Une maladie moins connue et surtout plus rarement diagnostiquée, c'est l'*inflammation chronique de la portion prostatique de l'urèthre*, s'étendant plus ou moins au tissu propre de la glande. L'affection est cependant fréquente et, par suite, importante à connaître. Elle résulte le plus souvent, mais non toujours, d'une blennorrhagie opiniâtre, et je vous l'ai déjà citée comme une lésion dont les symptômes peuvent le plus aisément être confondus avec ceux d'un calcul d'un caractère bénin. Ainsi, un homme de vingt à trente ans vient vous dire qu'il a vu apparaître chez lui et d'une façon graduelle les symptômes suivants : mictions fréquentes *suivies* de douleur à l'extrémité du pénis ; de temps en temps un peu de sang vient rougir les dernières gouttes d'urine ; la sécrétion elle-même se trouble et renferme un dépôt muco-pulurent ; un sentiment de chaleur et de pesanteur s'accuse vers le périnée et le rectum ; peut-être y a-t-il aussi un peu d'écoulement par l'urèthre ; enfin, tous ces malaises s'aggravent par l'exercice et la fatigue.

Convenez que cette esquisse est bien faite pour donner le change sur la présence d'un calcul. Comment parviendrez-vous à dissiper l'équivoque. — Par les anamnestiques et par la sonde.

Les anamnestiques vous apprendront que le patient n'a rien éprouvé qui ressemble aux douleurs que provoque la descente d'un calcul rénal ou l'expulsion d'un gravier, mais qu'il souffre, depuis plusieurs mois peut-être, d'une gonorrhée rebelle à tous les moyens de traitement.

La sonde, dont l'introduction devient alors une nécessité de circonstance, ne vous fait rien trouver dans la vessie ; elle vous révèle seulement une sensibilité insolite de la portion prostatique de l'urèthre ; et le résultat le plus clair de votre exploration est souvent d'aggraver la position du malade pendant un jour ou deux.

Quel *traitement* mettrez-vous en œuvre ?

D'abord et avant tout, vous vous abstiendrez de toute intervention instrumentale, car, dans la majorité des cas, l'instrument ne peut faire que du mal. Faites ici ce que vous feriez pour une inflammation chronique de l'œil ou de l'oreille. Au moyen du liniment épispastique de la pharmacopée et d'un pinceau, établissez tous les quatre ou cinq jours un vésicatoire volant de chaque côté du raphé périnéal, — avec beaucoup de précaution, bien entendu, afin de ne pas torturer le malade ni de l'empêcher de se lever, — et continuez ainsi pendant quatre à six semaines. J'ai obtenu les meilleurs effets de cette méthode combinée avec un régime approprié et une médication tonique. Le patient se trouve bientôt heureux d'échanger ses sourdes et continuelles souffrances au périnée contre les cuissons passagères des vésicatoires, et il constate avec joie combien les premières cèdent graduellement aux secondes.

Dans les cas exceptionnels ou l'écoulement chronique du canal constitue le symptôme dominant, il peut être très-avantageux de porter sur la région prostatique de l'urèthre une solution de nitrate d'argent, à la dose maxima de cinq à dix grains (25 à 50 centigr.) pour 30 grammes d'eau.



Dans notre prochaine conférence, nous continuerons l'étude des maladies de la vessie.

---

# LEÇON XVI

## AFFECTIONS DE LA VESSIE : — PARALYSIE — ATONIE — INCONTINENCE DES ADOLESCENTS — TUMEURS

Affections de la vessie : — *Paralysie*. — *Atonie*. — Traitement : évacuation, électricité. — *Incontinence des adolescents*. — Traitement : belladone, nitrate d'argent. — *Tumeurs de la vessie :* Fibromes. — Tumeurs fongueuses. — Épithélioma. —Squirrhe. — *Tumeurs de la prostate :* Cancer, — Encéphaloïde. — Symptômes : hématurie, — mictions fréquentes et douloureuses, — rétention d'urine. — Cathétérisme. — Toucher rectal. — Examen microscopique des urines. — *Traitement :* 1° De l'hématurie : astringents, injections de nitrate d'argent. — 2° Des douleurs : narcotiques, opiacés. — 3° De la rétention : cathétérisme.

