

depuis il y a eu recours quatre autres fois et a bien voulu nous rendre témoin de son intervention. Nous rapporterons en détail ces observations à la fin de notre travail.

Nous terminerons cet historique en signalant une lettre d'Angleterre adressée à la *Semaine médicale* par le D^r Schreider, au mois de mars dernier, et dans laquelle quelques points de la pratique de sir Henry Thompson sont rappelés, ainsi qu'une opération à laquelle a assisté le correspondant. Enfin M. le D^r Paul Reclus, professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux, a publié, dans le n^o du 28 mars 1884 de la *Gazette hebdomadaire*, un article substantiel dans lequel se trouvent résumés les traits principaux de la question (1).

(1) Au moment de livrer mon travail à l'impression, je relève dans la *Rev. des sc. méd.* (juillet 1884) l'indication d'un travail de R. B. Bon-tecou. External median perineal urethrotomy for cystitis and for the removal of morbid growths from the bladder (*Transact. of the American Surgery Associat.* T. I, p. 505). Le chirurgien américain a pratiqué ainsi avec succès deux extirpations de petites tumeurs polypoides chez des malades souffrant depuis longtemps d'une cystite rebelle.

CHAPITRE II.

CONSIDÉRATIONS SUR LA NATURE HISTOLOGIQUE, LA FRÉQUENCE LE SIÈGE, LES CONNEXIONS, LES LÉSIONS CONCOMITANTES DES NÉOPLASMES DE LA VESSIE.

Il est encore difficile de donner une classification anatomique des néoplasmes de la vessie. Certainement les études histologiques de ces dernières années sont venues démontrer la nature d'un certain nombre de dégénérescences de cet organe et leur assigner une place dans la nomenclature des productions pathologiques, en même temps que leur histoire clinique s'est enrichie de faits propres à les faire reconnaître du vivant même du malade.

Parmi ces dégénérescences, la tuberculose vésicale est assurément la mieux connue grâce aux travaux de l'École de Necker (1); les fungus villeux ou angiome villeux, ont été aussi l'objet d'un bon travail de M. Molinier (2), et il y a deux ans un très remarquable mémoire de M. Féré (3) collectionnait tous les faits de cancer épars dans les diverses publications scientifiques.

En Angleterre, les travaux de Braxton Hicks (4), de

(1) Tapret. Tuberculisation des organes urinaires (*Arch. gén. de méd.*, 1878, t. I, p. 513, et 1879, t. II, p. 403).

E. Monod. Tubercules de la vessie, *Progrès médical*, 9 et 16 août 1879.

(2) Molinier. Essai sur le fungus villeux ou angiome villeux de la vessie. Th. Paris, 1870.

(3) Féré. Du cancer de la vessie. Mémoire couronné (Prix Civiale), 1880.

(4) Braxton Hicks. *The Lancet*, 1867.

H. Thompson, de Coulson, de Harrison; en Amérique, ceux de Gros et de Stein; en Allemagne, ceux de Virchow, Roser, Billroth, Volkmann, Kocher ont mis en relief la nature histologique de certaines tumeurs, et les ont nettement séparées ainsi des autres néoplasmes, qui présentent avec elles quelques points de ressemblance dans leur conformation extérieure et leur aspect macroscopique.

C'est en effet un caractère commun à bien des néoplasmes de la vessie que d'affecter la forme de polypes, d'excroissances, de végétations irrégulières à leur surface, tomenteuses, verruqueuses ou frangées leur donnant l'apparence de choux-fleurs (*cauliflower like appearance*), de houppes soyeuses, d'où les noms vagues de tubercules, de tubérosités, de caroncules, que l'on trouve dans les anciens auteurs; les dénominations plus récentes de fungus, de tumeur villeuse (*villous growth, villous disease*) ne sont pas plus précises (1). L'aspect du néoplasme à la coupe, pas plus que son apparence extérieure ne saurait donner une notion précise de sa nature et il est incontestable que sous les noms de *carnosités*, de *squirrrosités*, les anciens confondaient les productions les plus variées; de nos jours même, les appellations de papillome, de cancer villeux de la vessie, employées par les auteurs, n'ont pas une rigueur scientifique suffisante.

