communique à l'épithélium vésical et au mucus des qualités spéciales qui leur permettent d'agir comme un véritable ferment à l'égard de l'urée.

Quoi qu'il en soit, les modifications que l'on observe dans la composition de l'urine consistent dans une exagération de production de certains principes normaux, tels que le mucus, les cellules épithéliales, les sels ordinaires, et dans l'apparition de certains principes nouveaux, tels que le pus, le sang et certains sels.

C'est à la présence de ces diverses substances que l'urine doit son aspect louche, sa densité plus grande, et ces caractères sont d'autant plus marqués que ces substances sont en plus grande quantité. Dans certains cas même, la fin de la miction est marquée par l'émission d'un liquide filant visqueux, qui n'a plus la moindre apparence de l'urine et qui est constitué par du muco-pus presque pur.

Pour bien étudier les altérations de l'urine dans la cystite chronique, il importe de laisser reposer le liquide dans un vase transparent; on voit alors les parties les plus denses se déposer peu à peu au fond du vase et, d'après la nature de ces dépôts, Mercier a établi une sorte de classification des urines en les désignant sous les noms d'urines *muqueuses*, *puriformes*, *purulentes* et *glaireuses*.

Les *urines muqueuses* présentent un dépôt d'un jaune pâle ou grisâtre. S'il existe en même temps une certaine proportion de pus, le dépôt prend une teinte jaune verdâtre; la présence du sang se manifeste par une coloration rosée, rougeâtre, brunâtre. Le dépôt muqueux est quelquefois assez abondant pour occuper la moitié de la hauteur du liquide.

Les *urines purulentes* donnent lieu à un dépôt d'un blanc mat, au-dessus duquel on remarque un dépôt muqueux plus ou moins abondant, offrant les caractères précités.

Enfin les *urines glaireuses*, remarquables par l'extrême viscosité du dépôt, résultent d'une transformation du mucus et du pus, sous l'influence du carbonate d'ammoniaque qui provient de la décomposition de l'urée.

Outre ces divers dépôts, on trouve, dans l'urine des sujets atteints de cystite chronique, des sels alcalins, tels que du carbonate, des phosphates et plus particulièrement du phosphate ammoniaco-magnésien.

Nous signalerons, en terminant la symptomatologie de la cystite chronique, l'existence d'accès fébriles, de phénomènes gastro-intestinaux, d'une sorte de cachexie spéciale reconnaissant en partie pour cause la résorption urinaire. Nous aurons à revenir plus tard sur cet accident commun à un grand nombre de maladies chroniques de l'appareil urinaire.

Mentionnons encore la paraplégie que l'on a parfois observée dans le cours des cystites chroniques.

La marche de la maladie est essentiellement chronique et sa durée indéterminée. Elle est sujette à de fréquentes poussées aiguës, qui sont surtout communes, chez la femme, au moment des époques menstruelles. Laugier et Bernadet ont insisté avec raison sur cette circonstance qui aggrave le pronostic de la cystite chronique chez la femme et retarde la guérison de la maladie.

Quoique la cystite chronique puisse guérir, il est fréquent de voir la maladie s'aggraver de plus en plus, sous l'influence de ces poussées aiguës successives, se compliquer de lésions de plus en plus profondes de la vessie et d'altérations secondaires des reins, et enfin se terminer par la mort.

DIAGNOSTIC. — Reconnaître l'existence d'une cystite chronique est généralement chose facile, d'après l'exposé des symptômes et de la marche de la maladie. Mais il serait utile de déterminer la nature et l'étendue des lésions, ainsi que la présence des complications du côté des reins. Ce complément de diagnostic est, il faut l'avouer, le plus souvent impossible. Nous verrons cependant, dans les articles suivants, consacrés aux diverses altérations de la vessie, que l'on peut dans certains cas soupçonner l'existence de ces complications.

PRONOSTIC. — La cystite chronique est toujours une maladie grave; dans sa forme la plus bénigne, dans le catarrhe vésical simple, la gra-

tivité est en rapport avec la durée indéterminée, la fréquence des récurrences. Dans les autres formes, on doit faire entrer en ligne de compte les complications fréquentes soit du côté de la vessie même, soit surtout du côté des reins, entraînant à leur suite une série d'accidents qui peuvent aboutir à la mort.

TRAITEMENT. — On devra d'abord s'attaquer aux causes de la cystite chronique, et si l'on veut bien se reporter à l'étiologie de cette affection, on pourra se convaincre qu'il est quelquefois possible de remplir cette indication.

