

§ 10. — **Abcès de la vessie.**

Contrairement à ce que croyaient les anciens, qui désignaient sous ce nom toutes les suppurations intravésicales et périvésicales, les abcès proprement dits de la vessie, c'est-à-dire les collections purulentes développées dans l'épaisseur des parois du réservoir, sont très rares.

Ils sont *circonscrits* ou *diffus*.

Les abcès circonscrits se développent dans la paroi épaissie de la vessie à la suite de vieille cystite chronique. Leur volume varie de la grosseur d'un pois à celle d'une amande, d'une noix. Ils siègeraient d'après Civiale surtout à la paroi antérieure du réservoir et près de son sommet. Le Dentu les aurait rencontrés partout indifféremment, sauf au niveau du trigone. Parfois ils cessent de se développer après avoir atteint un certain volume et restent contenus dans l'épaisseur des parois vésicales. Le plus souvent ils s'ouvrent, soit dans la vessie, soit dans le tissu cellulaire périvésical où ils déterminent un foyer de suppuration secondaire, une suppuration diffuse. Quelquefois aussi ils font irruption dans le péritoine et allument une péritonite mortelle ou mettent en communication le réservoir urinaire avec les organes voisins.

Les suppurations diffuses de la vessie surviennent comme les suppurations circonscrites dans le cours des cystites ; elles se montrent aussi à la suite des traumatismes.

Elles sont caractérisées anatomiquement par une infiltration purulente des tuniques vésicales, surtout abondante dans le tissu périvésical et donnent lieu à des accidents rapidement mortels.

L'histoire clinique des abcès circonscrits et des suppurations diffuses de la vessie est encore à faire et il est probable qu'elle se fera longtemps attendre. En effet, outre que ce genre d'affection se rencontre rarement, ses symptômes ne présentent rien de précis.

Non reconnus sur le vivant, les abcès vésicaux ne peuvent donner lieu à aucune indication thérapeutique. Il est évident que si la suppuration circonscrite ou diffuse vient faire saillie dans un point accessible, on doit lui donner issue, soit par une ponction, soit par une incision.

§ 11. — **Gangrène de la vessie.**

La gangrène de la vessie est rarement observée. Elle frappe la muqueuse seule ou la totalité des tuniques vésicales.

Beaucoup d'auteurs sont enclins à attribuer à la cystite une influence étiologique assez grande sur la mortification de la muqueuse de la vessie. La chose est possible mais assurément exceptionnelle, et souvent on a pris pour des plaques gangréneuses la coloration brunâtre, la

pigmentation de la muqueuse si souvent observée dans la cystite. Un corps étranger, un calcul peut amener par la pression qu'il exerce une gangrène de la tunique interne de la vessie, mais c'est là une véritable curiosité pathologique. Il en est de même de la pression excentrique exercée par l'urine dans les cas de rétention (?).

La cause la plus fréquente de la gangrène intéressant la totalité des parois de la vessie, c'est la pression de dehors en dedans du réservoir, comme cela s'observe dans les accouchements laborieux par l'intermédiaire de la tête du fœtus (fistules vésico-utérine et vésico-vaginale). On l'a vue encore succéder à la gangrène de la vulve et du vagin et se montrer dans le cours ou à la suite de maladies générales infectieuses, comme la fièvre typhoïde. Presque toujours la gangrène limitée à la muqueuse est circonscrite et se présente sous forme de plaques violacées, noirâtres, se détachant de la musculature sous-jacente et flottant dans le réservoir. Parfois la muqueuse sphacélée peut se détacher en entier de la musculature sous-jacente, comme dans le cas bien connu de Morgagni.

Quand la gangrène frappe toute l'épaisseur des parois de la vessie, le réservoir perforé laisse échapper son contenu dans les tissus ou les organes voisins, et si la mort n'en est pas la conséquence, il s'établit des fistules difficilement curables.

L'affection, à moins que la perforation survienne, ne se traduit par aucun symptôme caractéristique. La coloration des urines sale, brune, noirâtre, leur odeur repoussante peut en effet s'observer dans les vieilles cystites sans gangrène. La présence dans les urines de lambeaux sphacelés, soigneusement examinés au microscope, pourrait être d'un précieux secours pour le diagnostic, particulièrement avec les néoplasmes vésicaux.

