

tance. Voyons d'abord les lésions de la vessie. Elles sont tout à fait tardives et n'éclatent, comme chez les calculeux, que du jour où une autre complication vient leur donner naissance : ce sera ou une rétention d'urine, mettant en jeu la sensibilité de la vessie à la distension, ou une manœuvre intempestive d'un chirurgien ayant oublié qu'avant de faire œuvre de chirurgien, il faut établir, autant que faire se peut son diagnostic par des moyens médicaux.

L'observation suivante est bien propre à donner un exemple de la tolérance de la vessie pour les tumeurs. Pendant vingt-six ans la malade eut des hématuries *sans aucune douleur, sans catarrhe vésical* (1).

OBS. II. — (Extrait de la Rev. des sc. méd.)

Femme de 64 ans. Dans l'espace de dix-sept ans, quatre enfants et une fausse couche. Sans suites fâcheuses, sans avoir jamais éprouvé aucun trouble du côté des organes urinaires, elle fut prise en 1850 d'une violente hématurie, immédiatement après avoir soulevé un fardeau lourd. L'hémorrhagie dura quinze jours et ne reparut que quatre ans plus tard, pendant quelques jours, au cours de sa dernière grossesse. De 1854 à 1860, quatre nouvelles hématuries passagères, mais profuses.

En 1861, elles se reproduisent très abondamment pendant trois mois et obligent la malade à garder le lit.

En 1865 et 1866, hématurie considérable se prolongeant ainsi plusieurs semaines.

Dans l'intervalle, miction un peu sanguinolente chaque fois que la femme se fatigue, mais jamais aucune douleur. Jusqu'en 1873, les hématuries sont rares et peu prolongées. A partir de cette date où la femme s'est retirée des affaires, elle reste quatre ans sans en avoir. En 1876, *catarrhe vésical intense*, rebelle à tout traitement; un cathétérisme détermine une perte de sang importante, mais peu durable. Enfin, depuis mars 1877, les hématuries sont devenues permanentes.

(1) Einige Faelle seltener blasener Krankungen, par Marie Heim. Vœgelin, de Zurich (Correspondenz Blatt für Schweizer Ärzte) n° 18, p. 388 et n° 14, p. 424, 1<sup>er</sup> et 15 juillet 1879. (Extrait de la Rev. des sc. med., vol. XVI, p. 269).

Au mois de juin suivant, l'auteur voit pour la première fois la malade qui est robuste, mais très anémiée. La paroi vaginale antérieure est le siège d'une cicatrice très proéminente sur laquelle la femme ne donne aucun renseignement. Paroi vésicale postérieure un peu épaissie à la partie supérieure gauche, mais non douloureuse à la pression. L'urine obtenue par la sonde est rouge, noirâtre, sans odeur spéciale ni mélange de mucus, de pus ou de lambeaux de tissu.

Le 12 juin, la femme étant endormie, dilatation de l'urèthre avec les instruments de Simon. Cette opération n'offre aucune difficulté. L'index sent à gauche une tumeur saillante dans la vessie; c'est un papillome à surface villose, multilobulée, et ayant en totalité le volume d'une grosse noix; il est inséré sur une largeur de 1 centimètre 1/2, un peu à gauche du sommet de la vessie. Le tissu de la tumeur très friable se laisse facilement émietter sous le doigt, mais l'extraction des fragments est très laborieuse et nécessite des injections d'eau. L'hémorrhagie abondante s'arrête après des lavages phéniqués. Les manipulations avaient produit deux petites déchirures de la muqueuse au niveau du méat. Vessie de glace; deux injections quotidiennes d'eau blanche. Dès le deuxième jour, il n'y avait plus de douleur que pendant la miction, et le troisième, l'urine ne contenait plus de sang.