Les moyens hygiéniques peuvent avoir une heureuse action sur la cystite chronique. Une habitation salubre, les climats secs et chauds, les vêtements de laine, les ceintures de flanelle appliquées sur le ventre, doivent être surtout recommandés dans les cystites qui semblent sous la dépendance du rhumatisme ou de la goutte. Il en est de même d'un régime sobre, avec abstention d'une alimentation excitante et trop azotée. Le régime lacté rend souvent des services signalés. Cependant, dans certaines formes graves de cystites chroniques, lorsque les malades sont affaiblis, cachectiques, il est nécessaire de prescrire une alimentation forte et substantielle.

Les grands bains, les bains de siège tièdes sont souvent utiles et conviennent indifféremment à tous les cas; il n'en est pas de même de l'hydrothérapie qui, susceptible de fournir de très-bons résultats chez les sujets jeunes, doit être à peu près complètement proscrite chez les vieillards.

On a jadis beaucoup employé les divers révulsifs, tels que les pommades irritantes, les cautères, les sétons, les moxas appliqués à la région hypogastrique ou périnéale. Ces moyens sont à peu près généralement abandonnés. Il en est de même des vésicatoires, qui présentent un danger spécial dans l'absorption de la cantharidine, dont on connaît l'action irritante sur la vessie.

La médication interne de la cystite chronique comprend une foule de remèdes dont le nombre même montre le peu d'efficacité. Nous signalerons : 1° les tisanes émoullientes, et, en particulier, la macération et la décoction légère de graine de lin;

2° Les diurétiques et les alcalins, tels que le chiendent, les stigmates de maïs vantés récemment par Dufau; les carbonates de potasse, de soude, de lithine; les benzoates de chaux, de soude et d'ammoniaque; les eaux de Contrexeville, de Vittel, de Vichy;

3° Les excitants et les irritants, parmi lesquels on doit citer: les infusions de bourgeons de sapin, d'uva ursi, de pareira brava très-employé en Angleterre, d'eucalyptus globulus, etc.;

4° Enfin, les balsamiques, qui rendent les plus grands services et qui comprennent: les baumes de Tolu, de benjoin, de copahu, la myrrhe et surtout les diverses térébenthines. Mentionnons encore les préparations de goudron et l'huile de Harlem, dont le principe actif est fourni

par les baies de genévrier et dont l'usage est très-répandu à l'étranger.

Pour terminer ce que nous avons à dire du traitement général des cystites chroniques, nous devons une mention spéciale à la médication hydrominérale, qui peut rendre de grands services, mais que l'on devra prescrire avec prudence, toutes les fois qu'on pourra soupçonner l'existence d'altérations des reins. On s'adressera surtout aux eaux de Contrexeville, de Vittel, d'Evian, qui agissent principalement comme diurétiques, ou aux eaux alcalines, telles que Vichy, Vals. Chez les sujets lymphatiques et dans les formes atoniques de la cystite chronique, les eaux sulfureuses rendent de grands services.

Le *traitement local* de la cystite chronique présente une grande importance, et consiste essentiellement dans l'évacuation régulière et fréquente du liquide plus ou moins altéré que renferme la vessie, et dans l'emploi d'injections intravésicales.

Il importe au plus haut point de ne pas laisser séjourner dans la vessie l'urine plus ou moins altérée, dont le contact prolongé avec la muqueuse est une source continuelle d'aggravation de la maladie. Cette indication est malheureusement difficile à remplir dans certaines circonstances, lorsque le cathétérisme répété est douloureux et lorsque la sonde à demeure est mal tolérée par les malades. Ce sont, en effet, les deux seuls moyens auxquels le chirurgien puisse avoir recours, et il devra donner la préférence à celui des deux qui lui paraîtra offrir le moins d'inconvénients.

Si l'on a recours au cathétérisme répété, celui-ci devra être pratiqué trois ou quatre fois par jour, et souvent le malade pourra le faire lui-même. Il sera bon de se servir de préférence d'une sonde en gomme.

Quant à la sonde à demeure, malgré les objections dont elle est passible, elle peut rendre les plus grands services et ne présente pas toujours les inconvénients graves qu'on lui reproche, à la condition que son usage sera surveillé avec soin. Ainsi il importe de ne laisser pénétrer dans la vessie que la pointe de la sonde et de la fixer solidement, de manière à éviter son déplacement; il importe de choisir une sonde bien lisse, aussi molle que possible, et dont le calibre soit bien en proportion avec celui de l'urèthre, en sorte qu'il n'y ait pas de distension du canal. La sonde à demeure présente l'immense avantage de pouvoir établir une évacuation continue par le jeu du siphon, en sorte que l'urine n'a pas le temps de se décomposer.