Traitement. — Le traitement est prophylactique et symptomatique. S'il est vrai que la cystite puisse devenir cause de gangrène, le traitement bien entendu de l'inflammation vésicale, l'antisepsie, pourrait parfois prévenir la mortification des tuniques et les mêmes moyens en combattraient les conséquences si elles se déclarent.

§ 12. — **Ulcérations de la vessie.**

Comme les deux précédentes, cette affection est très rare. Les classiques admettent deux grandes catégories d'ulcérations de la vessie : les ulcérations simples et les ulcérations spécifiques. Les premières peuvent elles-mêmes être divisées en ulcérations mécaniques et ulcérations inflammatoires. Les ulcérations mécaniques peuvent être déterminées par la pression d'un calcul, d'un corps étranger, d'une sonde à demeure, mais cela est tout à fait exceptionnel. Plus souvent la perforation ulcérate du réservoir est consécutive à une pression

s'exerçant de dehors en dedans, comme celle qu'exerce le segment inférieur de l'utérus gravide en rétroversion. Les ulcérations inflammatoires, très rares aussi, s'observent dans les cystites aiguës intenses.

A côté de cette variété il convient de signaler les perforations dues au processus, décrit sous le nom d'ulcère perforant chronique. Étudiées avec soin par Mercier, ces ulcérations se produiraient, suivant cet auteur, toujours au fond d'une cellule et résulteraient des phénomènes inflammatoires provoqués et entretenus par la stagnation des urines. Quoique rares, ces ulcères perforants existent incontestablement, mais on peut aussi en observer en dehors des cellules vésicales. Ils siègent alors tout près du col, sont uniques, ont leurs bords taillés à pic et se développent très rapidement. Ils ont été décrits par les auteurs anglais, en particulier par James Oliver, et leur mécanisme pathogénique a été assimilé au mécanisme de l'ulcère simple de l'estomac, mais rien jusqu'ici n'autorise à admettre cette hypothèse.

Les ulcérations spécifiques ou diathésiques ne relèvent guère que de la tuberculose vésicale. En effet les autres néoplasies, même les plus malignes, comme les épithéliomias, ne s'ulcèrent qu'exceptionnellement. Quant aux ulcérations syphilitiques, il n'existe jusqu'ici que le cas très contestable de Vidal de Cassis.

Les ulcérations de la vessie, qui restent comprises dans l'épaisseur des parois du réservoir, se traduisent, quoi qu'on en ait dit, par des signes bien vagues. L'abondance du pus dans l'urine, les hématuries, n'ont rien de caractéristique; il en est de même de la douleur provoquée par le contact de la sonde et de la souffrance extrême de la miction notée par Lawson chez la femme. Le plus souvent les ulcérations de la vessie sont des trouvailles d'amphithéâtre.

Leur gravité dépend de la cystite qu'elles compliquent, et elle vient s'ajouter à celle de l'inflammation vésicale. Il n'est peut-être pas impossible qu'elles guérissent.

Les ulcérations perforantes déterminent en général la mort au moment même de leur production (péritonite, infiltration d'urine), mais parfois, à la suite d'adhérences inflammatoires entre la vessie et les organes voisins, il peut s'établir des fistules compatibles avec la vie.

Traitement. — Le traitement des ulcérations de la vessie est purement symptomatique et il s'adresse surtout à la douleur et à l'abondance de la suppuration qui en est la conséquence. C'est en somme celui des formes graves de la cystite jusqu'à la cystotomie y compris. Lawson et Marion Sims auraient eu recours à cette dernière opération.

§ 13. — Cellules et poches vésicales.

Les *cellules vésicales* sont des dépressions de la muqueuse du réservoir s'enfonçant plus ou moins profondément dans l'épaisseur des

parois entre les faisceaux hypertrophiés de la musculuse. Lorsque la dépression dépasse l'épaisseur de la paroi, on l'appelle *poches*. Ce genre de lésions, bien étudiées par les chirurgiens du siècle dernier, a eu dans ces dernières années un regain d'actualité en raison des considérations soulevées par la lithotritie et les calculs enchatonnés (Robelin).