Le microscope seul est capable de nous révéler la véritable nature d'une tumeur; mais malgré le désir que j'aurais de m'en rapporter exclusivement à ce critérium pour classer les nombreux néoplasmes dont j'ai relevé les obser-

(1) Whitehead et Pollard (*loc. cit.*) font remarquer ce fait intéressant, que la tendance à la forme villeuse des tumeurs de la vessie s'explique par l'origine allantoïdienne de la vessie; les villosités du chorion, végétations de l'allantoïde, ne sont en quelque sorte que des productions villeuses physiologiques.

vations, je ne puis y satisfaire. Force m'est donc d'accepter le diagnostic anatomique de leurs auteurs.

Je n'ai pas besoin de dire que je ne m'occupe pas des dégénérescences secondaires de la vessie, si fréquentes chez la femme, en raison du voisinage immédiat de l'utérus et du réservoir urinaire. L'envahissement de la vessie, se produisant à la période ultime de l'affection, n'est pas, on le comprend, justiciable de l'intervention chirurgicale. Je dois aussi faire remarquer que le cancer (ce mot pris ici dans son acception la plus générale de tumeur maligne), développé secondairement dans les parois de la vessie par infection générale de l'économie, ne m'intéresse pas pour les mêmes raisons; d'ailleurs ces cas sont si rares que Féré dit n'en avoir relevé que deux (1). Les néoplasmes développés primitivement dans la vessie m'occupent donc seuls.

Une grande division s'impose d'elle-même, la division en *tumeurs bénignes* et *tumeurs malignes*.

Dans les *tumeurs bénignes*, je ferai entrer :

Les Papillomes (lisses ou villeux);

Les Myxomes;

Les Fibromes;

Les Myômes.

Dans les *malignes*, je classerai :

Les Epithéliomes;

Les Encéphaloïdes;

(1) Je trouve dans le compte rendu de la Pathological Society of London (séance du 20 mars-1883) une curieuse observation communiquée par M. Clutton. Il s'agit d'un homme de 62 ans, qui présentait à la fois une tumeur du crâne et de la vessie. L'examen de la tumeur du crâne montra qu'on avait affaire à un sarcome alvéolaire. La tumeur de la vessie était également un sarcome, mais les cellules en étaient beaucoup plus petites et groupées différemment. Toutefois le chirurgien anglais pense que le néoplasme vésical s'est développé secondairement par infection.

Les Squirrhes ;
Les Colloïdes ;
Les Sarcomes.

A côté de ces tumeurs, qu'on rencontre à des degrés de fréquence variable dans la vessie, je rappellerai simplement pour mémoire l'existence de néoformations dont il est très difficile d'expliquer la pathogénie et qu'on a trouvé très rarement dans le réservoir urinaire. Ce sont d'abord ces productions que Cruveilhier décrit dans son anatomie pathologique (1) sous le nom de *vésicules* et qu'il attribue au développement des follicules du bas-fond de l'organe. L'absence de tout corps glandulaire dans la vessie doit faire repousser pareille interprétation. Viennent ensuite des kystes qui sont très probablement formés par le décollement de la tunique muqueuse de la tunique musculuse. Tels sont les faits observés par Robert Knox et Liston (2). Quand aux tumeurs érectiles, rien n'est moins démontré que leur présence dans la vessie. L'observation que Broca (3) donne dans son traité des tumeurs se rapporte bien plutôt à un papillome qu'à une tumeur érectile. Enfin les enchondromes sont si rares qu'on en trouve peut-être un cas unique dans la littérature médicale. Je l'ai trouvé dans la Gazette médicale de Paris pour l'année 1836 (4).

Je me suis bien gardé d'employer dans la classification précédente les expressions de tumeurs villeuses, de villosités,

(1) Cruveilhier. Traité d'anatomie générale. T. III, p. 357.
(2) Robert Knox. Some Remarks on the formation of membranous Cysts in the interior of the urinary bladder. Med. Times and Gazette, 1862, p. 104.
(3) Broca. Traité des tumeurs. T. II, p. 211.
(4) Le fait que Landeta a communiqué à la Soc. anat, en 1861, p. 191 provenait du bassin et avait envahi secondairement la vessie.

sités, bien que ce soit un terme qu'on rencontre à chaque instant dans les auteurs ; il ne sert en effet, comme je l'ai déjà dit, qu'à exprimer l'aspect commun sous lequel se présentent les néoplasmes les plus différents par leur structure.

