

incision, un foyer purulent dont la matière venait de l'uretère du même côté, que nous avons trouvé dilaté et rempli de pus. Le rein gauche était plus volumineux que le droit; l'uretère était également rempli d'un pus bien lié, dont la source partait de la vessie. Sur chacun des reins nous avons trouvé plusieurs vésicules remplies de sérosité rougeâtre et entièrement semblable aux urines naturelles. Une de ces vésicules, bien plus grosse que les autres, avait fait sur la substance extérieure du rein gauche une dépression considérable.

» La vessie, dont la cavité était un peu rétrécie, a été trouvée remplie de pus semblable à celui que nous avons vu sortir des reins et des uretères. Les parois de la vessie étaient bien plus épaissies que dans l'état naturel, noires et sphacélées. Il n'y avait plus la moindre trace de la membrane muqueuse, ni de la mucosité qui la tapisse ordinairement, et la substance fibreuse avait acquis un développement considérable. Les fibres de la tunique musculuse, dont la direction est, on le sait, en tous sens, s'étaient enflammées, épaissies, et avaient formé comme un tissu de colonnes assez fortes, bien distinctes les unes des autres, dont l'organisation et l'arrangement étaient assez semblables aux colonnes qu'on aperçoit dans l'oreillette droite du cœur. Ici, seulement, ces colonnes étaient bien plus considérables et se montraient d'ailleurs gangrenées et comme sphacélées.

» Dans la vessie, nous avons trouvé un calcul libre et flottant, d'environ neuf lignes de diamètre, et du poids d'environ trois gros, parfaitement rond, hérissé de pointes d'inégale longueur sur ses divers points, ce qui le rendait entièrement semblable au fruit du platane.

» Le canal de l'urètre et la prostate étaient dans l'état naturel. » (*Journal général de médecine de Sedillot, 1806, t. 27.*)

Chez le professeur de Montpellier, la forme du calcul hérissé de pointes ne peut être considérée que comme ayant eu une bien faible part dans la production de la gangrène. C'est à l'état général, à la diathèse scorbutique

que l'on doit rapporter plutôt cet accident.

Nous avons dit que, le plus généralement, la gangrène de la vessie était limitée, et n'occupait qu'une petite étendue des parois de l'organe. Il est des cas cependant où elle est beaucoup plus étendue et affecte les organes voisins; mais alors il est difficile, sinon impossible, de savoir par quel organe elle a commencé. Dans le fait suivant, il est à peu près certain que la gangrène de la vessie ne fut que consécutive à la gangrène de l'intestin déterminée par l'étranglement de la hernie.

Obs. 7. « Je ne me souviens pas d'avoir jamais vu une gangrène plus considérable survenue à la suite d'une inflammation produite par une distension de longue durée de la vessie, que sur le corps d'un homme de la campagne que des jeunes gens inexpérimentés avaient fait porter imprudemment, l'an 1706, à l'amphithéâtre d'anatomie de Bologne sans l'avoir examiné.

Cet homme, sujet, comme on le reconnut ensuite, à des lésions des reins, de la vessie et de l'intestin iléon, n'avait pu rendre ses urines depuis quelques jours. C'est pourquoi il était mort ayant déjà l'abdomen tuméfié et noirâtre.

» *Examen du cadavre.* Les viscères du ventre, surtout ceux de la partie inférieure, et entre autres la vessie, étaient noirâtres, ainsi que le scrotum et une portion de l'intestin indiqué, qui était intercepté dans celui-ci; la noirceur s'étendait non-seulement à toutes les parties voisines, mais jusqu'au milieu des cuisses, en sorte qu'il fallut emporter promptement presque tout le cadavre, pour que la fétidité n'infectât pas l'amphithéâtre. Je fis à peine moi-même à la hâte, sur les reins, quelques remarques que je ne répéterai pas ici, parce que je les ai écrites dans un autre endroit. » (*Morgagni, epist. 41, 9 et 10.*)

Quelquefois la gangrène se développe dans la vessie consécutivement à la gangrène du vagin et des organes génitaux de la femme. Le fait suivant, rapporté dans l'Anatomie pathologique de M. Cruveilhier, est relatif à une gangrène du vagin et du bas-fond de la vessie.

Obs. 8. « Une femme d'une quarantaine d'années est apportée à l'hôpital de la Charité, dans les premiers jours de mai 1840, dans l'état suivant: vomissements indomptables, froid algide des extrémités, absence du pouls, altération profonde des traits. Elle meurt le lendemain de son entrée. D'après les commémoratifs, je soupçonne une dégénérescence cancéreuse de l'urètre, et, d'après l'état actuel, je soupçonne la gangrène de cet organe.

» *Ouverture du corps.* Il ne reste de l'utérus que le corps, le col a été complètement détruit par la gangrène; destruction gangréneuse de la partie supérieure de la paroi postérieure du vagin. Il résulte de cette destruction du col et de la partie supérieure du vagin, un foyer gangréneux sous-péritonéal ou peut-être péritonéal, mais limité par des adhérences. Le foyer occupe la face antérieure du rectum, qui n'a nullement participé à la désorganisation. La trompe et l'ovaire renversés en avant entre la vessie et l'utérus, et intimement unis aux parties voisines, concouraient à limiter en haut le foyer gangréneux. La destruction gangréneuse du col utérin et de la partie supérieure de la paroi antérieure du vagin s'est étendue au bas-fond de la vessie, et a amené une large communication entre le vagin et la vessie.

» La surface interne de la vessie est noire, coloration qui n'est point due à la gangrène, mais inhérente au tissu même de la muqueuse, qu'une pseudo-membrane mince recouvre.

» Le rein droit présentait une infiltration de matière jaunâtre, jaspée, très-dense, formant au dehors des bosselures; l'altération porte sur la membrane tubuleuse, non moins que sur la substance corticale. Un grand nombre de mamelons ont été détruits. L'uretère droit était énormément dilaté, ses parois étaient très-épaissies, et sa muqueuse formait deux replis du diaphragme très-remarquables. » (*Anat. pathol., livr. 37, planche 2, page 1.*)

La gangrène de la vessie peut être la suite d'une dégénérescence cancéreuse de l'organe. L'observation de cancer de la vessie, rapportée par M. Lenepveu à la

Société anatomique (1859), et que nous citerons plus loin en parlant du cancer de cet organe, en est un exemple fort curieux.

Enfin nous mentionnerons, comme cause possible du sphacèle de la vessie, l'ingestion des cantharides, dont Ambr. Paré a rapporté un fait bien connu (livre 21, chap. 53).

## ARTICLE XVIII.

*Hypertrophie de la vessie.*

Il peut arriver qu'à la suite de certains états morbides, soit de la vessie, soit d'autres parties de l'appareil urinaire, la vessie s'hypertrophie. Cette hypertrophie peut être de deux sortes, ou les parois de la vessie s'épaississent, ou c'est la cavité de l'organe qui augmente de capacité, de là deux divisions principales: hypertrophie par épaississement des parois, hypertrophie par dilatation de la cavité.

## § 1. Hypertrophie de la vessie par épaississement de ses parois.

L'hypertrophie de la vessie par épaississement de ses parois peut porter sur les divers tissus qui la composent, aussi serons-nous obligé d'examiner séparément les diverses formes qu'elle peut présenter. Dans l'une, elle porte sur la membrane musculuse; dans l'autre, sur la membrane muqueuse seulement. Nous discuterons plus loin la question de savoir quelle est la plus fréquente de ces deux altérations. Mais avant d'aborder l'histoire particulière de ces deux divisions, nous présenterons quelques considérations générales sur les causes qui les produisent.

*Causes.* Que l'hypertrophie affecte l'une ou l'autre des deux tuniques ou membranes de la vessie, elle reconnaît toujours pour cause un état morbide de l'organe, mais la différence de ces états morbides produit les différences dans les altérations et fait que l'une ou l'autre des tuniques devient le siège de l'hypertrophie. Nous nous expliquons.

L'hypertrophie de la vessie reconnaît pour cause fréquente un obstacle au cours de l'urine; cet obstacle peut être produit par la présence d'un calcul soit développé dans les reins ou les uretères, soit développé dans la vessie elle-même. D'autres

fois, c'est un gonflement anormal de la prostate, ou une tumeur fongueuse ou polypeuse fermant l'extrémité vésicale de l'urètre par un mécanisme semblable à celui d'une soupape; ou bien un rétrécissement organique de l'urètre, assez considérable pour gêner l'excrétion du liquide. Ces obstacles au cours de l'urine ont été généralement admis par tous les auteurs comme entraînant la maladie qui nous occupe. Dans ces conditions c'est la membrane musculeuse qui s'hypertrophie, comme l'a prouvé J. Hunter, t. II, p. 590, trad. de M. Richelot.