L'anatomie pathologique des cellules et poches vésicales, en révélant leur constitution, permet d'en mieux comprendre la pathogénie et la cause. Les individus chez lesquels on observe les vessies à cellules sont presque exclusivement de vieux urinaires, en particulier des rétrécis et des prostatiques, chez lesquels la vessie par excès de travail est hypertrophiée et a augmenté d'épaisseur, mais inégalement, les faisceaux musculaires les plus développés formant par place des reliefs ou *colonnes*. C'est dans les intervalles circonscrits par ces colonnes se coupant sous différents angles que se trouvent creusées les cellules. Leur siège est très discuté par les auteurs; des faits réunis par Robelin, il résulte qu'elles peuvent se rencontrer sur toute l'étendue de la paroi vésicale, même sur le trigone (rarement), mais elles se rencontrent de préférence sur les parties latérales et au sommet de la vessie. Ordinairement elles sont en petit nombre, une, deux, trois ou quatre, mais parfois elles sont extrêmement nombreuses et, dans une observation de Civiale, la vessie, recouverte d'une grande quantité de petites cellules saillantes à sa surface extérieure, avait l'aspect d'une grappe de raisin. Leur volume varie de celui d'un pois, d'un haricot à celui du poing, d'une tête de fœtus et plus. En général, leurs dimensions sont telles qu'elles peuvent loger une noix, une châtaigne, un œuf. Leur forme varie avec leur volume: petites, ce sont des dépressions arrondies, plus souvent ovalaires, peu profondes, s'ouvrant largement dans le réservoir; grandes et faisant relief à la surface extérieure de la vessie, elles sont sphéroïdes, conoïdes, en doigt de gant (Cruveilhier). Parfois elles s'abouchent par un très large orifice dans la vessie, le plus souvent cette embouchure est rétrécie, en sorte que (par analogie avec les sacs herniaires) on peut leur considérer un corps et un collet dont la constitution anatomique offre le plus grand intérêt pratique.

La structure des cellules et poches vésicales a été étudiée avec le plus grand soin par Robelin. Cet auteur décrit successivement les petites et les grandes cellules. Dans les petites cellules, le collet, en général peu marqué, souvent même absent, est formé par les faisceaux musculaires hypertrophiés lisses et arrondis des vessies à colonnes que revêt la muqueuse ayant à peu près conservé tous ses caractères normaux. Le corps est constitué par la superposition des trois tuniques de la vessie profondément modifiées dans leur structure: la muqueuse est plissée, son chorion est formé de fibres lâchement unies, séparées par un grand nombre de cellules embryonnaires; la celluleuse est aussi en

voie de prolifération; la musculuse existe encore, mais ses faisceaux sont dissociés par la prolifération interstitielle. En somme, il s'est fait au niveau des cellules un travail d'inflammation lente, une cystite interstitielle, qui, fait important, n'a pas en général diminué d'une façon sensible l'épaisseur ou la résistance de la paroi à son niveau.

Dans les grandes cellules, le collet plus ou moins rétréci est aussi constitué par les faisceaux musculaires hypertrophiés tapissés par la muqueuse. Bien que les auteurs n'aient guère appelé l'attention sur l'épaisseur des lèvres de ce collet, il y a tout lieu de croire qu'elle est assez grande, car dans plusieurs observations de calculs enchatonnés on n'a pu dégager la pierre qu'en incisant profondément comme dans le débridement d'une hernie. Par contre, la paroi du corps des grandes cellules est amincie, réduite à la muqueuse et à la celluleuse; exceptionnellement cette paroi, chroniquement enflammée, a une certaine épaisseur, mais on n'y trouve pas de fibres musculaires, circonstance qui explique la stagnation de l'urine dans son intérieur avec toutes ses conséquences.

Les auteurs sont en complet désaccord sur le degré de fréquence des cellules vésicales. D'après Robelin, les petites cellules sont très fréquentes, les grandes très rares. Les unes et les autres se rencontrent surtout dans le sexe masculin, fait qui s'accorde, nous le verrons, avec leur mode de production. Elles sont tout à fait exceptionnelles chez les enfants et les adultes dont les voies d'excrétion de l'urine sont saines.

Les anciens, et parmi eux Houstet, Chopart, avaient bien saisi les conditions de formation des cellules et des poches vésicales, à savoir l'existence d'un obstacle à l'émission des urines (hypertrophie de la prostate, rétrécissement de l'urètre), et ils l'expliquaient par la pression excentrique de l'urine agissant sur les points affaiblis de la paroi au niveau des espaces interfasciculaires. Cruveilhier, frappé du développement exagéré des faisceaux musculaires dans tous les cas de cellules ou poches vésicales, établit que ce n'était pas par simple distension, mais par contraction de ses parois, que la vessie augmentant subitement la pression de l'urine fait faire hernie à ses parois dans les points affaiblis. C'est pour rappeler ce mécanisme qu'il proposa le nom de hernies tuniquaires.