Voyons maintenant dans quelle proportion ces diverses tumeurs se rencontrent. Le travail de Stein est le plus précis à cet égard ; il nous donne :

<i>Tumeurs bénignes :</i>	
Papillomes	60
Myxomes	15
Fibromes	15 (1)
Myômes.....	3 (2)

Il ne fournit pas de chiffres pour les tumeurs malignes, mais s'appuyant sur l'autorité de Gross, il n'hésite pas à conclure, contrairement à ce que pense Coulson, que les épithéliomes l'emportent de beaucoup par leur fréquence sur les autres néoplasmes malins ; pour lui, bien des tumeurs décrites sous le nom de cancer villeux sont des épithéliomes. L'encéphaloïde occupe le second rang, puis vient loin derrière le squirrhe.

Le sarcome n'a été relevé par cet auteur que cinq fois ; enfin il cite deux cas de sarcome mixte, un myo-carcinome et un sarco-myôme.

Sir Henry Thompson, qui a pratiqué l'examen microscopique des douze cas de tumeurs qu'il a enlevées par la boutonnière périnéale, nous donne les résultats suivants :

(1) L'auteur fait remarquer que les fibromes purs sont rares.
(2) Ces trois cas de myômes appartiennent l'un à Wolkmann qui l'enleva avec succès ; les deux autres au D^r Chiarri, de Vienne, qui les trouva à l'autopsie chez des individus morts de maladie intercurrente (in Des myômes de la vessie par Belfield, Wiener med. Woch., n° 12, 1881.)

Papillomes.....	8
Epithéliomes ou sarcomes.....	3
Hypertrophie de la tunique sous-mu- queuse.....	1

Il ajoute qu'ayant examiné avec le plus grand soin *une* *incentae* de tumeurs de la vessie, conservées dans les musées de Londres, il en a rencontré 60 non malignes et 40 malignes.

Féré, sur les 145 cas qu'il a collectionnés, n'a trouvé que 82 fois la forme anatomique signalée. Ces 82 faits se décomposent ainsi :

Encéphaloïde ou médullaire.....	39
Squirrhe.....	7
Epithéliome.....	5
Sarcome.....	3
Colloïde.....	1
Villeux (cette dénomination n'a aucune valeur au point de vue de la nature du néoplasme).....	27

La collection du musée de l'hôpital Necker nous fournit 18 faits, dans lesquels nous trouvons :

Tumeurs bénignes.....	9
Tumeurs malignes.....	9

En somme, en additionnant tous les faits dans lesquels la nature de la tumeur vésicale est suffisamment indiquée nous en trouvons 205, se décomposant ainsi :

Tumeurs bénignes.....	138
Tumeurs malignes.....	67

On voit, en résumé que les tumeurs bénignes l'emportent sur les malignes. On peut, il est vrai, objecter à notre statistique que Stein ne donne aucun chiffre indiquant la proportion des tumeurs malignes et que ses chiffres sont tout au bénéfice des néoplasmes bénins ; par contre, je ferai

remarquer que Féré ne s'occupe dans son travail que du cancer et qu'il laisse un peu de côté les productions bénignes. Les choses ne se compensent-elles pas à peu près ?

Après la connaissance de la nature histologique, un point important pour le but que nous poursuivons, c'est de savoir le siège du néoplasme et la forme sous laquelle il se présente. Est-il infiltré dans les parois de la vessie fait-il un relief plus ou moins saillant dans la cavité de l'organe et dans ce cas quelle est l'étendue de son pédicule ? La réponse à la première question décidera, nous le verrons, de la voie à suivre pour arriver sur la tumeur ; la réponse à la seconde décidera du mode d'exérèse.

