

vait donné aucun résultat. EDLEFSEN conseille l'usage interne du chlorate de potasse (15,0 : 300,0), qui selon lui passe dans l'urine à l'état d'acide chlorhydrique.

Les **abcès intrapariétaux et la péricystite suppurée** exigent un traitement tout spécial. Lorsqu'on a reconnu, de la manière indiquée plus haut, la présence d'un foyer purulent, il importe de donner le plus tôt possible au pus un libre écoulement. On arrivera sur l'abcès par une incision faite couche par couche avec beaucoup de soin, afin d'éviter des lésions accessoires. Par le traitement antiseptique et un bon drainage assurant au pus un libre écoulement, on cherchera à obtenir la guérison le plus rapidement possible. Pour l'incision de l'abcès on pourra laisser en place comme conducteur le trocart qui a servi à faire une ponction exploratrice. Si l'abcès s'est déjà ouvert dans la cavité pelvienne et a donné lieu à des fusées purulentes, à de la périproctite, à des fistules (vésico-vaginales ou vésico-rectales), on traitera ces complications selon les règles chirurgicales générales; les abcès secondaires devront être ouverts le plus tôt possible; on pratiquera, au besoin, la section du sphincter anal, etc. Les infiltrations diffuses de pus ou d'urine ne sont guère justiciables d'un traitement chirurgical. L'état de collapsus dans lequel se trouve alors le malade, sera combattu, le plus souvent sans succès, par l'administration de substances toniques et antiseptiques.

c. Fistules vésicales.

§ 246. — Les fistules vésicales, chez l'homme, affectent soit la forme tubulaire, soit la forme labiée, et suivant l'organe ou la région où elles débouchent, on les désigne sous les noms de **fistules vésico-rectale, intestinale, hypogastrique, périnéale**, etc.

Les fistules vésicales, ainsi que nous l'avons démontré, s'observent rarement à l'état **congénital**, comme conséquence d'un arrêt de développement. Le plus souvent elles se produisent à la suite de **lésions traumatiques** de la vessie, et particulièrement de contusions et de plaies avec pertes de substance de cet organe; elles peuvent succéder également à des inflammations de la vessie avec perforation de ses parois. Enfin les néoplasmes ulcérés, surtout les carcinomes, donnent lieu également à la formation de fistules.

Le **diagnostic des fistules de la vessie** est, en général, facile. Elles sont le siège d'un écoulement d'urine continu, dont la quantité augmente lorsque les parois abdominales subissent tout à coup une augmentation de tension. En outre, le malade ne peut retenir volontairement l'urine. Lorsque la fistule débouche dans l'intestin, on observe ordinairement le passage de matières fécales et de gaz intestinaux dans la cavité vésicale. Dans les fistules vésico-rectales l'urine peut être parfois retenue grâce au sphincter anal.

Le **pronostic** des fistules vésicales est mauvais au point de vue de la guérison, lorsque l'orifice interne intéresse une partie de la vessie tapissée par le pé-

ritoine. Cependant nous avons vu guérir spontanément, à la suite de lavages de la vessie, une fistule vésico-intestinale due à la perforation simultanée dans la vessie et l'intestin, d'un foyer de péricystite suppurée. — Quant aux autres fistules, elles peuvent se fermer, bien que leur guérison exige parfois une intervention chirurgicale.

Le **traitement des fistules vésico-rectales** doit consister dans l'avivement et la suture des bords faite avec soin, après section préalable du sphincter; cette dernière peut déjà parfois, à elle seule, amener la guérison de petites fistules qui ne sont pas trop anciennes. D'autres fistules vésicales tubulaires exigent, pour guérir, que l'on mette fin d'abord à la stagnation de l'urine à l'aide d'une sonde laissée à demeure dans l'urètre, et servant à faire des lavages fréquents de la vessie avec des substances antiseptiques. En outre, les parois du trajet fistuleux doivent être nettoyées soigneusement à l'aide de la curette tranchante ou par des cautérisations; les poches latérales seront incisées et le malade placé de façon que l'urine arrive le moins possible en contact avec l'orifice interne de la fistule. Ainsi, dans les cas de fistules périnéales, on fera coucher le malade sur le ventre ou sur l'un des côtés, tandis qu'on le fera asseoir ou coucher sur le dos s'il s'agit d'une fistule hypogastrique. A propos de cette dernière, nous ferons remarquer que son orifice vésical ne se trouve pas toujours au niveau de la paroi antérieure de l'organe, et ce n'est qu'en faisant prendre au malade diverses positions que l'on peut alors arriver à reconnaître celle dans laquelle l'urine ne s'écoule pas par la fistule. — Il va sans dire que pour obtenir un bon résultat du traitement, il est de la plus grande importance de guérir avant tout le catarrhe vésical concomitant.