La cystite est une complication rare des tumeurs de la vessie, vierges de tout traitement, à condition, bien entendu, que leur point d'implantation sur le corps de l'organe, point de prédilection comme il a été déjà dit, ne leur permette pas de venir irriter le col et de s'opposer à l'évacuation complète des urines. Je reviendrai du reste sur cette question à propos de l'histoire clinique des tumeurs vésicales, et je n'aurai pas de peine à montrer combien dans nombre de cas cette affection se révèle par des symptômes peu variés, mais significatifs, contrairement à ce que pensent certains auteurs qui font des néoplasmes de la vessie un tableau clinique surchargé de détails. Pour le moment je ne m'occupe que des lésions anatomiques que l'on trouve concurremment avec le néoplasme.

Je passe sur les variations de capacité de la vessie, qui est trouvée tantôt rétractée sur la tumeur et contenant à peine quelques cuillerées de liquide, tantôt et moins sou-

vent dilatée; mais j'attire l'attention sur l'épaisseur des parois dans les endroits demeurés indemnes de la dégénérescence. Elles sont presque toujours épaisses, mesurent quelquefois plus d'un centimètre, Cet épaissement est dû à l'hypertrophie des faisceaux musculaires et à l'hyperplasie du tissu cellulaire interstitiel. Ce sont là des caractères importants dans l'exploration de l'organe.

Je ne reviens pas sur l'aspect très variable offert par la surface de la tumeur saillant dans la vessie, m'y étant, je crois, suffisamment arrêté; j'ajoute seulement qu'on trouve presque toujours du sang en caillots adhérents dans les anfractuosités du néoplasme ou ramassé dans les parties déclives, avec des fragments détachés de la tumeur, tout cela formant un magma qui se désagrège sous l'action d'un filet d'eau laissant la surface d'implantation irrégulière et tomenteuse. Pendant la vie du malade ces fragments entraînés avec l'urine seront, nous le verrons, un des plus précieux signes non de la présence de la tumeur, mais de sa nature.

Une complication fréquente des tumeurs de la vessie lorsqu'il existe de la cystite, et qui a bien souvent donné lieu à des erreurs de diagnostic et fait méconnaître la véritable nature de l'affection vésicale, c'est la gravelle phosphatique, résultat de la cystite chronique. Les dépôts de phosphates se présentent sous trois formes, à l'état de boue ou de graviers de petit volume mélangés et expulsés avec les urines; à l'état d'incrustation infiltrant non seulement la surface de la tumeur, mais encore les parties voisines; enfin, ils peuvent constituer de véritables calculs libres ou adhérents aux néoplasmes. Cette dernière particularité effrayait fort les anciens chirurgiens, au point que Chopart (1) « assure que lorsque la pierre est implantée

(1) Breschet. Art. Fongus de la vessie. Dict. en 60 vol.

ou embarrassée dans la substance du fungus et qu'on l'arrache avec les tenettes, sa déchirure ou son éradication cause le plus ordinairement la mort. » Nous verrons ce qu'il faut penser de ces craintes. Beaucoup plus rarement on trouve en même temps que la tumeur vésicale des calculs d'oxalate de chaux ou d'acide urique; ils n'ont pas comme les calculs phosphatiques de relation pathogénique avec le néoplasme vésical, ils n'en sont pas la conséquence. Je ne crois pas non plus qu'on doive attribuer les papillomes vésicaux à l'irritation de la muqueuse par les calculs d'urates ou d'oxalates, car les individus atteints de tumeurs de la vessie sont bien rares en comparaison des calculeux, et d'ailleurs ne sait-on pas combien souvent la gravelle urique coïncide avec la diathèse cancéreuse, de sorte qu'il n'y a rien d'étonnant à ce que l'on trouve chez le même malade et un cancer de la vessie et un calcul (1).

Après cette étude rapide des lésions concomitantes de la vessie, j'arrive à celle des reins.

