

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-