D'autres fois l'épaississement reconnaît une autre cause, telle que l'inflammation chronique de l'organe; dans ce cas, c'est le plus souvent sur la membrane muqueuse et sur le tissu cellulaire sous-muqueux, dont la phlegmasie accompagne ordinairement celle de la muqueuse, que porte l'épaississement. Cependant il paraît, suivant M. Andral, que quelquefois c'est pendant que se développait l'être lui-même, et pendant la vie intra-utérine, que cette membrane muqueuse semble avoir été le siège d'une exubérance de nutrition, en vertu de laquelle des cloisons insolites sont venues à se former dans la cavité du viscère.

Assez souvent l'hypertrophie des parois de la vessie peut se rencontrer dans les cas d'affection tuberculeuse de l'organe; nous verrons plus loin un exemple de ce genre d'épaississement dans l'extrait d'une observation empruntée au grand ouvrage de M. Cruveilhier. Dans ce cas particulier, c'était sur la tunique musculeuse qu'avait porté l'épaississement. Quelquefois aussi, la tuberculisation donne lieu à l'épaississement et à l'hypertrophie de la membrane muqueuse; mais alors il faut prendre garde de ne point prendre pour une hypertrophie une simple infiltration de cette muqueuse par de la matière tuberculeuse, comme cela peut arriver dans quelques circonstances.

A. *Epaississement de la tunique musculeuse.* La plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies des organes génito-urinaires sont d'accord sur ce point que, l'hypertrophie de la tunique musculeuse est plus fréquente que celle de la membrane muqueuse.

*Caractères anatomiques.* A l'état normal, la réunion des divers plans musculaux de la vessie constitue une couche qui n'a pas plus de deux millimètres d'épaisseur. Lorsqu'il y a hypertrophie de la tunique musculeuse, cette épaisseur augmente considérablement et peut aller jusqu'à un centimètre et demi, et même plus. Hunter l'a vue présenter une épaisseur de près d'un demi-pouce (un centimètre et demi). Ses faisceaux étaient si forts qu'ils formaient des crêtes saillantes à la surface interne de sa cavité. Les faits de ce genre ne sont pas rares; Morgagni, dans sa 42<sup>e</sup> lettre, art. 20 et 28, en rapporte des exemples. Chopart, t. I, p. 558, dit avoir mesuré une vessie de la grosseur d'une pomme de moyenne grosseur, et dont les parois avaient sept lignes d'épaisseur. Il est vrai qu'il a négligé de dire sur quelle membrane principalement portait l'hypertrophie; mais il est évident que c'était surtout sur les couches musculaires, d'après l'ensemble des phénomènes que le malade avait présentés pendant sa vie.

« Quand la vessie est épaisse, dit Baillie, les faisceaux musculaires qui entrent dans son organisation sont très-développés; mais ils n'acquièrent que très-rarement la couleur rouge qui distingue les faisceaux musculaires de même dimension qu'on rencontre dans les différentes parties du corps. C'est une exception à la marche suivie constamment par la nature, toutes les fois que l'action musculaire est augmentée. Quand les muscles doivent leur développement à un exercice forcé, ils acquièrent aussi une couleur rouge. Or la paroi musculeuse de la vessie est, sans contredit, la portion musculeuse dans laquelle les contractions pourraient déterminer l'augmentation la plus considérable.

» Les fibres musculaires de la vessie peuvent être séparées par de petites poches formées aux dépens de la membrane interne. Ce phénomène est sans doute le résultat de la pression exercée par l'urine sur cette membrane interne, qui, elle-même, est fortement poussée par les contractions de la membrane musculeuse. Ces poches sont quelquefois assez larges pour admettre l'extrémité du doigt; elles

contiennent souvent de petits calculs. Cet état de la vessie ne permet point une grande distension de cet organe, qui, dans ce cas, ne peut contenir qu'une très-petite quantité d'urine. Le malade se trouve donc obligé d'uriner souvent, et les efforts fréquemment produits par la membrane musculeuse ajoutent à son épaisseur. Ce phénomène est plus commun chez l'homme que chez la femme. Celle-ci est peu sujette aux causes qui peuvent le produire; d'abord, parce qu'elle n'a point de glande prostate, ensuite parce que chez elle le canal de l'urètre, court et large, est rarement le siège d'un obstacle à l'issue des urines. L'épaississement de la paroi musculeuse de la vessie a pu quelquefois en imposer pour un squirrhe. » (Baillie, *Anat. pathol.*, p. 245.)

Home et Sæmmering partagent complètement sur ce point les idées de Baillie, et le dernier de ces deux auteurs insiste particulièrement sur ce fait, que la coloration des faisceaux charnus ne devient pas plus vive comme il arrive le plus communément lorsqu'un muscle s'hypertrophie par suite d'une augmentation dans son action.

Dans la 59<sup>e</sup> livraison de son *Anatomie pathologique*, planche I, M. Cruveilhier a donné le dessin d'une vessie hypertrophiée qui lui a paru, dit-il, pouvoir servir de type pour ce genre de lésion. Cette hypertrophie, survenue à la suite de rétrécissements organiques de l'urètre, portait sur la membrane musculeuse de la vessie.

La même livraison de cet ouvrage contient un autre cas de cette lésion chez un sujet affecté de rétrécissements de l'urètre dans la portion bulbeuse et membraneuse; l'épaisseur de la vessie était d'un centimètre et demi; elle présentait la double disposition décrite sous le nom de vessie à colonnes et vessie à cellules, mais aucune des cellules ne contenait de calculs. Le sujet de soixante-dix ans était mort en 1854, et traité depuis long-temps pour une rétention d'urine qui avait succédé à une incontinence.

M. Andral a cependant considéré l'hypertrophie de la membrane muqueuse comme plus commune que celle de la

membrane musculeuse. Voici du reste le passage que cet auteur consacre à l'hypertrophie en question :

« La tunique musculeuse de la vessie peut être également frappée d'hypertrophie : du développement anormal d'un certain nombre des faisceaux de cette tunique résulte une disposition particulière de la surface interne de la vessie, qui prend alors le nom de vessie à colonnes. Deux variétés doivent être ici distinguées : dans l'une d'elles, on voit seulement de gros faisceaux charnus qui soulèvent en quelques points, et suivant des directions diverses, la membrane muqueuse. Dans une autre variété, la surface interne de la vessie présente un aspect tout à fait analogue à celui de la surface interne du cœur. C'est le même entrecroisement de fibres, ce sont les mêmes mailles et les mêmes aréoles; et, comme dans le cœur, cet aspect maillé et aréolaire est entièrement dû à des plans charnus qui s'enlacent en sens divers. » (Andral, *Anat. pathol.*, p. 649.)

En ce qui concerne la disposition des colonnes charnues de la vessie dont les entrecroisements rappellent les colonnes charnues des cavités du cœur, nous rappellerons les quelques lignes suivantes de J.-P. Frank, où cet auteur en a donné une description aussi fidèle que concise. « *Hoc enim viscus cordis humani magis, quam cystidis urinariæ, figuram habuit. Sex nempe circiter pollicum latitudo, figura conica, color externus ex rubro lividus, densitas parietum, ex fibrarum muscularium, et numero et ordine, et crassitie auctis, unius cum dimidio pollicis; ad internam superficiem numerosi etiam lacerti, cordis illis non absimiles, fuerunt* (Építome, lib. VI, pl. 4, p. 495). « On a cru long-temps, dit Hunter en décrivant ces colonnes charnues de la vessie, que cette disposition était due à une inflammation de la vessie; mais à l'examen des pièces, j'ai trouvé les parties musculaires saines et très-distinctes. Elles avaient seulement augmenté de volume en proportion de la force qu'elles avaient eue à exercer, et cet état n'était point un effet de l'inflammation, car, lorsqu'il en est ainsi, les parties sont confondues en une masse dans l'épaisseur de laquelle on ne peut les distin-

guer les unes des autres. » (T. II, p. 591.)