d. Néoplasmes de la vessie.

§ 247. — L'**hypertrophie des parois de la vessie** s'observe en même temps que la **dilatation** ou le **rétrécissement** de la cavité de l'organe. La dilatation se complique souvent d'une hernie de la muqueuse entre les faisceaux écartés de la tunique musculaire, laquelle s'y prête fort bien, grâce à la disposition anatomique particulière déjà décrite de ses fibres hypertrophiées; ainsi se produisent les **diverticules, cellules ou poches de la vessie** dont nous avons déjà parlé, à propos des conséquences des rétrécissements de l'urètre. L'épaississement des parois vésicales est dû essentiellement à une hypertrophie de la tunique musculaire, laquelle peut atteindre une épaisseur de 4,5 cm. Les faisceaux musculaires forment souvent des saillies semblables aux colonnes charnues du cœur (vessie à colonnes), que l'on peut facilement reconnaître à l'aide de la sonde, mais qui, assez souvent, ont été prises pour des tumeurs de la vessie ou même pour des calculs. Un épaississement de la muqueuse et de la sous-muqueuse accompagne habituellement l'hypertrophie de la couche musculaire, mais à un degré moindre; cependant on l'observe parfois isolément dans les inflammations chroniques de la vessie et dans les paralysies de la tunique musculaire.

La dilatation concomitante (**hypertrophie excentrique**) peut donner à la vessie des dimensions considérables. HUNTER et V. PITHA ont observé des cas dans lesquels la vessie remontait jusqu'à l'épigastre, et dans les rétentions d'urine on l'a vue atteindre le rebord des fausses côtes du côté gauche. Dans ces cas l'emploi de la sonde peut seul préserver le médecin d'une erreur de diagnostic consistant à prendre la vessie distendue pour une ascite, une hydropisie enkystée ou des tumeurs à contenu liquide de la région hypogastrique.

L'**hypertrophie avec rétrécissement de la cavité vésicale (hypertrophie concentrique)** est plus fréquente dans la jeunesse qu'à un âge avancé où l'on observe, au contraire, le plus souvent la dilatation. On sent alors la vessie sous la forme d'un corps dur, arrondi. L'emploi de la sonde, associé à l'exploration bimanuelle, permettra d'éviter de prendre pour une tumeur cet organe hypertrophié.

Les parois vésicales hypertrophiées sont parfois très peu résistantes à cause de la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires. C'est ainsi que nous avons vu se produire une rupture de la vessie à la suite d'une contusion de la région hypogastrique chez un homme de 32 ans doué d'un certain embonpoint, et affecté d'une hypertrophie concentrique de la vessie survenue à la suite d'un rétrécissement de l'urètre existant depuis très longtemps. De même chez un homme âgé présentant une dilatation de la vessie due à la présence d'un calcul, l'introduction d'un cathéter explorateur faite par un habile chirurgien, du reste, détermina une perforation des parois vésicales suivie d'une péritonite rapidement mortelle.