MESSIEURS,

Vous avez vu entrer dernièrement dans notre service deux malades qui se disaient atteints de *paralysie de la vessie*. Telle est, du moins, la mention que portait leur billet d'hôpital.

L'un d'eux était un homme de peine déjà avancé en âge et ne présentant, d'ailleurs, aucune apparence maladive. Voici ce qu'à force de questions nous pûmes apprendre de lui : Il avait près de soixante ans. Depuis quatre ou cinq ans il urinait avec beaucoup trop de fréquence, ce qui le dérangeait fort, surtout la nuit, bien que depuis un certain temps l'urine s'échappât à son insu pendant le sommeil, ou à l'occasion d'un effort durant le travail de la journée ; le jet tombait presque perpendiculaire et sans force. Enfin, depuis quelques mois, l'urine était devenue trouble en même temps qu'elle avait contracté une odeur désagréable. Le patient n'éprouvait, du reste, aucune « douleur spéciale » ; mais il avait beaucoup perdu de son ancienne vigueur, il était même devenu très-faible dans ces derniers temps. Néanmoins ses autres fonctions s'accomplissaient normalement, et ce n'est que depuis trois semaines qu'il avait interrompu son travail journalier.

Je priai cet homme de se déshabiller. Pendant qu'il déférait à mon invitation, nous fûmes frappés de l'odeur urineuse qui s'exhalait de toute sa personne. Quelques chiffons souillés d'urine et assujettis tant bien que mal autour de la verge tenaient lieu, chez ce pauvre diable, de l'urinoir de caoutchouc dont il ne pouvait se payer le luxe.

Il n'y a que deux conditions qui puissent produire un état de choses aussi déplorable : ou bien la vessie est incapable de retenir son contenu, ou bien au contraire elle est inhabile à s'en débarrasser. Dans le premier cas, l'organe, ne fonctionnant plus comme réservoir, permet à l'urine de s'écouler au fur

et à mesure de son arrivée par les uretères; dans le second, la poche, démesurément distendue, déborde et laisse échapper son trop-plein suivant le mécanisme que je vous ai déjà décrit (leçon V, page LXXI).

Un simple coup d'œil suffisait, pour ainsi dire, dans l'espèce, à trancher la question. Je vous fis remarquer l'évidente saillie qui proéminait au-dessus de la symphyse pubienne. Quand le malade fut couché sur le dos, nous pûmes constater la matité de toute la surface saillante, et tout autour la sonorité tympanique de l'intestin ; ce qui diminua nos doutes, s'il nous en restait encore, sur l'existence d'une collection liquide. Néanmoins nous n'étions pas encore en possession de toutes les données nécessaires. Ce relief de l'hypogastre pouvait tenir, en effet, à une tumeur solide développée sur les parois de la vessie, dont elle aurait occupé la place, voire même dépassé les limites et, par suite, aboli les fonctions. Au palper, l'intumescence semblait bien évidemment recéler un contenu liquide; mais ceci même n'est pas une preuve péremptoire : on a vu la main la plus exercée « perdre parfois sa finesse de toucher » ou se laisser leurrer par des sensations trompeuses. Pour conclure, je sondai le patient devant vous avec un cathéter de bonne courbure qui livra passage à près de 1200 grammes d'urine altérée. L'examen de la prostate ne me révéla pas d'hypertrophie bien manifeste.

Avons-nous eu affaire à une *paralysie de la vessie?* Assurément non, messieurs. Nous savons par les antécédents du malade qu'il n'a jamais éprouvé d'attaque, et je vous prie de bien comprendre que, sans lésion des centres nerveux, il n'y a pas de paralysie vésicale possible. Veuillez vous reporter à ce que je vous ai dit sur ce sujet dans la cinquième leçon. Le mot *paralysie* est appliqué tous les jours, et bien à tort, à des cas semblables à celui qui nous occupe en ce moment. Et cette incorrection de langage, non-seulement ne donne pas la formule exacte de l'état pathologique réel, — ce que devraient toujours faire, dans la limite du possible, les termes nosographiques, — mais elle égare encore le jugement du praticien en consacrant une hérésie pathogénique.