M. Mercier (*Valv. vésicales*, p. 154) émet une opinion sur la couleur des fibres charnues hypertrophiées, qui est en opposition avec celles des auteurs, ainsi il avance que ces fibres sont rouges, de même que celles des muscles de la vie animale. Nous avons vu que Baillie dit que cette coloration rouge est excessivement rare, ce qui constitue, ajoute-t-il, une exception à la loi générale. Le passage de Frank contient la même pensée que celui de Baillie, et l'observation directe semble la confirmer.

Quelques auteurs, Frew entr'autres ont pensé que lorsqu'existait cette disposition en colonnes, la muqueuse était détruite; il en a rapporté un exemple (*Commerc., litterar., ann. 1754; hebdom. 6, n° 5*) dans lequel il prétend que la tunique interne était complètement détruite; on apercevait, dit-il, au lieu des fibres ordinaires de la membrane muqueuse, des trousseaux musculaires rassemblés d'une façon extraordinaire; cette opinion n'a pas besoin d'être combattue.

En parlant des calculs de la vessie on s'est assez longuement étendu sur la disposition des vessies dites à colonnes, et sur les obstacles qu'elle peut mettre au diagnostic et à la destruction des calculs pour que nous ne croyions pas devoir y revenir ici. Nous nous contenterons d'insister sur quelques points particuliers de l'hypertrophie de cette couche musculuse qui n'ont pu être étudiés en détail plus haut.

Il arrive quelquefois, lorsque les faisceaux charnus ont acquis un certain développement, que la membrane muqueuse s'engage dans les intervalles qui les séparent et fait en quelque sorte hernie au dehors. Deschamps dit n'avoir rencontré que trois exemples de ce genre. M. Grosse regarde, au contraire, cette disposition comme très-fréquente. M. Civiale partage cette dernière opinion. De cette manière il peut se former ou de simples cellules vésicales, ou de véritables poches que l'on a quelquefois regardées comme des vessies accessoires. Il arrive même quelquefois que la membrane muqueuse forme consécutivement des espèces de cloisons le plus souvent incom-

plètes. Il est des cas où M. Andral les a vues assez considérables pour séparer en deux ou trois loges la cavité de la vessie. Nous reviendrons sur ce fait en décrivant l'hypertrophie de la muqueuse qui existe presque toujours dans ces cas de cloisons plus ou moins complètes de la vessie.

C'est principalement vers le bas-fond de la vessie et vers sa partie postérieure que l'on observe les cellules de la vessie. Cependant on en trouve aussi au sommet de l'organe. Lorsque la hernie de la membrane muqueuse entre les faisceaux charnus a déterminé une poche, il s'y forme souvent des calculs. Morgagni, Bonet, Meckel, etc. en ont rapporté de nombreux exemples. (Voir plus haut *Calculs de la vessie*.)

Plus les cellules sont grandes, moins elles sont nombreuses. Leur nombre n'a rien de fixe; elles paraissent être en rapport pour le nombre avec le nombre des calculs. Peut-être devrait-on dire avec plus de raison que le nombre des calculs est en rapport avec celui des cellules profondes dans lesquelles ils se développent. L'ouverture des cellules vésicales est le plus souvent en proportion avec leur capacité. Elles sont, à l'intérieur, revêtues par la membrane muqueuse, qui n'a subi aucune rupture, comme l'a démontré Morgagni. Il peut arriver que les parois de ces poches soient très-épaisses, mais c'est le cas le plus rare. Quand leurs parois sont au contraire amincies, il se peut faire que pendant une rétention d'urine, l'organe se contractant violemment en raison de la force des faisceaux charnus hypertrophiés, une des poches celluleuses cède et se rompt, et cette rupture déterminera nécessairement et fatalement la mort. M. Civiale a vu la stagnation de l'urine dans ces poches déterminer une cystite partielle et un catarrhe purulent opiniâtre. De plus, il pense que lorsque cette sécrétion puriforme ne s'écoule point avec les urines, les collections qu'elle forme peuvent finir par être prises pour des abcès. Lapeyronie a rapporté un fait de ce genre (*Mem., Acad. chir. t. II, p. 277*). M. Grosse en a observé un également. M. Civiale a cité un fait dans lequel la disposition des poches

était telle qu'elle fit croire à l'existence de plusieurs abcès dans les parois de la vessie; ce ne fut que par un minutieux examen de la membrane qui les tapisait que l'on finit par se convaincre que l'on avait affaire à de simples cellules.

Lorsque l'on sonde un sujet affecté de cette altération de la membrane musculuse de la vessie, si les cellules ne sont pas profondes, on sent avec l'extrémité de l'instrument des rugosités, des saillies et des enfoncements produits par le développement des faisceaux musculaires. Cette sensation a pu en imposer quelquefois pour l'existence d'un calcul, que l'on pensait toucher avec la sonde. Lorsque les cellules sont profondes, la sonde en y pénétrant peut faire croire à une dilatation qui n'existe pas en effet, et la moindre pression du bec de l'instrument produire une perforation mortelle. Nous ne rapporterons point ici d'exemples de cellules vésicales, les auteurs en contenant un très-grand nombre, et des faits de ce genre ayant d'ailleurs été rapportés plus haut.

Dans les cas d'hypertrophie de la tunique musculuse de la vessie, deux circonstances peuvent se présenter relativement aux dimensions de la cavité de l'organe. Quelquefois la cavité s'accroît énormément; nous examinerons cette disposition plus bas. D'autres fois, il arrive que la capacité du viscère diminue et s'efface en partie, de sorte que les parois embrassent exactement le calcul (si telle est la cause de l'hypertrophie musculaire) et semblent, dit M. Civiale, se mouler sur le corps étranger. Scarpa (*Traité de la taille*, p. 71) fait mention d'une vessie conservée au cabinet d'anatomie de Pavie, et dont la capacité est presque entièrement remplie par une grosse pierre, ses parois ressemblent par leur grosseur et leur dureté à une large bourse de cuir.

La diminution de la cavité de la vessie quand la tunique musculuse est épaissie, peut se montrer indépendamment de la présence d'un calcul.

Une conséquence de l'hypertrophie de la couche musculuse de la vessie que nous ne devons pas passer sous silence est la suivante: « l'hypertrophie de la couche charnue de la vessie compense

pendant quelque temps la résistance que l'urine éprouve, et retarde par conséquent le moment où la dysurie doit devenir complète. Mais aussi elle a l'inconvénient, lorsqu'on a fait disparaître l'obstacle, de ne plus permettre à la vessie de se dilater, et de condamner le malade à uriner plus souvent que dans l'ordre physiologique. J'ai dernièrement traité un malade qui était dans ce cas; je ne sais si cet état est susceptible de se modifier avec le temps. » (Mercier, *ibid.* p. 154.)

B. *Épaississement de la membrane muqueuse.* L'hypertrophie de la membrane muqueuse de la vessie n'est pas rare, surtout chez les sujets qui ont été affectés d'une inflammation soit idiopathique, soit reconnaissant pour cause la présence d'un calcul; ces hypertrophies ne sont pas rares, surtout si, comme M. Andral, on confond la véritable hypertrophie de la muqueuse vésicale avec l'état fongueux de cette même membrane. (*Loco cit.*, p. 645.)

M. Louis (dans le *Répertoire d'anatomie*, etc., t. IV, p. 55) publie un fait très-détaillé qui a été considéré par quelques personnes comme un cas d'hypertrophie de la muqueuse vésicale. Mais dans les réflexions dont il fait suivre ce fait, M. Louis se demande si ces excroissances de petites vésicules qui s'élevaient sur la muqueuse n'étaient point des hydatides, ou des débris d'hydatides? Nous sommes prêts à croire avec MM. Andral et Cruveilhier, que c'est seulement une altération de la muqueuse hypertrophiée, si l'on veut, mais nous ajoutons que la dégénérescence dominait sur l'hypertrophie proprement dite.

Contrairement à ce qui arrive dans l'hypertrophie de la tunique musculuse, la membrane muqueuse épaissie change de couleur. La teinte qu'elle présente peut varier du brun au violet, bleuâtre ou noirâtre, soit générale, soit partielle; dans cette dernière circonstance, c'est ordinairement au voisinage du col qu'elle est bornée. Quelquefois la coloration existe sans changement de l'épaisseur de la membrane muqueuse. Ce cas ne doit point nous occuper ici.