Quel que soit le moyen mis en usage, la sonde servira non seulement à évacuer l'urine, mais encore à faire des injections dans la vessie. On a bien proposé, depuis Cloquet, de pratiquer ces injections sans le secours du cathétérisme, mais je n'ai pas eu l'occasion d'expérimenter ce procédé, qui ne paraît pas jusqu'à présent s'être beaucoup répandu dans la pratique. Voici comment Mallez conseille de procéder: Un tube de caoutchouc, rattaché à un récipient, est terminé à son extrémité par un bout de sonde d'un centimètre et demi qu'on introduit dans la

fosse naviculaire. Une compression légère étant exercée sur le gland afin d'empêcher le reflux du liquide, il suffit d'élever le récipient à 70 centimètres pour que le liquide pénètre jusque dans la vessie.

On a préconisé une foule de liquides pour les injections intra-vésicales. L'eau chaude ou froide, employée surtout en irrigation continue suivant le conseil de J. Cloquet, a suffi quelquefois ; mais, le plus souvent, on a recours à des liquides médicamenteux, parmi lesquels nous citerons, comme étant les plus utilement employés : l'eau de goudron, les solutions d'acide phénique, d'acide borique, de bicarbonate de soude et de potasse, enfin de nitrate d'argent.

Relativement à ce dernier médicament, nous ferons remarquer qu'on l'a employé de deux manières absolument différentes, tantôt sous forme d'injections intravésicales proprement dites, tantôt sous forme d'instillations portées au niveau du col de la vessie, à l'aide d'une sonde creuse. Cette dernière manière de procéder a été recommandée par le professeur Guyon dans les cystites du col et dans la prostatite chronique. Nous y reviendrons à l'occasion du traitement de cette dernière maladie.

Les injections intravésicales de nitrate d'argent, préconisées surtout par Mercier, à la dose de 0gr,05 à 1,2 et même 3 grammes pour 120 grammes d'eau, ont procuré de remarquables guérisons ; mais il faut bien savoir que ce remède doit être employé avec une extrême prudence, et qu'il peut causer les accidents les plus graves chez les sujets atteints de lésions rénales.

Enfin, pour terminer, nous dirons que certaines cystites chroniques rebelles à tout traitement, et déterminant des phénomènes locaux et généraux d'une extrême gravité, ont été radicalement guéries par la taille. C'est là une ressource extrême à laquelle on pourrait avoir recours. Simpson, Lawson Tait, Marion Sims, ont même appliqué cette méthode de traitement chez la femme, et pratiqué avec succès la taille vésico-vaginale chez des malades atteintes de cystite chronique.

C. Abscès de la vessie.

Les abcès de la vessie peuvent siéger dans l'épaisseur de ses parois ou en dehors de celles-ci ; les premiers sont désignés sous le nom d'*abcès intrapariétaux*, les seconds sont souvent décrits sous le nom d'*abcès périvésicaux* et résultent de la phlegmasie du tissu cellulaire qui entoure la vessie (*péricystite*). Quoique, dans ce dernier cas, l'inflammation puisse occuper divers points, c'est le plus souvent au niveau de la cavité prévésicale ou *cavité de Retzius* que se développent ces abcès. Nous les avons décrits dans une autre partie de cet ouvrage (voy. t. V, p. 759) et nous n'y reviendrons pas.

Quant aux *abcès intrapariétaux*, d'ailleurs assez peu fréquents, ils sont tantôt *circonscrits*, tantôt *diffus*. Les premiers, les plus rares, sont

uniques ou multiples. Chopart en a observé deux exemples : dans un cas il n'existait qu'un seul abcès situé dans l'épaisseur des parois de la vessie, au voisinage de l'ouraque ; la poche était extrêmement mince et se rompit au premier attouchement ; le reste de la vessie était sain. Dans le second cas, il y avait deux abcès sur le côté droit de la vessie.