Les causes d'**hypertrophie de la vessie** consistent dans des **obstacles mécaniques à l'écoulement de l'urine**, à savoir les rétrécissements de l'urètre, les calculs de la vessie, de la prostate ou de l'urètre, l'hypertrophie de la prostate, la compression de l'urètre et du bas-fond de la vessie par des tumeurs, la pénétration de la vessie dans un sac herniaire etc. D'autres causes sont la **cystite** et l'**urétrite**, les **rétentions d'urine fréquentes**, volontaires ou non. Vu la fréquence de ces différentes causes on comprend que l'hypertrophie de la vessie s'observe surtout chez les individus âgés, mais qu'elle ne soit pas rare chez les jeunes gens et même chez les enfants. Tandis que l'hypertrophie excentrique donne lieu à des rétentions d'urine, à des catarrhes chroniques de la vessie, à des calculs, enfin à la paralysie de l'organe, l'hypertrophie concentrique s'accompagne d'un ténésme vésical très pénible qui oblige les malades à uriner à de courts intervalles, les prive du repos de la nuit et les rend impropres à une foule d'occupations.

Le **pronostic de l'hypertrophie** est défavorable en ce sens que les degrés élevés de cette affection sont évidemment incurables. Cependant on peut améliorer notablement les troubles fonctionnels qui en dépendent.

Le **traitement** doit en première ligne s'adresser aux causes de l'hypertrophie, telles que les rétrécissements, les calculs, etc.; on aura soin avant tout de régulariser l'évacuation de l'urine. Une vessie hypertrophiée et dilatée doit être vidée 2 ou 3 fois par jour au moyen de la sonde; on se servira de préférence d'une sonde élastique, que le malade pourra s'introduire lui-même. Dans le but de rétablir la contractilité de la tunique musculaire, on aura recours à l'électricité, aux injections sous-cutanées de strychnine et d'ergotine, aux douches chaudes et froides. Un moyen que nous avons trouvé très efficace, consiste dans l'emploi d'une injection poussée avec force dans la vessie, et pour laquelle on se sert d'abord d'une solution tiède d'acide phénique, que l'on remplace peu à peu par de l'eau froide. Par l'intercalation du tube de verre en **T** décrit plus haut, et par l'emploi d'un long tube de caoutchouc réunissant la sonde à un irrigateur ou à l'entonnoir d'Hégar, on peut augmenter ou diminuer à volonté la force du jet de liquide venant frapper la surface interne de la vessie. En outre ce procédé permet d'évacuer rapidement la cavité vésicale une fois remplie (voir paralysie de la vessie). Dans l'hypertrophie concentrique avec diminution considérable de la capacité vésicale, on a essayé de diminuer l'irritabilité de la muqueuse par des bains de siège, par des frictions avec des pommades contenant des substances narcotiques, par l'introduction de bougies, etc. Nous n'avons guère eu à nous louer de ces moyens de traitement, et nous conseillons bien plutôt de tenter immédiatement la dilatation mécanique de la vessie. On engagera d'abord le malade à résister énergiquement au besoin de miction et à retenir l'urine dans la vessie le plus longtemps possible. Un moyen beaucoup plus efficace consiste à dilater mécaniquement la vessie par des injections à l'aide de l'appareil que nous venons de mentionner, ou d'une sonde à double courant dont on maintient fermé l'orifice d'écoulement. On remplit la vessie autant que le malade peut le supporter, et on laisse le liquide dans la vessie pendant un certain temps. Souvent on réussit ainsi à dilater suffisamment la vessie dans un espace de temps relativement court.

Tumeurs intra-vésicales.

§ 248. — Les tumeurs de la vessie offrent le plus souvent la forme de **polypes**, c'est-à-dire qu'elles sont pourvues d'un pédicule plus ou moins long. Au point de vue **histologique** on a observé :

1. De petites tumeurs constituées par du **tissu conjonctif hypertrophié** et par la **muqueuse épaissie**. Elles se développent dans le bas-fond de la vessie et ressemblent aux polypes muqueux ordinaires ou aux fibromes pédiculés du nez (COOPER, FORSTER, MERCIER, CROSSE, MAAS, et d'autres).

2. Des **fibromes et sarcomes plus volumineux**. Ces derniers à cellules rondes ou fusiformes. Leur siège est aussi le bas-fond de la vessie (JACKSON, KOENIG, GERSUNY). Ces tumeurs ont parfois un pédicule très long et mince.

3. Des **myomes** (myosarcomes, myocarcinomes). Ils occupent souvent le bas-fond de la vessie; quelquefois ils ont pour point de départ le verumontan-