C. *Épaississement de la tunique cellu-*

leuse. Sous ce titre nous examinerons l'épaississement non pas seulement de la tunique celluleuse de la vessie, mais celui qui affecte, comme cela arrive fréquemment, toutes les tuniques de l'organe à la fois, en sorte qu'il est impossible de les distinguer les unes des autres, et d'y découvrir autre chose qu'une masse homogène plus ou moins dégénérée. « Les diverses couches celluleuses de la vessie, dit M. Civiale, prennent souvent part aussi à l'épaississement, surtout lorsque la maladie est fort avancée. J'ai plusieurs fois observé cet épaississement des tuniques celluleuses de la vessie, mais presque toujours borné à un point de la circonférence du viscère, spécialement vers l'insertion des urètres et à la région derrière laquelle le rectum se trouve adossé. La dureté des tissus était si grande dans quelques-uns de ces cas, qu'on avait de la peine à les diviser et qu'ils criaient sous le scalpel. On ne concevrait pas autrement la densité pour ainsi dire calleuse ou cartilagineuse (Portal, *Mém. Acad. des sc.*, ann. 1770) qu'acquiert fréquemment la vessie, ni l'apparence comme lardacée ou stéatomateuse que présente parfois la tranche de ses parois. » (Civiale, *Traité de l'aff. calcul.*, p. 502.)

M. Andral avait déjà signalé ce fait dans son *Précis d'anatomie pathologique* : un certain nombre de tumeurs dures, dites squirrheuses, qui diminuent à la fois le calibre du rectum et de la vessie, ont leur origine dans un développement contre nature avec induration du tissu cellulaire placé entre ces deux organes. La même altération peut frapper le tissu cellulaire qui, chez la femme, sépare la vessie des organes génitaux. (*Ibid.*)

La cause la plus fréquente de cet épaississement paraît être une inflammation ancienne et long-temps prolongée. L'inflammation chronique produisant dans les autres organes l'induration et l'épaississement des tissus cellulaires, il n'y a aucune raison de supposer que la vessie se dérobe à la loi générale. Une preuve encore plus directe que l'analogie, de la vérité de cette manière de voir, c'est que c'est le plus souvent chez les calcu-

leux (et l'on sait que la présence de la pierre entretient fréquemment un état d'irritation), et chez ceux qui sont affectés de catarrhe vésical, que l'on rencontre ces états pathologiques.

Nous avons dit que dans la plupart de ces cas les différentes tuniques de la vessie ne sont que difficilement distinctes, si tant est même qu'elles le soient encore, et que le plus communément il n'y a qu'une masse homogène plus ou moins consistante, plus ou moins dégénérée. Habituellement aussi, la cavité diminue d'ampleur et se réduit à un très-petit espace. Camérarius cite l'exemple d'une vessie qui pouvait avoir le volume de deux poings, et dont la cavité aurait à peine pu contenir une noix (*Eph. nat. curios.* cent. III, Obs. 10). Les auteurs qui ont écrit sur les maladies des organes génito-urinaires ont rapporté un grand nombre de faits de cette espèce, Chopart, Morgagni entre autres. Mais un des exemples les plus extraordinaires est sans contredit le suivant, que l'on doit à Rudolphe Zwinger.

Obs. 1. « Un homme âgé de cinquante ans, d'un tempérament sanguin et mélancolique, urinait avec difficulté, souvent son urine était sanguinolente. Il n'avait jamais rendu ni sables ni graviers, et n'avait point ressenti de douleurs dans la région des reins. Il n'avait point de pierre dans la vessie, ni d'hémorroïdes au rectum. On pensa que le sang qu'il rendait plus ou moins avec l'urine venait de vaisseaux variqueux du col ou du corps de la vessie. On lui administra sans succès beaucoup de remèdes. La dysurie augmenta, le sommeil devint plus interrompu par de fréquentes envies d'uriner. Quelquefois des caillots de sang s'engageaient dans l'urètre, et n'en étaient expulsés qu'après beaucoup d'efforts, de contorsions, de pressions sur l'abdomen. Après un usage du quinquina, l'urine devint claire et d'un rouge très-pâle. Elle fut même quelque temps sans être sanguinolente. Cet état dura plusieurs mois. On remarqua ensuite au-dessus du pubis une tumeur située sous les parois de l'abdomen, dure, indolente, et qui s'étendait profondément dans le bassin. Le malade eut de la fièvre, tomba dans

le marasme le plus caractérisé et mourut.

« A l'ouverture du ventre, on reconnut que la tumeur de l'hypogastre était uniquement formée par le corps de la vessie devenu calleux. Elle occupait tout le bassin et s'élevait de quelques travers de doigt au-dessus du pubis. Elle était dure, blanchâtre, d'une forme globuleuse et à peu près du volume de la tête d'un enfant. Elle n'avait pas d'adhérences contre nature. Tout le corps de ce viscère s'était épaissi, tuméfié et durci. Sa cavité était petite, aurait à peine contenu une noix, et se continuait dans l'urètre. Il n'y avait ni sang, ni pus; on n'y trouva qu'une petite quantité d'urine. Sa face interne n'était ulcérée en aucun point. Les urètres étaient dilatés et pleins d'urine; ils avaient le diamètre d'un doigt, ne contenaient ni sables ni calculs, non plus que les reins. » (*Act. helvetica*, t. 1, p. 15.)

Ici, bien évidemment, il y avait, par suite d'un travail inflammatoire chronique, épaississement de toutes les tuniques qui s'étaient confondues en une seule masse, sans qu'il fût possible de les distinguer les unes des autres; c'est cette tuméfaction que M. Andral dit avoir quelquefois été prise pour une tumeur squirrheuse, remarque que Chopart avait déjà faite à propos du fait précédent, si digne d'attention qu'il n'est peut-être pas un seul auteur qui ne l'ait rapporté. Peut-être aussi, du reste, cet engorgement inflammatoire avait-il déjà dans ce cas déterminé un commencement de dégénérescence des tissus.

Une autre cause d'hypertrophie que nous n'avons point encore mentionnée, est l'existence d'une fistule urinaire vésicale. Il est facile de comprendre que l'écoulement de l'urine étant continu et le liquide ne pouvant s'amasser dans son réservoir, la cavité de l'organe diminue et les parois deviennent de plus en plus épaisses. Chopart a observé cet épaississement en disséquant le cadavre d'une femme qui avait une perte de substance au bas-fond de la vessie, en sorte que la vessie et le vagin communiquaient ensemble. La cavité de ce viscère était petite, ses parois très-épaisses et d'une

dureté comme squirrheuse; l'ouverture de la fistule était entourée de bourrelets calleux et incrustés de matière calculeuse. Nous avons lieu de supposer jusqu'à un certain point que l'hypertrophie portait plutôt sur la membrane musculeuse dans ce cas que sur les autres tuniques.

## § 2. Hypertrophie de la vessie par ampliation de sa cavité.

Une autre forme, non moins fréquente, de l'hypertrophie de la vessie, est celle qui consiste dans une ampliation plus ou moins considérable de sa cavité. Cette ampliation peut se présenter dans deux circonstances différentes. Ou elle est accompagnée d'épaississement des parois de l'organe, ou elle a produit un amincissement de ces parois.

A. Avec épaississement des parois de la vessie. Cette variété est incontestablement la plus fréquente. Il peut arriver que par suite d'un obstacle au cours des urines ou par suite de la présence d'un calcul, la cavité de la vessie augmente, les parois augmentant également d'épaisseur; alors il existe un grand espace entre le corps étranger, s'il en existe un, et les parois du viscère. Les exemples de ce genre sont trop nombreux pour que nous croyions devoir en rapporter beaucoup. Morgagni entre autres en a cité en grande quantité (1). Meckel (2) en contient également quelques exemples. Dans l'ouvrage que nous avons eu déjà plusieurs fois occasion de citer, M. Crosse a figuré la vessie très-spacieuse d'un homme âgé, qui renfermait une grosse tumeur stéatomateuse derrière la prostate, avec un calcul de la forme et du volume d'un œuf de poule: les parois en étaient très-épaisses. (*Loc. cit.*, pl. 16, fig. 2.)

« Un phénomène singulier, dit Chopart, et digne de remarque, c'est l'épaisseur considérable des parois de la vessie lorsqu'elle est excessivement distendue par un amas d'urine. Quelques-uns de ces exemples montrent que la vessie était distendue jusqu'à l'ombilic, et adhérente

(1) De sedibus et causis morborum, epist. 4, art. 19; epist. 39, art. 35; epist. 40, art. 22; epist. 41, art. 13; epist. 42, art. 39; etc.

(2) Handbuch der pathologischen anatomie, t. II, p. 310.

à la paroi antérieure de l'abdomen. A ces faits je joindrai celui que M. Laflize a communiqué à l'Académie de chirurgie, le 24 juillet 1785.