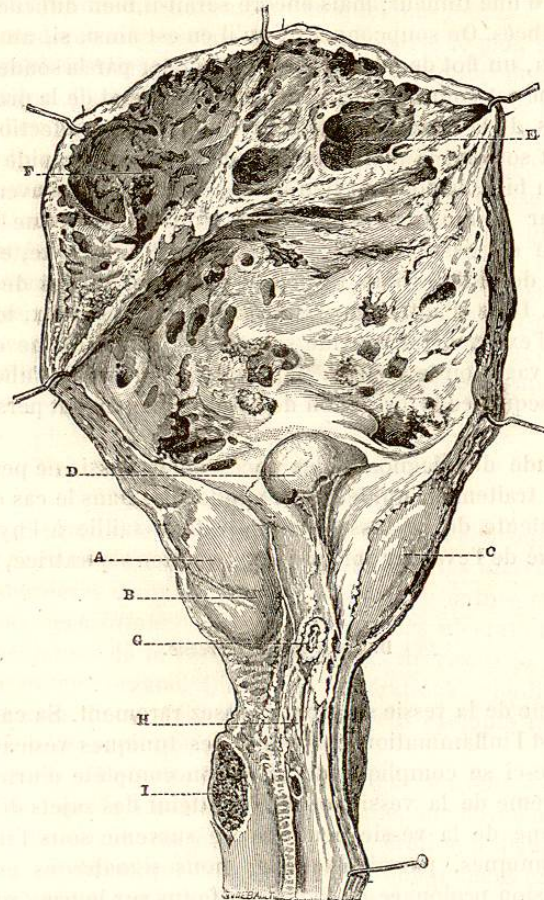


FIG. 469. — Abscès interstitiels du sommet de la vessie.
H. Rétrécissement de l'urèthre. — EF. Cavités creusées dans l'épaisseur des parois vésicales, séparées par des cloisons complètes. (Voillemier.)

Il est bon de faire remarquer que l'on a souvent pris pour des abcès de la vessie des collections purulentes développées dans l'épaisseur de la prostate, et saillantes au niveau du bas-fond. Les abcès de la vessie existent d'ailleurs quelquefois avec les abcès de la prostate.

Les *abcès diffus* de la vessie, beaucoup plus fréquents que les abcès

circonscrits, déterminent une notable augmentation de l'épaisseur des parois vésicales, par suite de l'infiltration du pus entre les diverses tuniques. Ruysch, Bonnet, Helwig en ont rapporté des observations.

Le DIAGNOSTIC des abcès vésicaux est le plus souvent impossible. Dans le cas où la collection purulente ferait saillie dans l'intérieur du réservoir urinaire, la sonde permettrait quelquefois de reconnaître la présence d'une tumeur, mais encore serait-il bien difficile de dire s'il s'agit d'un abcès. On soupçonnerait qu'il en est ainsi, si, au moment de l'exploration, un flot de pus venait à s'échapper par la sonde. Cependant ce symptôme est commun aux abcès de la vessie et de la prostate.

Les abcès de la vessie constituent toujours une affection grave. Ils déterminent souvent la mort par suite de l'altération rapide de la santé générale, ou bien ils donnent lieu à des accidents qui peuvent encore se terminer par la mort, lorsque le pus s'ouvre une issue du côté du péritoine ou du tissu cellulaire du bassin; il en résulte, en effet, des péritonites, des infiltrations urinaires étendues, suivies de phlegmons gangréneux. Dans d'autres cas relativement plus heureux, le pus trouve une issue à l'extérieur, et se vide soit dans la cavité même de la vessie, soit dans le vagin ou le rectum. Mais cette ouverture de l'abcès entraîne comme conséquence la formation de fistules qui peuvent persister indéfiniment.

L'incertitude du diagnostic des abcès de la vessie ne permet pas de formuler un traitement qui leur soit applicable. Dans le cas où une collection purulente de la vessie viendrait faire saillie à l'hypogastre, il serait indiqué de l'évacuer soit par une ponction aspiratrice, soit par une incision.

D. Gangrène de la vessie.

La gangrène de la vessie se montre assez rarement. Sa cause la plus habituelle est l'inflammation chronique des tuniques vésicales, surtout lorsque celle-ci se complique de rétention complète d'urine avec distension extrême de la vessie, et qu'elle atteint des sujets débilités.

La gangrène de la vessie peut encore survenir sous l'influence de causes mécaniques, parmi lesquelles nous signalerons en première ligne la pression prolongée de la tête du fœtus sur le bas-fond ou sur le col, les corps étrangers, les calculs. Enfin, on a vu la gangrène de la vessie se développer sous l'influence d'un état général grave, et en particulier dans le cours de la fièvre typhoïde.