A quelle lésion se rattachent donc les troubles fonctionnels présentés par notre malade? — Probablement à une *atonie de la vessie*. Précisons davantage. La vessie faillit à son rôle d'agent expulseur dans deux conditions : premièrement, quand un développement prostatique — qui n'est pas toujours et nécessairement très-considérable — oppose dans la région du col une insurmontable barrière à l'appareil musculaire normal ou hypertrophié de la vessie ; secondement, quand la tunique musculaire, affaiblie ou atrophiée, a perdu tout ou partie de sa puissance contractile, et que l'organe, réduit à l'état d'une poche mince et flasque, est impuissant à réagir sur son contenu.

Ces deux conditions : obstacle mécanique et insuffisance fonctionnelle, s'associent parfois dans la genèse de la rétention, et s'il est vrai que l'hypertrophie vésicale soit une conséquence fréquente des rétrécissements uréthraux, nous voyons aussi la dilatation passive et l'amincissement des parois résulter d'une dysurie prostatique. Mais l'atonie peut encore se pro-



duire en l'absence de toute lésion de la prostate : généralement alors elle est due à ce que le malade s'est trouvé, pour une raison ou pour une autre, dans la nécessité de retenir trop longtemps ses urines. Malheureusement, il ne faut qu'une fois pour vaincre la force du ressort vésical ; et le collapsus consécutif devient promptement irrémédiable, si le médecin n'en saisit pas à temps le véritable caractère.

Le malade, interrogé de nouveau, ne nous donna à ce point de vue que des renseignements négatifs : il n'avait jamais eu l'habitude de se retenir. De plus, son affection ne s'était pas déclarée soudainement ; bien au contraire, le processus symptomatique avait évolué d'une façon lente et graduelle, et, circonstance plus significative encore, juste à cette époque de la vie où la prostate commence à s'hypertrophier lorsqu'elle doit le faire. Cependant, par le toucher rectal, nous ne découvrions pas d'hypertrophie appréciable. Nous nous trouvions ainsi conduit au diagnostic suivant : hypertrophie de la prostate échappant à l'exploration rectale, et consistant en une petite excroissance du lobe médian suffisante pour obturer le col de la vessie. En outre, les dimensions de la vessie, révélées par la percussion, non moins que la quantité d'urine qui venait de s'écouler, nous permettaient d'ajouter : parois vésicales minces, privées de contractilité, c'est-à-dire frappées d'atonie.

Je ne crois pas qu'il soit possible de se soustraire à ces conclusions, et je vous prie non-seulement de ne jamais vous servir vous-mêmes, en pareil cas, du mot *paralysie*, mais encore de protester, le cas échéant, contre l'emploi abusif que d'autres pourraient faire d'un terme si foncièrement impropre. La véritable paralysie de la vessie accompagne les lésions du rachis, et ne forme qu'un coin du tableau dans l'expression symptomatique des maladies des centres nerveux. On la trouve constamment associée à une démarche mal assurée, à des troubles de la prononciation, aux indices les plus légers comme aux signes les plus frappants d'une altération nerveuse centrale, et je l'ai vue souvent persister alors que tous les autres symptômes avaient déjà, non pas complétement, mais presque complétement disparu.

Dans tous les cas d'atonie, il est essentiel de faire ce que nous avons fait pour notre malade, c'est-à-dire d'évacuer complétement le réservoir de l'urine au moyen du cathétérisme, répété trois ou quatre fois par jour et pratiqué avec la sonde de gomme. De la sorte, on place la tunique musculaire dans la seule condition qui lui permette de recouvrer sa contractilité perdue, car celle-ci ne reviendrait pas tant que l'accumulation de l'urine entretiendrait la distension de l'organe.