Obs. 2. « Un médecin âgé de soixante-six ans souffrait depuis trois ans à la région hypogastrique d'une tumeur à laquelle il n'avait pas donné tous les soins qu'elle aurait exigés. En 1781 et 1782, il passa les saisons aux eaux de Spa. Il ne vécut jamais de régime, et vaqua à ses affaires comme s'il avait joui de la meilleure santé. De retour à Paris depuis un an, il eut des douleurs vagues dans la région de la vessie, suivies d'une incontinence d'urine, ce qui l'obligeait de porter habituellement un urinal. Son ventre augmentait insensiblement de volume à la région de l'hypogastre, il prit le parti d'aller tous les jours à Passy pour y prendre des eaux, espérant ainsi faire dissiper cette grosseur, qui faisait des progrès par les boissons dont il surchargeait la vessie. Cette incommodité ne l'empêchait pas de voir ses malades, de boire et de manger à son ordinaire.

» La tumeur devenait saillante, et le cours des urines n'étant plus aussi libre, ce médecin vint consulter M. Louis, qui jugea, en palpant le ventre, que la tumeur qui occupait les régions hypogastrique et ombilicale, était la vessie très-pleine d'urine. N'y pouvant introduire ni sonde d'argent, ni sonde de gomme élastique, il fallut se contenter de mettre une bougie pour dilater peu à peu le canal de l'urètre, et frayer une issue libre aux urines. M. Louis conseilla des frictions mercurielles le long du périnée pour fondre les duretés et l'engorgement qu'on y sentait. Le malade était fort altéré; on l'engagea à sucer quelques tranches de citron pour tromper la soif et ne pas surcharger la vessie d'une plus grande abondance d'urine.

» La première bougie est restée le matin pendant six heures; le malade a été obligé de l'ôter après ce temps, parce qu'il commençait à avoir de fréquentes envies d'uriner. A neuf heures du soir on lui fit au périnée une friction d'onguent mercuriel et on lui mit une seconde bougie qu'il a tenue jusqu'à deux heures du matin. Dans la matinée, on a tenté de le

sonder, et on n'a pu y réussir; on introduisit encore une bougie, et on fit le soir une friction. Le jour suivant ce médecin alla dîner en ville malgré les douleurs et les faiblesses qu'il avait eues pendant la matinée. Le soir il se plaignit de fréquentes envies d'uriner. Le lendemain matin le ventre était un peu détendu, mais les douleurs étaient plus aiguës tant au col de la vessie qu'à l'extrémité de la verge, dont le prépuce, baignant dans l'urinal, était gonflé et irrité par le séjour de l'urine.

» La tumeur du ventre augmentait beaucoup en longueur et rendait la respiration laborieuse. Cela n'empêcha pas cet homme d'aller dîner chez un de ses amis. Il ôta la bougie qu'il conservait depuis le matin. De retour chez lui, il souffrait beaucoup de la poitrine par rapport à la plénitude de la vessie qui gênait l'action du diaphragme. Le jour suivant on lui mit une bougie qu'il ne tint pas plus de trois heures, parce qu'il voulait s'habiller pour sortir. Cependant il resta chez lui et prit une chopine de lait froid avec du pain. Huit à dix minutes après, il eut des sueurs froides et des spasmes qui le fatiguèrent beaucoup. Il ne pouvait trouver une bonne place; il faisait ouvrir les portes et les fenêtres pour respirer plus facilement. Les bons effets qu'il avait éprouvés de la liqueur minérale d'Hoffmann engagèrent à lui en donner encore quelques gouttes. Un instant après il sortit de son lit pour se promener, car c'était l'attitude qu'il supportait le mieux. Il eut des suffocations fréquentes; on le fit remettre dans le lit où des spasmes violents le firent succomber vers la fin du jour.

» L'ouverture du cadavre confirma le diagnostic que M. Louis avait porté sur la maladie. Les reins étaient tuberculeux et absolument désorganisés, les bassinets extraordinairement distendus, les urètres cinq fois plus gros que dans l'état naturel; les tuniques de la vessie, quoique très-distendues, avaient acquis l'épaisseur de huit lignes. Ce viscère, qui contenait près de quatre pintes d'urine, avait onze pouces de longueur, sur cinq de largeur, dans sa partie la plus étendue. La glande prostate, dure comme de la pierre, était du volume d'un œuf de

cane. Le siège de l'obstacle au passage de l'urine dans l'urètre était environ à un pouce du col de la vessie, et avait tellement rétréci ce canal, qu'on ne pouvait pas y introduire le stylet le plus fin, de sorte que l'urine y passait comme à travers un filtre. » (Chopart, t. 1, p. 539.)

Il n'y a guère d'exemples de rétention d'urine aussi ancienne que celle de ce malade, avec une dilatation aussi prodigieuse de la vessie, sans accidents fâcheux, puisqu'il se croyait en état de sortir quatre heures avant sa mort. Mais le phénomène le plus digne de remarque pour l'objet présent, c'est l'épaisseur des parois de cette vessie, malgré leur extension considérable.

D'après l'examen des faits, Chopart est porté à croire que cette épaisseur est plus grande à la tunique interne de la vessie qu'à ses tuniques musculieuse et externe. « M. Portal, ajoute-t-il, en examinant la vessie d'un vieillard, dont les parois avaient l'épaisseur de 8 à 9 lignes, a vu la tunique interne de ce viscère ressemblant à un cartilage et être la seule qui eût acquis du volume. La tunique extérieure, fournie par le péritoine, était dans son état naturel. Les trousseaux musculieux étaient peu apparents, et si intimement collés à la membrane externe, qu'on pouvait à peine les séparer. » Il est certainement très-possible que, dans quelques faits, l'hypertrophie ait principalement porté sur la membrane muqueuse, dans ces cas de dilatation de la cavité. Cela est d'autant plus admissible dans le fait de Portal, que l'on ne sait, vu l'absence de renseignements, quelle avait été la cause de cette hypertrophie, et qu'il est possible que cette cause ait été une inflammation chronique. Mais dans la majorité des cas il n'en est point ainsi, et c'est la membrane musculieuse qui s'hypertrophie; ce qui n'est point étonnant, vu l'augmentation d'action des fibres musculaires, qui sont obligées de combattre perpétuellement la force de résistance du liquide qui s'accumule dans l'organe.

Il paraît que c'est principalement dans les cas d'engorgement de la prostate et de rétention d'urine déterminée par cette altération, que l'hypertrophie double des parois et de la cavité de la vessie

a lieu. Nous en citons un remarquable exemple, qui nous a été communiqué par M. Jules Davasse, interne à l'hôpital Saint-Antoine, quoique ce fait fût peut-être mieux placé à l'article *Engorgements de la prostate*.

Obs. 5. *Rétention d'urine. Engorgement et dégénérescence fibreuse de la prostate. Hypertrophie de la vessie. — Ponctions sus-pubiennes. — Symptômes adynamiques. Mort.*

« Le 15 mars 1840, un homme âgé de 77 ans, grand, maigre, assez bien développé, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Joseph, n° 12 (service de M. Malgaigne). Le malade avait été envoyé par un médecin de la ville qui avait inutilement essayé de le sonder pour remédier à une rétention d'urine survenue quatre jours auparavant.

» C'était la première fois que cet homme était atteint de rétention d'urine. Il n'avait eu, jusque-là, aucune affection des voies urinaires. A trente-deux ans, il contracta une blennorrhagie, qui disparut à peu près sans traitement, et lui laissa, assure-t-il, le canal de l'urètre parfaitement libre. Il faisait de fréquents excès de boissons alcooliques. Il y a deux ans, sans ressentir cependant aucune douleur, il commença à éprouver quelque peine à vider sa vessie; au moment où les besoins d'expulsion se faisaient sentir, les premiers efforts étaient inutiles. Lorsque quelques gouttes avaient paru, la miction se faisait assez bien, et presque comme à l'état normal. Les difficultés rendaient néanmoins l'excrétion des urines plus rare qu'auparavant.

» A la suite d'un des derniers excès, le 9 mars au soir, quatre jours avant son admission à l'hôpital, il lui fut tout à fait impossible d'uriner, quoiqu'il fit les efforts les plus violents et les plus répétés. Le lendemain le ventre était dur, ballonné, les envies d'uriner incessantes; il ne sortait par le canal de l'urètre que quelques gouttes de liquide évacué par regorgement.