Tous les auteurs, qui ont fait des recherches sur le siège des tumeurs de la vessie, s'accordent à reconnaître que leur siège de prédilection quels que soient leur volume, leur forme ou leur structure histologique, est la base ; puis viennent le trigone, la paroi postérieure, le voisinage des urètres ; le col, la paroi antérieure, les parois latérales, le sommet sont rarement le siège du néoplasme. Les chiffres suivants sont très démonstratifs, nous les empruntons au travail de Féré. Sur les 145 cas qu'il a analysés, 87 fois le siège du néoplasme est indiqué, il se répartit de la façon suivante :

Base.....	26
Paroi postérieure.....	17
Voisinage de l'uretère gauche.....	8
Voisinage de l'uretère droit.....	5
Base et paroi postérieure.....	7
Paroi postérieure et paroi supérieure...	5
Base et paroi antérieure.....	3
Parois postérieure et latérale gauche...	2
Base et paroi latérale gauche.....	2
Base et paroi latérale droite.....	1
Paroi latérale gauche.....	2
Paroi latérale droite.....	2

Paroi antérieure.....	2
Paroi antérieure et supérieure.....	1
Col.....	3
Sommet.....	2
Tumeurs diffuses.....	8

Stein ne rapporte pas de chiffres indiquant la proportion du siège des néoplasmes, mais il déclare très nettement, aussi bien pour les tumeurs bénignes que pour les tumeurs malignes, que leur siège de prédilection est la paroi postérieure, puis le trigone. « Quelquefois, dit-il, le point d'implantation est simplement indiqué par ces mots : « sur le corps » rarement il est fait mention du col comme siège de la maladie. »

L'examen des pièces du musée de l'hôpital Necker donne les résultats suivants (1) :

Pièce n° 2. — Fongus occupant le bas-fond et la paroi latérale gauche de la vessie. La tumeur du bas-fond a la forme d'un godet de 5 centimètres de diamètre; de la paroi latérale gauche s'élève une végétation de 5 centimètres, libre et flottante.

Pièce n° 11. — Cancer ayant envahi la prostate, le trigone et le bas-fond et formant une masse non pédiculée.

Pièce n° 12. — Cancer occupe toute la paroi antérieure de la vessie.

Pièce n° 17. — Masses flottantes en forme de houppe, disposées en cercle autour du bas-fond.

Pièce n° 21. — Petite houppe villeuse sur le côté droit du trigone. Cancer du rein droit.

Pièce n° 26. — Cancer. La masse dégénérée envahit tout le bas-fond et réunit entre eux les viscères du petit bassin, en les faisant adhérer aux os.

Pièce n° 34. — Epithélioma pavimenteux lobulé occupant le bas-fond et la face postérieure de la vessie; de grosses papilles ulcérées hérissent la tumeur implantée par une large base.

(1) Je rapporte aussi brièvement, mais aussi complètement que possible l'aspect et le mode d'implantation de ces néoplasmes. Les numéros des pièces sont ceux du catalogue de la collection du musée.

Dans la fosse iliaque gauche se trouvait une grosse masse de ganglions dégénérés, Calculs dans le rein droit et dans le bassin.

Pièce n° 35. — Cancer diffus occupe toute l'étendue de la face interne de la vessie, mais est surtout prédominant sur les faces latérales et forme des saillies mamelonnées, fongueuses.

Pièce n° 73. — Cancer infiltré de la paroi postérieure, pas de masses végétantes.

Pièce n° 84. — Fongus villeux forme 3 masses végétantes, peu vasculaires, pédiculées occupant la région du trigone et le bas-fond.

Pièce n° 92. — Masse fongueuse, pédiculée, occupant le côté gauche du bas-fond.

Pièce n° 93. — Fongus pédiculé siégeant sur le côté gauche du bas-fond.

Pièce n° 104. — Cancer encephaloïde formant une masse végétante en chou-fleur sur la paroi antérieure et les faces latérales de la vessie.

Pièce n° 110. — Énorme masse fongueuse remplissant toute la vessie, implantée par un pédicule de 5 à 6 centimètres sur le côté droit de la vessie.

Pièce n° 114. — Tumeur occupant la face postérieure et inférieure de la vessie sous forme de plusieurs petites masses pédiculées.

Pièce n° 116. — Masse végétante se désagrégant sous un filet d'eau et laissant une surface circulaire d'implantation de 7 à 8 centimètres de diamètre, occupant la partie latérale gauche de la vessie, ne dépassant pas le trigone en bas, mais empiétant en arrière sur la face postérieure.