Les petites cellules ne se révèlent par aucun signe, tout au plus peut-on les soupçonner lorsque le bec de la sonde rencontre le relief des colonnes de la vessie.

Les grandes cellules ou poches ont été parfois reconnues du vivant même des malades (obs. de Chopart, de Sedran). Elles se sont révélées par des symptômes physiques et fonctionnels combinés. Par la palpation hypogastrique et le toucher rectal, on a pu sentir une tumeur globuleuse, dure, résistante si elle était remplie de liquide, se continuant vers la ligne médiane avec la vessie. L'évacuation du réservoir provoquait parfois

l'affaissement de la poche, mais le plus souvent, à cause du siège de l'embouchure, elle la laisse pleine et il faut exercer des pressions sur elle pour la vider par l'intermédiaire de la vessie. La miction se fait aussi en deux temps et, chose remarquable et précieuse pour le diagnostic, il arrive souvent que tandis que la première portion d'urine rendue est claire et limpide, la seconde est trouble, purulente, boueuse et fétide.

Mercier attache une grande importance pour le diagnostic à l'exploration intra-vésicale avec une sonde à bec court et coudé, qui viendrait se loger dans la poche et la ferait reconnaître. Sans doute cette exploration peut être utile, mais pour que ses résultats aient une véritable valeur, il faut qu'ils soient toujours les mêmes à toutes les explorations. En effet, Guyon a surabondamment démontré au lit du malade que les contractions irrégulières, si fréquentes dans les vessies depuis longtemps malades, en gênant les mouvements du bec de la sonde, peuvent en imposer pour une cellule.

Les petites cellules ne donnent lieu à aucun accident important. Par contre, les grandes cellules deviennent souvent le point de départ d'accidents graves. Ce sont : la suppuration interminable de la vessie; l'ulcération du fond de la poche susceptible de produire la perforation du réservoir avec tous ses accidents; l'enchatonnement des calculs. Bien que tout soit au mieux disposé dans les grandes cellules pour la formation des calculs, c'est là en réalité une complication rare. Pendant longtemps les poches vésicales ont servi à expliquer le phénomène bizarre de disparition et de réapparition subites d'un calcul dans la vessie; on prétendait que le corps étranger voyageait tour à tour de la poche dans la vessie. L'existence de ces calculs migrants ne saurait être niée, mais, étant donnée la rareté des grandes cellules vésicales, c'est là un fait rare et avec lequel on ne doit pas compter dans la pratique. Le phénomène de l'apparition et de la disparition d'un calcul de la vessie trouve une explication beaucoup plus rationnelle et conforme aux données de la clinique dans les contractions irrégulières de la vessie qui « encellent » (Guyon) momentanément la pierre. Notons en terminant, parmi les accidents dont les poches vésicales peuvent devenir le point de départ, la chute des fragments dans leur intérieur après la lithotritie et l'inflammation consécutive; en sorte que l'existence des grandes cellules doit être une contre-indication de la lithotritie.

Traitement. — Le traitement des cellules et poches vésicales consiste à combattre la stagnation de l'urine par des cathétérismes et, s'il est nécessaire, par des lavages antiseptiques boriqués ou modificateurs, par exemple avec le nitrate d'argent.

§ 14. — Valvules du col de la vessie.

Elles se développent parfois à l'embouchure de l'urètre, dans la vessie.

et spécialement sur la lèvre inférieure une saillie plus ou moins prononcée des tissus anatomiques de la région, à laquelle des auteurs comme Mercier, Caudmont, Civiale, ont rapporté un grand nombre de troubles de la miction. Cette saillie a été désignée sous les noms divers de valvule, barre, barrière uréthro-prostatique, rétrécissement du col (Le Dentu). Sans nier son existence, nous ferons remarquer que cette disposition du col vésical est rare. On la trouve par hasard à l'amphithéâtre, et outre qu'il n'est pas prouvé qu'elle soit seule la cause des troubles de la miction, son diagnostic est à peu près impossible du vivant des malades. Nous serons donc très bref sur son histoire.