» Ce n'est que le troisième jour qu'il fit appeler un médecin pour pratiquer le cathétérisme. Le médecin ne put parvenir dans la vessie, et chaque tentative n'amena au dehors que quelques gouttes

de sang liquide et quelques caillots peu volumineux.

» Quand j'ai vu le malade, dès son arrivée à l'hôpital, il n'avait uriné, depuis quatre jours, que par regorgement; la vessie se dessinait sous forme d'une tumeur volumineuse, s'étendant, en haut, jusqu'à la dépression ombilicale, et ayant transversalement une étendue de 20 à 22 centimètres environ; elle était globuleuse, saillante, tout à fait mate à la percussion, et repoussant au-dessus d'elle les anses de l'intestin; la pression déterminait des envies d'uriner plus impérieuses, auxquelles la vessie ne répondait point, malgré les contractions énergiques des muscles du ventre et du périnée; en touchant par le rectum, il était facile de reconnaître un engorgement hypertrophique assez considérable de la prostate, engorgement qui offrait beaucoup de dureté.

Le cathétérisme fut essayé avec des sondes en gomme élastique; mais on n'insista pas, à cause des nombreuses fausses routes qu'il fit reconnaître au niveau de la portion membraneuse. Le pouls du malade était fréquent, la peau médiocrement chaude et sèche, la langue blanche et aride; il y avait de la soif et de l'inappétence; commencement de hoquet. Le malade fut mis dans un grand bain pendant deux heures; puis on lui administra un lavement laxatif, tisane tempérante à petites doses, larges cataplasmes sur le ventre.

» A la visite du soir, le cathétérisme, long-temps essayé avec ménagement, finit par faire pénétrer une sonde d'argent dans la vessie. Il s'écoula près de deux kilogrammes d'une urine rouge, épaisse et un peu trouble, laquelle, par le repos, laissa se déposer une abondante quantité de sels calcaires. Le malade fut soulagé du côté de la vessie, mais l'état général ne s'améliora pas sensiblement.

» Le 14, cathétérisme infructueux. La vessie se remplit de nouveau.

» Le 15, écoulement par regorgement d'un liquide urinaire, épais, sanieux et fétide. La vessie fait saillie dans la région hypogastrique; besoins fréquents d'uriner impossibles à satisfaire, hoquets,

langue sèche, fièvre, anxiété, dépression des forces. Dans cette occurrence, M. Malgaigne se décide à pratiquer la ponction de la vessie à travers l'hypogastre, immédiatement au-dessus du pubis. La canule du trois-quarts donne issue à une énorme quantité de liquide (1,056 grammes). Une fois l'opération terminée, on enlève la canule du trois-quarts et l'on introduit dans le canal de l'urètre une bougie fine. Mêmes prescriptions que la veille.

» Après la ponction, et bien que le liquide qui distendait le réservoir se fût entièrement écoulé, bien que les téguments de la cavité abdominale fussent aussi moins tendus, cependant la saillie hypogastrique de la vessie ne disparaissait pas complètement, et la percussion pratiquée dans cette région donnait toujours une matité presque complète. On ne constatait qu'au niveau et au-dessus de l'ombilic la résonnance due à la présence des intestins.

» Le 16 mars, à la visite du soir, on fut obligé de pratiquer pour la seconde fois la ponction de la vessie avec le trois-quarts. La quantité de l'urine était moindre que celle de la précédente opération, mais la couleur du liquide était encore plus sombre et plus foncée. Quant aux symptômes généraux, ils avaient augmenté d'intensité. Pouls à 100, petit, flasque; langue sèche et couverte de fuliginosités noirâtres. Sentiment de faiblesse générale, dont le malade n'a pas la conscience. Altération des traits.

» Bougie à demeure dans le canal de l'urètre, cataplasmes émollients, limonade vineuse, julep gommeux avec l'extrait de quinquina.

» Le 17, le cathétérisme n'étant pas encore possible, M. Malgaigne passe une sonde ouverte par son extrémité vésicale sur la bougie fine introduite dans le canal de l'urètre, et parvient à la faire pénétrer dans la vessie (1); cela fait, la bou-

(1) Ce procédé des bougies ou sondes conductrices destinées à faire pénétrer une sonde élastique dans la vessie dans les cas de fausses routes, a été employé dès 1835 par M. Amussat, dans un cas à peu près semblable, et publié dans le Bulletin de thérapeutique, 1835, t. VIII, p. 110.

gie conductrice est retirée, et la sonde laissée à demeure dans la vessie. L'urine qui s'écoule goutte à goutte est épaisse, sanieuse, noirâtre, d'une odeur fétide. Malgré cette liberté rendue au cours de l'urine, les symptômes généraux vont en s'aggravant, et le malade succombe le 18 mars, dans l'après-midi.

» Autopsie cadavérique. On a constaté à l'ouverture du corps :

» 1° Les fausses routes du canal de l'urètre;

» 2° L'engorgement hypertrophique de la prostate;

» 3° Pour ce qui regarde l'hypertrophie de la vessie, ce réservoir était à demi rempli par l'urine, et s'élevait presque jusqu'au niveau de l'ombilic. Dans toute l'étendue de sa face antérieure, dépourvue de membrane péritonéale, la vessie adhérait à la paroi antérieure de l'abdomen. Bien que l'on fit écouler le liquide, l'organe ne revenait point sur lui-même, ou du moins diminuait peu de volume, ce qui s'explique facilement par l'existence des adhérences, qui, très-intimes et parfaitement organisées, ne se laissaient point déchirer même par une forte traction. La vessie remplissait entièrement le petit bassin refoulant le rectum, qui était aplati et de très-petit volume. Le paquet intestinal était disséminé et refoulé dans les fosses iliaques, autour de la tumeur vésicale, à laquelle il était uni çà et là par des adhérences fibro-celluleuses anciennes. La vessie une fois enlevée, toutes les parties voisines conservèrent la place qu'elles occupaient, et aucune d'elles ne vint occuper la cavité produite par cette extraction.

» Mesurée du sommet au col, la vessie présentait un diamètre de 0,025 millimètres. Du sommet au bas-fond, 0,022 millimètres. Les tuniques étaient épaisses, et cet épaississement portait à la fois sur la tunique musculuse et sur la membrane muqueuse. Les parois étaient friables, faciles à déchirer, sans aucune élasticité. Le tissu cellulaire qui les unissait, légèrement infiltré, ne permettait pas de les faire glisser l'une sur l'autre. L'épaisseur de ces tuniques avait déterminé autour du col de la vessie une sorte de bourrelet assez considérable, ce qui joint à l'hyper-

trophie de la prostate, augmentait encore l'étroitesse de l'orifice urétral. La membrane muqueuse présentait une coloration d'un rouge-ardoisé uniforme; elle se déchirait facilement à la moindre traction, et était en partie recouverte de concrétions calcaires grisâtres...

Il nous reste à dire quelques mots de l'hypertrophie dans les cas où elle reconnaît pour cause la présence d'un calcul. « La disposition hypertrophique de la vessie (par ampliation de la cavité) ressemble, dit M. Civiale, quant au rôle qu'elle joue dans l'affection calculuse, à celle dans laquelle la vessie s'agrandit en s'amincissant, mais elle en diffère sous deux points de vues, puisqu'au lieu d'être accompagnée d'atrophie, elle est jointe à une hypertrophie, par l'excès de laquelle elle semble avoir été amenée. Ensuite, sous le rapport de l'époque de sa manifestation, elle paraît, en effet, n'avoir eu lieu qu'à une époque avancée de la maladie. C'est du moins ce que je crois pouvoir conclure des sensations du malade, et des explorations faites avec la sonde. Après avoir éprouvé pendant des mois et des années, des besoins rapprochés d'uriner, et s'être livré aux plus violents efforts, non pour déterminer la sortie du liquide, comme dans le cas de paresse ou d'atonie de la vessie, mais seulement pour procurer l'expulsion des dernières gouttes, le calculux cesse tout à coup d'uriner avec effort, et les besoins ne s'annoncent plus que de loin en loin, par une sensation pénible et jusqu'alors inconnue. Il n'a plus de douleurs en finissant d'uriner. Le liquide qu'il rend est fétide et coloré. Quelquefois son ventre est plus gros qu'à l'ordinaire, et il y a comme une sorte d'empatement dans le petit bassin; à ces signes on reconnaît que la vessie ne se contracte plus sur la pierre, et que ses parois, malgré leur épaisseur, étant tombées dans l'inaction, se laissent distendre par l'urine. Il s'opère donc là un changement non appréciable pour l'anatomiste, mais dont on ne peut contester la réalité, puisqu'on en voit les efforts. Tantôt le col vésical se contracte avec trop de force pour que le corps de la vessie puisse vaincre la résistance, tantôt, et plus fréquemment, la couche musculuse de l'hyper-

gane, envahie par l'inflammation, cesse de se contracter. » (*Traité de l'affection calculuse*, pag. 271.)