En résumé, le néoplasme occupe dans ces pièces, comme dans les observations des auteurs cités plus haut, surtout le bas-fond et le trigone; viennent ensuite les faces latérales; deux fois seulement la tumeur siégeait sur la face antérieure.

Si l'on consulte nos tableaux résumant tous les cas d'ex-tirpations de néoplasmes vésicaux faites jusqu'à ce jour, on voit encore la prédominance du bas-fond, du trigone et de la paroi postérieure comme siège de l'implantation. M. Guyon compare fort ingénieusement la vessie sectionnée en deux hémisphères par un plan passant par le méridien horizontal, à une sorte de boîte, dont le couvercle mobile est dans la très grande majorité des cas exempt de lésions,

tandis que le fond immobile, adhérent, inattaquable, est le siège ordinaire de l'implantation des néoplasmes.

Cette donnée topographique trouvera son application, comme je l'ai déjà dit, lorsqu'il s'agira de discuter quel est le meilleur chemin à suivre pour pratiquer l'exérèse des néoplasmes vésicaux.

Une autre donnée, que je dois de suite dégager des observations anatomiques, est relative à la façon dont s'implantent les tumeurs sur la paroi de la vessie. Malheureusement les auteurs sont à peu près muets à cet égard, ou du moins très peu explicites; il semble cependant qu'on doive conclure de la lecture des observations que le plus souvent les néoplasmes sont pédiculés ou font un relief plus ou moins accentué dans la cavité de la vessie; la minorité infiltre les parois. Stein se contente de dire à propos des papillomes qu'ils sont plus souvent pédiculés que sessiles.

Je puis être plus précis en donnant le résultat de l'examen des pièces du musée Necker. Sur 18 pièces, on voit que 13 fois la tumeur était plus ou moins nettement pédiculée, mais faisait toujours un relief prononcé dans l'intérieur de la vessie, tandis que 5 fois seulement elle infiltrait sa paroi et n'aurait pu en aucune façon bénéficier d'une opération.

Stein emprunte à Gersuny le fait suivant, d'un polype très intéressant par son point d'implantation, son enclavement dans un diverticulum, et par l'existence d'un calcul développé dans une seconde dilatation du sommet de la vessie. Il s'agit d'un homme de 49 ans, atteint d'une tumeur vésicale qu'on essaya vainement d'enlever par la taille périnéale. Le malade mourut. A l'autopsie, on trouva sur le côté droit du bas fond un diverticulum de la vessie enfermant une tumeur du volume d'un œuf de poule,

rattachée au fond de sa loge par un mince pédicule du calibre d'une plume d'oie. Au sommet de la vessie se trouvait un kyste purulent s'ouvrant, d'une part en arrière dans la vessie, et d'autre part en avant, immédiatement derrière la paroi abdominale, dans une cavité qui renfermait un calcul du volume d'une noix ayant pour noyau l'extrémité d'une sonde brisée.

C'est un fait très remarquable que l'intégrité des ganglions lymphatiques pelviens et lombaires dans les tumeurs de la vessie histologiquement démontrées les plus malignes, de même que l'absence de l'infection générale de l'économie (1).

Féré a relevé à peine une dizaine de cas dans lesquels cet engorgement se trouve signalé. Les malades succombent en général tous de la même façon, soit par des hémorragies répétées, qui les épuisent jusqu'à la mort, soit par quelques complications tenant au siège de la lésion, de telle sorte que la malignité du néoplasme est bien plutôt commandée par les accidents qu'il détermine que par sa forme anatomique. C'est certainement cette manière d'être des tumeurs vésicales qui, avant l'emploi des recherches microscopiques, les a fait englober sous la dénomination générale de cancer.

On a vu de petites houppes villeuses larges comme une pièce de deux francs, de constitution histologique franchement bénigne donner lieu à des hématuries abondantes,

(1) Doit-on mettre cette intégrité des ganglions sur la structure particulière des parois de la vessie, dans l'épaisseur desquelles, au dire de M. le professeur Sappey, ne se trouveraient pas de réseaux lymphatiques? Mais il convient aussi d'ajouter que M. et Mme Hoggan dans un travail « On the comparative anatomy of the mammalian urinary bladder » paru dans le Journal of anat. and. physiol., avril 1881, ont démontré que dans la vessie du cheval, du mouton, du porc, du singe, du lapin, etc., il existe des lymphatiques dans la muqueuse du trigone.

se répétant quelquefois à de longs intervalles, mais devenant à la fin mortelles. Entre autres observations analogues du registre du musée de Necker, nous relevons la suivante :

OBSERVATION I.