L'envahissement des organes du petit bassin est, je l'ai dit, chose rare; c'est bien plus souvent la marche inverse qu'on observe dans la propagation des néoplasmes malins, c'est-à-dire la dégénérescence secondaire de la vessie à la suite des tumeurs de l'utérus chez la femme, de la prostate et du rectum chez l'homme. Du reste, à cette période ultime de l'affection l'étendue des lésions impose le diagnos-

(1) Les tumeurs de la vessie subissent parfois la transformation calcaire. Civiale rapporte qu'un nègre fut taillé deux fois par Middleton sans que ce chirurgien trouvât de pierre dans la vessie. A l'autopsie on découvrit faisant corps avec la paroi de la vessie une tumeur ossiforme du volume d'une châtaigne. En 1828, une femme se présente à la clinique de Dupuytren avec les signes de la pierre. Ce chirurgien ne trouve rien par l'exploration de la vessie. La malade meurt de cystite; à l'autopsie on trouve une tumeur pédiculée du volume d'un œuf de dinde entièrement ossifiée.

tic et contre-indique toute intervention. Aussi n'insistè-je pas.

Le retentissement des affections du réservoir de l'urine sur son appareil d'élimination est, dans les maladies néoplasiques de la vessie, de la même importance que dans les rétrécissements, les hypertrophies prostatiques et l'affection calculeuse, cependant elles ont été laissées dans l'ombre par les anatomo-pathologistes et les cliniciens. La raison en est très judicieusement donnée par M. Bazy : « La lésion rénale, dit-il, n'est pas indifférente, tant s'en faut, mais elle s'efface devant la gravité de la lésion, ou plutôt de la maladie initiale (1). » Ces lésions secondaires des reins consistent dans l'hydronéphrose, la pyélite, la sclérose simple, la sclérose compliquée de néphrite suppurative. Il serait de la plus haute importance de savoir dans quelle proportion se rencontrent les lésions rénales consécutives aux néoplasmes vésicaux, et quelle part leur revient dans les accidents ultimes qui emportent les malades. J'essaye de répondre à la première de ces questions en donnant ici l'état des reins dans les 18 cas de tumeurs vésicales conservées avec le détail de leurs observations dans le musée de l'hôpital Necker.

Deux fois l'état des reins n'est pas mentionné. La néphrite interstitielle est la lésion qu'on rencontre le plus souvent, elle est notée 8 fois ; viennent ensuite la pyélite et la pyélo-néphrite suppurée, qui sont signalées 3 fois ; dans un cas les reins avaient subi la dégénérescence graisseuse. Fait digne de remarque, mais qui s'accorde avec ce que l'on sait de la propagation du cancer de la vessie, une seule fois la dégénérescence avait envahi secondairement le rein. (Observation n° 12 du registre.) D'après cela, on voit que

(1) P. Bazy. Du diagnostic des lésions des reins dans les affections des voies urinaires, etc. Th. Paris, 1880.

toujours les reins se sont trouvés plus ou moins altérés à l'autopsie ; nous signalerons cependant, à titre exceptionnel, l'observation n° 93 du registre qui a trait à un malade souffrant d'un papillome depuis quatorze ans, et chez lequel les reins et les uretères furent trouvés absolument sains. Faut-il inférer de cette presque constance des lésions à l'abstention opératoire ? C'est une question que nous retrouverons au chapitre des indications et contre-indications de l'intervention. Qu'il nous suffise de dire, pour le moment, que les malades dont on examine les pièces anatomiques sont arrivés à la dernière période de la déchéance organique, et qu'il n'est, par conséquent, pas étonnant de trouver chez eux, sur l'organe de la sécrétion urinaire, le retentissement ordinaire des affections des organes de l'expulsion.

De cette étude anatomique, peut-être un peu longue, mais indispensable pour le but que nous poursuivons, résultent les conclusions suivantes :

Les néoplasmes bénins (papillomes) sont plus fréquents dans la vessie que les néoplasmes malins.

Le siège de prédilection des uns et des autres est la base, le trigone et la paroi postérieure de la vessie.

Tous ont une tendance à la pédiculisation.

L'engorgement ganglionnaire et l'infection générale de l'économie sont extrêmement rares.

Les lésions inflammatoires de la vessie sont tardives et même exceptionnelles, en l'absence de toute provocation, autre que celle du néoplasme. Les lésions des reins paraissent également tardives.