« Bien que l'inflammation accompagne souvent la présence de la pierre, souvent aussi les fibres charnues augmentent de volume, et présentent une force de contraction proportionnée au développement qu'elles ont acquis, ce qui explique les efforts considérables auxquels se livrent quelquefois les malades en finissant d'uriner. M. Hardy a reconnu chez un homme de soixante-six ans, qui souffrait de la pierre depuis vingt-cinq années, les membranes de la vessie épaissies de 6 à 9 lignes, mais non enflammées. La cavité de l'organe était plus considérable qu'à l'état normal, et se trouvait entièrement remplie par une pierre pesant vingt-sept onces et demie (860 grammes).

» L'épaisseur des parois hypertrophiées de la vessie diminue-t-elle au moment où le viscère acquiert une capacité anormale? On l'ignore; mais ce qui est certain, c'est qu'on la trouve considérable encore à l'ouverture des corps. » (Civiale, *loco cit.*)

B. Sans épaissement ou avec amincissement des parois. Nous disons sans épaissement ou avec amincissement des parois parce que si quelques auteurs admettent l'amincissement des parois vésicales, il en est d'autres qui prétendent que c'est là une erreur, et que cet amincissement n'est qu'apparent.

Les causes de cette forme de l'hypertrophie de la cavité de la vessie sont les mêmes que celles de toutes les autres variétés; c'est toujours un obstacle au cours de l'urine long-temps prolongé et le plus souvent accompagné d'inertie de l'organe. Dès lors, on comprendra facilement que c'est principalement dans les cas où il y a paralysie de la vessie que cette variété s'observe. Alors, en effet, les parois de la vessie n'agissant point sur le liquide qui les distend, les faisceaux musculaires ne se développent point et s'amincissent même par la distension. On trouvera des exemples de cette espèce dans le paragraphe de la Paralysie de la vessie, consacré à la paralysie par suite de distension exagérée des fibres. Cet organe est susceptible, dans cette circon-

stance d'acquiescer les plus grandes dimensions.

M. Bérard a présenté à la Société anatomique une vessie énormément dilatée, dont le sommet atteignait l'ombilic. Pour cause de cette distension, nous avons vu, dit M. Cruveilhier, une stricture tout à fait circulaire, située à trois pouces du méat urinaire. Le bas-fond de la vessie présentait une foule de petites granulations semblables à des grains de mil, et qui ne sont autre chose que des follicules muqueux invisibles dans l'état sain de l'organe.

» Assez souvent, dit M. Civiale, les fibres vésicales finissent par se fatiguer d'une lutte inutile, et céder presque sans résistance au liquide qui, par son accumulation, tend à les distendre et à les allonger. La vessie alors, tout en augmentant de capacité, s'amincit et perd en tout ou en partie la faculté contractive. Or, comme l'exercice de cette faculté est la source principale des lésions organiques qu'on découvre après la mort, il ne faut pas s'attendre alors à rencontrer ces lésions. L'ouverture des cadavres constate néanmoins des particularités qu'on doit noter. D'abord, la capacité de la vessie est quelquefois assez considérable pour que le viscère puisse contenir plusieurs pintes de liquide. Circonstance d'autant plus frappante que pendant la vie, on n'avait point observé à l'hypogastre la tuméfaction que présentent la plupart des personnes qui succombent par suite d'une rétention d'urine. Ce fait est facile à expliquer. Dans les cas ordinaires d'ischurie, la vessie se contracte avec force et produit une tumeur dure et arrondie, dont on suit aisément les contours. Ici, au contraire, elle ne se contracte pas, ses parois sont molles et flasques, et le liquide par l'effet de son seul poids, les pousse vers le point qui offre le moins de résistance. Le toucher fait découvrir une espèce d'empatement à la partie inférieure de la région hypogastrique, et la percussion médiate annonce la présence d'un liquide. Mais il faut une certaine habitude pour distinguer si ce liquide est contenu dans la vessie, et l'on s'exposerait souvent à des erreurs de diagnostic si l'on omettait de recourir à la sonde. Les parois vé-

sicales ne sont guère plus épaissies qu'à l'état normal. Quelquefois même, elles le sont moins; mais leur tissu est très-lâche, presque décoloré. La surface interne de l'organe présente parfois des traces de phlegmasie; on voit alors une teinte noirâtre surtout dans le voisinage du col. S'il n'y a point d'inflammation, la membrane muqueuse est d'une pâleur extrême. On y aperçoit quelques points saillants, des espèces de villosités ou de fongosités de couleur variable. Dans certains cas, on découvre, sous cette membrane quelques faisceaux musculaires très-minces, et fort éloignés les uns aux autres. » (Civiale, *Aff. calcul.*, p. 268.)

Après avoir cité l'opinion de M. Civiale, nous devons rapporter le passage dans lequel M. Mercier la réfute, et avec raison, ce nous semble, jusqu'à un certain point.

Après avoir fait remarquer que l'on ne doit point considérer comme atteinte d'inertie toute vessie dans laquelle on entre facilement avec la sonde, bien que l'urine n'en sorte pas librement: c'est sans doute une erreur de ce genre, ajoute M. Mercier, qui a conduit M. Civiale à admettre une atrophie de la couche charnue; car cette atrophie qui, à l'entendre, est très-fréquente, est au contraire extrêmement rare. Si ce n'est point, chez lui, une pure hypothèse; il faut croire qu'il a regardé comme atrophiées les vessies simplement distendues, et dont les parois ne paraissent minces qu'en raison de leur distension. Car dans les cas mêmes où, par la suite d'obstacles au cours de l'urine, la contractilité vésicale a fini par s'amoindrir, il est rare que la couche charnue n'ait pas augmenté plus ou moins d'épaisseur. Aussi, a-t-on fait observer avec raison à M. Civiale, qu'après avoir parlé d'atrophie vésicale à chaque page, il est assez étonnant que la vessie se trouve hypertrophiée dans tous les cas dont il donne le dessin. (Mercier, *Valv. vésicales*, p. 156.)

Nous avons réservé pour la fin de cet article ce qui est relatif au traitement. Avec la plupart des auteurs, nous regardons comme incurable une affection organique résultant d'une inflammation chronique, ou d'une augmentation pathologique d'action déterminée par un ob-

stacle au cours de l'urine. Cependant Sæmmering, auquel on ne peut refuser une imposante autorité, a consacré quelques lignes à l'examen de la question du traitement qu'il croit possible.

« Mon expérience m'a prouvé, dit Sæmmering, qu'on pouvait conserver quelque espoir de guérir l'épaississement des parois de la vessie, et je ne partage point à cet égard l'opinion de Witchmann. En effet, n'a-t-on pas vu céder à l'emploi de moyens internes et d'un genre de vie régulier, des engorgements considérables de parties dont la sensibilité paraissait éteinte, et qui présentaient déjà une consistance cartilagineuse? J'en citerai pour exemple deux du prépuce, de ce repli membraneux qui offre quelques rapports avec la vessie. Gilchrist assure les avoir guéris par des pilules mercurielles. L'efficacité du mercure dans cette circonstance est encore attestée par G. Frank (*Méd. pratique*), et je ne pense pas que l'on puisse m'adresser ici ces paroles de Witchmann: Autant vaudrait entreprendre de rendre la peau des vieillards à son premier état; en un mot, de les rajeunir.

» L'épaississement de la vessie n'est point un effet naturel de l'âge, mais une affection morbide. Il ne s'agit point ici d'un durcissement, mais d'une augmentation de volume. La vessie, loin d'avoir rien perdu, est au contraire surchargée d'une augmentation de tissu dont la nature se débarrassera dès qu'un traitement bien dirigé viendra aider ses efforts. Lors donc que l'épaississement de la vessie ne sera pas trop ancien, lorsqu'il ne sera pas compliqué avec quelque autre maladie, on pourra espérer, sinon d'obtenir un succès entier chez les vieillards, au moins d'apporter beaucoup d'amendement dans l'état de cette affection.