(Résumé extrait du registre du musée Necker, n° 93.)

B... (Auguste), 58 ans, entré à la salle Saint-Vincent le 11 décembre 1877. En 1863, ce malade eut sa première hématurie. D'abord peu abondants et séparés par de longs intervalles, les pissements de sang devinrent plus intenses et plus rapprochés. Tandis qu'au début, les urines étaient seulement légèrement teintées en rouge pendant quelques jours; elles étaient dans ces derniers temps tout à fait noirâtres pendant des mois entiers. Il y a quelques mois, caillots en grande abondance dans les urines; mictions devenues depuis cette époque difficiles et douloureuses.

B... vient à l'hôpital parce que depuis quelques jours la quantité de sang rendu dans les urines est devenue très considérable. Les urines sont en effet très brunes, noirâtres, et contiennent un très grand nombre de caillots.

Le malade ne se plaint pas d'autre chose, l'appétit est assez bien conservé, mais la peau offre une teinte jaune pâle. Amaigrissement et affaiblissement très marqués. Pas de douleurs ni spontanées, ni provoquées.

Toucher rectal; légère hypertrophie du lobe gauche de la prostate; on sent que la vessie ne se vide pas, mais on ne constate aucune tumeur, aucune dégénérescence de cet organe. Palper hypogastrique également négatif.

Pas d'exploration vésicale.

Tisane de chiendent. Toniques.

Malgré le repos au lit, malgré l'emploi d'ergotine en injections sous-cutanées, les hémorragies persistent et vont en augmentant d'intensité. Peu à peu le malade tombe dans l'adynamie la plus profonde et s'éteint lentement le 21 décembre.

Autopsie. — Rien à noter du côté des viscères splanchniques, si ce n'est un état légèrement gras du foie.

Reins et urètres absolument sains. Urètre un peu rétréci. Prostate légèrement hypertrophiée, surtout à gauche.

Vessie grisâtre, assez grande, distendue par des caillots très nombreux. Muqueuse saine sans ulcération. Dans la partie gauche de la vessie, près du bas-fond, on remarque une tumeur en forme de champignon, du volume d'une grosse noix. Cette tumeur ne va pas jusqu'au col, sa consistance est celle de la pulpe cérébrale ramollie.

Outre ces hématuries, sur lesquelles je reviendrai longuement au chapitre Diagnostic, les tumeurs vésicales se compliquent durant leur lente évolution d'accidents localisés à la sphère urinaire et dont il me faut rechercher la fréquence, car ils peuvent devenir une contre-indication à toute intervention chirurgicale.

Je ne m'arrêterai pas longtemps aux complications résultant de l'obstruction des urètres ou du col par des masses fongueuses s'appliquant sur ces orifices. Ces accidents sont en général faciles à reconnaître, et leur constatation est en faveur de l'intervention.

Stanley (1) raconte avoir observé un enfant du sexe masculin âgé de 30 mois, ayant une tumeur polypeuse intravésicale, qui se rabattait sur l'embouchure de l'urètre et l'obstruait au point d'empêcher toute miction. L'urine distendit peu à peu l'orifice imparfaitement fermé de l'ouraque et détermina un abcès au niveau de l'ombilic. On l'ouvrit, et pendant les quelques jours qui précédèrent la mort de l'enfant, toute l'urine passa par l'orifice de la paroi abdominale.

Je dois aussi particulièrement signaler la fréquence de la sortie par l'urètre, des polypes de l'urètre chez la femme; j'en cite un grand nombre d'exemples dans les tableaux. Les lésions concomitantes de la vessie doivent m'arrêter plus longtemps, de même que celles des reins. La constatation de ces dernières est surtout de la plus grande impor-

(1) Stanley. London Times and Gazette; 31 juillet 1852, cité par Wein.