Tantôt la muqueuse vésicale seule est frappée de gangrène, tantôt toute l'épaisseur de la paroi se mortifie.

Lorsque la gangrène est limitée à la muqueuse, elle se montre généralement sous forme de plaques circonscrites, de couleur d'abord blanchâtre, puis violacée, brunâtre ou noire. Dans quelques cas, on a vu des malades évacuer avec l'urine des lambeaux plus ou moins étendus de

leur muqueuse vésicale, et Morgagni (1) cite une observation dans laquelle la muqueuse presque tout entière était détachée de la tunique musculaire.

L'élimination des eschares peut être l'origine d'ulcérations ou de perforations de la vessie, dont nous parlerons tout à l'heure. Dans certains cas de gangrènes étendues et profondes, les malades tombent rapidement dans l'adynamie et succombent en quelques jours.

On comprend que la gangrène de la vessie passe le plus souvent inaperçue lorsqu'elle est limitée, et ne puisse être que soupçonnée lorsqu'elle est très-étendue. L'odeur infecte de l'urine, l'expulsion de lambeaux de muqueuse, l'état général grave des malades, sont les principaux symptômes qui doivent faire penser à la gangrène de la vessie.

Le plus souvent mortelle, la gangrène de la vessie expose les malades qui en sont atteints à la formation de fistules urinaires plus ou moins difficiles à guérir.

Le traitement de la gangrène de la vessie est celui des cystites graves; lorsque la mortification est un fait accompli, on devra pratiquer de fréquents lavages antiseptiques, et parer aux accidents qui en résultent, tels que l'infiltration urinaire ou les fistules, à l'aide des moyens appropriés.

E. Ulcérations de la vessie.

On a distingué parmi les ulcérations que l'on peut rencontrer à la surface interne de la vessie, les *ulcérations simples* et les *ulcérations spécifiques*. Ces dernières comprennent les ulcères de nature *tuberculeuse*, *cancéreuse* ou *syphilitique*. Nous parlerons des ulcérations tuberculeuses et cancéreuses de la vessie lorsque nous décrirons la tuberculose et le cancer de cet organe. Quant aux ulcérations syphilitiques, leur existence est loin d'être démontrée, et le seul exemple rapporté par Vidal (de Cassis) (2) reste très-contestable.

Les *ulcérations simples* de la vessie succèdent souvent à la pression prolongée d'une sonde à demeure, trop longue, sur un même point de la paroi vésicale. Dans ces conditions, l'ulcération a d'autant plus de chance de se produire que la vessie est chroniquement enflammée et que le sujet se trouve dans de mauvaises conditions de santé générale.

L'ulcération produite par la pression d'une sonde se présente souvent sous la forme d'une gouttière, plus ou moins excavée, dont le fond est parfois recouvert d'une couche grisâtre, noirâtre ou d'une eschare véritable. Quelquefois l'ulcération peut atteindre la couche musculaire elle-même et déterminer la perforation du réservoir urinaire.

Les ulcérations simples de la vessie sont fréquemment la conséquence

(1) *De sedibus et causis*, epist. XLI, 40.

(2) *Traité des maladies vénériennes*, p. 169.

de la cystite aiguë ou chronique. Dans le cas de cystite aiguë, elles sont ordinairement superficielles, souvent bornées à une desquamation épithéliale, ou n'atteignent qu'une faible épaisseur de la muqueuse.

Dans la cystite chronique, les ulcérations sont plus fréquentes et plus profondes, et la tunique musculuse est souvent mise à nu; parfois même, celle-ci ayant disparu, le fond de l'ulcération est formé par une couche plus ou moins épaisse de tissu conjonctif.