Les valvules du col peuvent avoir trois origines anatomiques. Elles peuvent être formées d'abord par l'hypertrophie du lobe moyen de la prostate; en second lieu, elles peuvent être constituées par le développement exagéré des fibres musculaires du col; enfin, elles peuvent résulter du soulèvement d'un pli de la muqueuse tendu entre deux saillies de la prostate. La première et la dernière variété sont réelles, et la barrière due à l'hypertrophie prostatique est encore assez fréquente; quant à la seconde variété, elle est très contestable; sa pathogénie s'expliquerait d'après Mercier par les contractions violentes dégénérant bientôt en contracture du muscle cervical; or la disposition du muscle du col n'est pas celle que pensait Mercier et ne se prête pas à son interprétation.

Les symptômes attribués à la valvule du col sont de la douleur continue, de la sensibilité des lobes prostatiques avec irradiation à l'extrémité de la verge, des écoulements muco-purulents, de la difficulté de la miction qui est lente à commencer et se termine par des contractions répétées et inefficaces de la vessie. Mercier a prétendu pouvoir reconnaître l'existence de la disposition anatomique en question avec sa sonde coudée, mais il avoue aussi la difficulté de cette exploration.

Personne ne songe plus aujourd'hui à inciser, exciser, trouer à l'emporte-pièce les prétendues valvules du col, et les instruments de Leroy d'Étiolles, de Mercier restent dans l'arsenal à titre de curiosité.

§ 15. — Varices de la vessie.

Le développement variqueux des veines de la vessie se rencontre chez les vieux prostatiques à la suite des congestions fréquentes, qui sont la caractéristique de l'évolution de l'hypertrophie de la prostate; on l'observe encore dans les myélites, les maladies diverses, qui deviennent le point de départ de paralysie vaso-motrice, mais ce ne sont pas là à proprement parler de véritables varices. Cette affection est en réalité très rare. Elle coexiste presque toujours avec d'autres dilatations variqueuses, comme un varicocèle chez deux malades de Duplay père, des hémorroïdes chez un malade de Baradue. Les sujets atteints de varices

de la vessie sont en général âgés. L'arthritisme semble jouer ici sur les ectasies veineuses le même rôle effectif que pour les autres veines du corps. Les lésions portent le plus souvent uniquement sur le col, et l'on voit se dessiner de gros bourrelets plus ou moins flexueux, renfermant du sang liquide ou coagulé. La muqueuse qui les recouvre est foncée, ecchymotique; parfois elle est exulcérée et présente des fissures entre les bourrelets hémorroïdaux.

La symptomatologie des varices de la vessie est des plus vagues. En effet, la pesanteur au périnée, les envies fréquentes d'uriner, ne traduisent que les phénomènes congestifs du col, phénomènes communs à un grand nombre d'affections; les hématuries spontanées, abondantes, répétées, n'ont aussi aucune valeur de diagnostic, car on les observe avec tous ces caractères dans les néoplasmes de la vessie; il en est de même des difficultés de la miction, de la rétention d'urine. Cependant, si tous ces symptômes, en particulier les derniers, ne trouvent ni dans le passé du malade ni dans l'état actuel de ses organes une explication rationnelle, on peut songer à l'existence de varices vésicales. Cette présomption approchera de la certitude si on constate chez le sujet des varices sur d'autres régions du corps, en particulier dans la zone génito-rectale, et si les phénomènes morbides (hématurie, rétention) procèdent par crises séparées par des intervalles de santé parfaite.

Traitement. — Le traitement est symptomatique, il consiste à remédier à la rétention par le cathétérisme évacuateur, à combattre les hémorragies par les moyens hémostatiques ordinaires. Tillaux dit s'être très bien trouvé des injections froides dans la vessie et le rectum, des bains de siège froids et du massage du col avec les bougies Béniqué. Il attache une grande valeur à ce dernier moyen.

§ 16. — Tumeurs de la vessie.

La question des tumeurs de la vessie n'est pas nouvelle. Les anciens en avaient des connaissances cliniques assez exactes et même quelques-uns d'entre eux avaient ouvert de propos délibéré la vessie pour en pratiquer l'ablation. Dans ces dernières années cette question a été rajeunie. En effet, le progrès colossal subitement accompli dans leur symptomatologie et du diagnostic des néoplasmes vésicaux. Il est peu de questions chirurgicales qui aient été depuis lors plus fouillées, et longue serait la liste des travaux à énumérer si nous voulions faire l'historique du sujet. Qu'il nous suffise de rappeler les mémoires de Féré en France, de Heine en Amérique, qui ont préparé la voie aux opérations hardies de Thompson en Angleterre, de Bazy, de Guyon dans notre pays. Prenant le mot tumeur dans son acception la plus large, nous con-