» Dans ce but, il ne faut permettre au malade que des aliments doux et des boissons de même nature. Si l'on soupçonne que le virus vénérien a déterminé la maladie (dans un alinéa précédent, Sæmmering s'était posé cette question: Le virus vénérien ne pourrait-il pas être compté parmi les causes de l'épaississement de la vessie?), les frictions mercur-

rielles sont indiquées, la liberté du ventre sera entretenue par des demi-lavements émollients, auxquels on peut ajouter la décoction de ciguë, et par des bains d'eau de savon. Le malade doit beaucoup boire pendant le jour et retenir quelque temps son urine pour déterminer une légère distension de la vessie. Il faut surtout insister sur les injections d'eau de guimauve dans la vessie. Les faits rapportés par Gilchrist et Lind prouvent que l'espoir de guérir n'est pas chimérique. » (*Loco cit.*, p. 117.)

Nous devons, à cause du nom de Scæmering, rapporter ce passage. Les travaux modernes ont démontré toute l'inanité de cette prétention. La première indication à remplir serait d'enlever l'obstacle au cours de l'urine, puisque les faits et l'observation de chaque jour prouvent que telle est la cause de l'hypertrophie des parois de la vessie, et que l'un des premiers principes est de détruire la cause, si l'on veut détruire l'effet; et le plus souvent la cause est inattaquable. Mais, de plus, dans l'immense majorité des cas, il est à peu près impossible, ou du moins très-difficile de diagnostiquer pendant la vie l'épaississement simple des parois de la vessie.

## ARTICLE XIX.

*Atrophie de la vessie.*

Cet article sera excessivement court, l'article précédent contenant aussi complète que possible l'histoire de l'atrophie de la vessie, que l'on ne peut séparer de celle de l'hypertrophie.

En effet, l'on doit considérer l'atrophie dans deux circonstances, 1<sup>o</sup> atrophie de la cavité, 2<sup>o</sup> atrophie des parois.

En parlant de l'épaississement des tuniques de la vessie, nous avons dit que souvent, en raison et par suite de cet épaississement, la cavité de l'organe diminuait notablement, et nous en avons cité des exemples.

D'autre part, en traitant de l'épaississement de la cavité, nous avons agité la question de savoir si quelquefois il était possible que cette ampliation de la cavité coïncidât avec l'amincissement ou l'atro-

phie des parois, et la produisit. Sous ces deux points de vue, la question est donc complète. Cependant nous rapporterons un court alinéa de l'Anatomie pathologique de M. Andral relatif à l'atrophie de cet organe, et nous citerons l'observation d'un fait d'atrophie chez un sujet atteint de cachexie syphilitique.

« La vessie, dit M. Andral, est susceptible de divers degrés d'atrophie, dont les uns ne sont survenus qu'après la naissance, et dont les autres sont liés à un défaut primordial de développement. Cette atrophie peut ne consister qu'en un simple amincissement des parois de la vessie; cet amincissement dépend surtout du peu de développement de la tunique charnue qui laisse même de larges espaces où elle manque complètement, et à travers lesquels fait hernie la membrane muqueuse. » (*Loc. cit.*, p. 630.)

L'observation suivante, que nous devons à l'obligeance de M. Jules Davasse, présente un cas curieux d'atrophie de la vessie.

Obs. *Cachexie syphilitique. Atrophie de la vessie.*

« L'observation de ce sujet, affecté d'une cachexie vénérienne à laquelle il a succombé, présente une foule d'altérations: gommages sous-cutanées et sous-muqueuses, destruction d'une notable partie du pharynx, tubercules profonds, nécroses, exostoses. En outre, il portait un rétrécissement de l'urètre, survenu à la suite d'une tumeur gommeuse du canal, qui avait déterminé une fistule urétrale, et, auparavant, il avait eu trois fois la chaudepisse, dont une *cordée*.

« Cet homme avait quarante-huit ans; il a passé six semaines à l'hôpital; pendant tout ce temps, rien n'a attiré mon attention sur ses urines. J'avais essayé de passer une sonde dans l'urètre, à cause de la fistule, mais il me fut impossible de franchir le point où existait la tumeur gommeuse, qui occupait le milieu de la portion spongieuse; la fistule s'ouvrait à l'extérieur, au-devant des bourses.

« Quand cet homme est mort, à la suite d'un dépérissement profond dans la constitution, à part les altérations nombreuses qu'il m'a présentées, j'ai trouvé, à mon grand étonnement, une atrophie

considérable de la vessie; quoique pleine de liquide, elle avait tout au plus le volume du poing; elle ne paraissait du reste présenter aucun état morbide, seulement la muqueuse était décolorée, et le liquide que l'organe contenait ressemblait beaucoup plus à une décoction de gomme adraganthe qu'à de l'urine, dont il n'avait du reste ni l'odeur, ni la coloration. Il me fut impossible, à mon grand regret, de la soumettre à l'analyse. »

Il est évident que, chez ce sujet, ce n'est point à la cachexie syphilitique, mais à la fistule urinaire, qu'est due l'atrophie de l'organe.

## DÉGÉNÉRESCENCES DE LA VESSIE.

Le sujet dont nous allons chercher à tracer l'histoire aussi complète que possible, est un des points les plus obscurs encore et les moins étudiés de la pathologie de la vessie. Aussi, avant d'entrer en matière, nous permettra-t-on de présenter quelques considérations sur le sens que les auteurs ont jusqu'à ce jour attaché aux mots *polype* et *fungus* de la vessie, et sur la signification réelle qu'on doit leur donner.

Depuis Chopart et Desault, jusqu'à MM. Vidal de Cassis et Civiale, tous les pathologistes ont confondu sous la même dénomination, dans la même description, les polypes et les fungus de la vessie. Tous se sont indifféremment servis de l'une ou de l'autre expression pour désigner les mêmes lésions. Chopart, dans le livre duquel on ne trouve point de paragraphe particulier sur les polypes de la vessie, confond souvent le fungus et le cancer; de cette dernière affection, du reste, il ne juge point à propos de faire le sujet d'un article général, et tout au plus l'admet-il comme exception. Or, il est positif que tous les polypes ne sont pas des fungus, et que souvent, indépendamment de la forme cancéreuse que peut prendre et que prend le plus souvent le fungus, le carcinome de la vessie n'est pas d'une excessive rareté. Nous ne parlerons pas spécialement de l'opinion de Boyer, cet auteur n'ayant fait, peut-être pour des raisons que nous avons indiquées plus haut, que répéter ou copier même textuellement Chopart et Desault.

Nous arriverons immédiatement à M. Civiale, que ses études spéciales doivent avoir plus instruit que les autres sur ce sujet.

Qui le croirait? Là encore même doute, même obscurité, même incertitude. M. Civiale ne fait dans son livre, pour ces lésions, qu'un seul chapitre, et prend indifféremment, pour désigner ces tumeurs, les noms de *polypes* ou de *fungus*. Nous ne saurions mieux faire, du reste, que de mettre sous les yeux du lecteur les quelques lignes dans lesquelles il cherche à justifier sa manière de procéder et déduit les raisons qui l'ont conduit à penser ainsi:

« Pour ce qui regarde, dit-il, la distinction en polypes et fungus, basée sur le plus ou moins de consistance de la masse faisant saillie dans la cavité vésicale, a-t-elle bien réellement l'importance qu'on a paru et qu'on semble vouloir lui attribuer? Il est permis d'en douter, quand on se représente que les symptômes sont les mêmes, que les causes ne diffèrent probablement pas, et que le traitement, autant toutefois qu'il est permis d'en essayer un, est semblable en tous points. D'ailleurs cette consistance varie et suivant le siège de la tumeur et, dans une même tumeur, selon le développement qu'elle a acquis, les complications qui sont survenues, les dégénérescences qui se sont opérées. Enfin on ne parvient à l'apprécier que quand la maladie est devenue accessible à nos sens par une opération ou par l'autopsie, à moins que l'excroissance, implantée près de l'orifice interne de l'urètre, ne s'engage dans le canal, et ne vienne faire saillie à l'extérieur, disposition dont les auteurs rapportent plusieurs exemples, que j'ai moi-même observée chez une femme, mais qui doit être extrêmement rare, comme on le conçoit sans peine.

« Ainsi sans m'arrêter davantage sur ces divers points, je passe de suite à des considérations qui tiennent de plus près à la pratique, prévenant seulement, pour éviter toute confusion, que j'appelle fungus ou polypes, les tumeurs qui naissent de la membrane interne de la vessie, et dont la nature varie trop pour qu'on