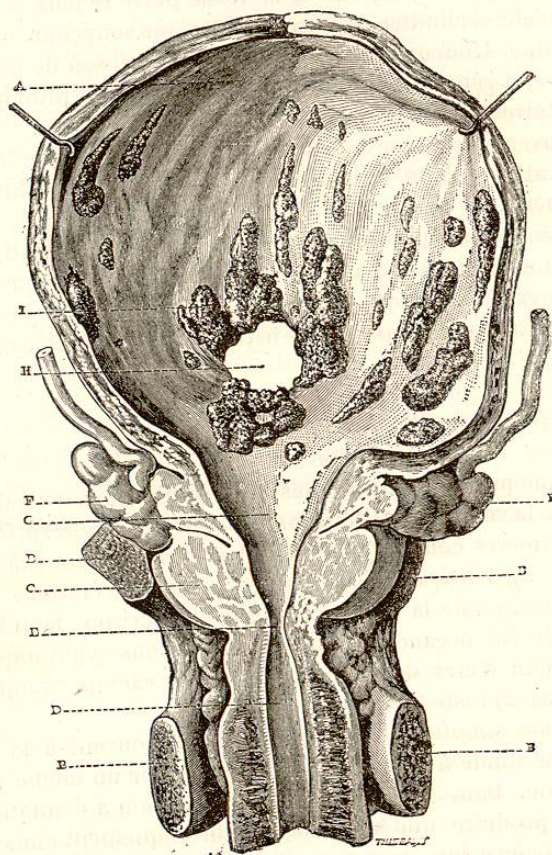


FIG. 170. — Perforation ayant succédé à une ulcération et faisant communiquer la vessie avec un abcès périvésical. La muqueuse est parsemée de végétations, surtout au pourtour de la perforation. (Voillemier.)

Ces ulcérations siègent de préférence vers le bas-fond de la vessie; elles sont souvent multiples, de dimensions variables, atteignant parfois plusieurs centimètres de diamètre.

Mercier (1) a attiré l'attention sur une forme particulière d'ulcération

(1) *Mém. sur certaines perforations spontanées de la vessie* (*Gaz. méd.*, 1836, p. 257 et 273).

de la vessie, ordinairement unique, qui semble se développer d'une manière insidieuse et sans avoir été précédée par une cystite franche, et qui présente une tendance spéciale à amener la perforation de la vessie. Ces caractères ont valu à cette forme d'ulcération le nom d'*ulcère perforant chronique*, et établissent entre elle et l'ulcère simple de l'estomac une certaine analogie. Suivant Mercier, le travail ulcératif débute dans le fond d'une de ces cavités que l'on observe parfois à la surface interne de la vessie, et que nous décrirons bientôt sous le nom de *cellules*; et ce travail ulcératif serait la conséquence de l'action irritante de l'urine décomposée. D'abord limitée à la muqueuse, l'ulcération gagnerait peu à peu en profondeur et finirait par atteindre le tissu conjonctif périvésical. Suivant le siège de l'ulcération, cet ulcère perforant amènerait en définitive la communication anormale de la vessie, soit avec un organe voisin et en particulier avec l'intestin, d'où la production d'une *fistule vésico-intestinale*; soit avec le péritoine, d'où le développement d'une péritonite suraiguë; soit enfin avec le tissu cellulaire du bassin, d'où la formation d'abcès périvésicaux et d'infiltration urinaire.

Quoique l'opinion de Mercier sur le siège à peu près constant de ces ulcères perforants au niveau d'une cellule vésicale doive être considérée comme parfaitement exacte, il ne faudrait pas croire que ce siège est exclusif; quelques faits prouvent que la perforation spontanée de la vessie peut se produire ailleurs qu'au fond d'une cellule, et Le Dentu cite dans son ouvrage une observation empruntée à Bartbet, et un cas dû à Voillemier (fig. 170) qui ne laissent aucun doute à ce sujet.

Au point de vue clinique les ulcérations de la vessie ne traduisent leur présence par aucun signe pathognomonique. Leurs symptômes sont ceux de la cystite chronique. On a plus particulièrement insisté sur la présence d'une grande quantité de pus dans l'urine, sur les hématuries, sur les douleurs vives provoquées par le contact de la sonde, comme propres à faire soupçonner les ulcérations vésicales. Lawson a de plus signalé, surtout chez les femmes, les douleurs de la miction.

Alors même que l'on soupçonnerait l'existence d'ulcérations de la vessie, on ne pourrait guère appliquer d'autre traitement que celui de la cystite chronique. Cependant quelques chirurgiens anglais et américains, et en particulier Lawson et Marion Sims, ont préconisé un mode de traitement chirurgical qui paraît avoir réussi dans certains cas de cystites extrêmement douloureuses, dans lesquelles ces chirurgiens avaient porté le diagnostic d'ulcère perforant. Ce mode de traitement consiste dans un large débridement du col et du bas-fond de la vessie. Nous avons déjà signalé, et nous y reviendrons plus tard à l'occasion de la névralgie du col vésical, la taille médiane comme ressource ultime dans le traitement de certaines cystites chroniques du col. Ce même moyen a été appliqué avec succès par Lawson et Marion Sims chez la femme, dans des cas où l'on avait soupçonné l'existence d'un ulcère perforant de