Dans les cas d'atonie pure et simple ou de paralysie légère, mais sans complication d'hypertrophie prostatique, on retire parfois quelque avantage du galvanisme, des douches et injections froides, et des toniques. Toutefois, sans vouloir contester l'utilité réelle de ces agents, j'estime qu'il faut beaucoup rabattre de la valeur que paraissent leur attribuer certains praticiens. J'ai vu, quant à moi, l'inertie du réservoir céder rapidement à l'emploi quotidien de la faradisation, appliquée de la façon suivante : L'un des pôles, portant la poignée ordinaire garnie d'une éponge humide, était appliqué sur

les vertèbres lombaires ; d'autre part, on introduisait dans la vessie une sonde de gomme élastique renfermant un fil conducteur, terminé lui-même à son extrémité libre par un bouton métallique et relié au delà du talon de la sonde avec le deuxième pôle de l'appareil. Le courant doit être très-faible, et il faut en surveiller les effets de manière à ne produire qu'une sensation légère. Cette condition remplie, vous promenez doucement la bougie contre les parois vésicales, et, pour finir, vous la laissez séjourner un instant sur le col, ce qui occasionne toujours un peu plus de douleur. Il est bien entendu que l'organe aura été préalablement évacué. Chaque séance ne doit pas durer, en tout, plus de huit à dix minutes.

Un état pathologique bien différent de l'atonie, c'est l'*impuissance de la vessie à retenir son contenu*, soit par le fait de quelque maladie grave, soit à la suite d'un traumatisme local. Dans cette déplorable situation, l'urine s'échappe par l'urèthre au fur et à mesure qu'elle descend des uretères. C'est l'incontinence absolue dans toute la rigueur du mot. Il n'y a guère de secours, en pareil cas, que dans les appareils de prothèse : il faut remplacer le réservoir interne, qui faillit à son rôle, par un réservoir extérieur, susceptible d'être vidé à la volonté du patient. Fort heureusement, de pareils cas sont très-rares.

A côté de cette incurable incontinence, il en est une autre, partielle, celle-ci, ou plutôt intermittente, et qui n'est pas seulement très-commune, mais est encore — ce qui vaut mieux — justiciable de la thérapeutique.

Une mère inquiète vous amènera son garçon ou sa fille, et vous dira que chaque nuit, ou à peu près, l'enfant mouille son lit. L'âge du jeune malade pourra varier beaucoup, mais, dans la *majorité* des cas, vous le trouverez au-dessous de la puberté. Vous en voyez souvent des exemples dans notre salle de consultation. Les enfants, dont le cerveau, très-excitable, travaille sans relâche, présentent, comme vous le savez, durant leur sommeil, des mouvements musculaires plus agités que ceux qu'on observe chez l'adulte ou chez les jeunes sujets d'un tempérament plus calme. Toutes les aberrations de l'activité nerveuse, jusques et y compris le somnambulisme, peuvent se produire pendant le sommeil d'un enfant dont la complexion chétive est l'esclave d'une vivacité d'esprit qui ne connaît ni trêve, ni repos. L'incontinence nocturne apparaît souvent dans ces conditions. Elle ne s'y trouve pas liée, bien entendu, d'une façon exclusive; plus d'une fois elle afflige les enfants lourds et stupides, doués d'une intelligence au-dessous de la moyenne; et il faut convenir encore que l'on trouve des cas qui n'appartiennent à aucune de ces deux catégories.

Il n'est pas de médicaments ni de pratiques diverses auxquels on n'ait soumis ces malheureux enfants, jusques et y compris l'administration périodique des étrivières, que vous saurez bannir, j'aime à croire, de votre arsenal thérapeutique. Soyez convaincus que les punitions et les mauvais traitements n'ont jamais prévalu contre cette infirmité de l'enfance. La vieille recommandation de « ne point épargner le bâton » (1), — quel que

(1) Allusion au proverbe anglais très-connu : *Spare the rod and spoil the child.*



soit son effet moral, que je n'ai point à discuter, — n'est pas faite pour nous, qui pratiquons l'art de guérir. Les personnes chargées du soin de l'enfant finissent souvent par perdre patience devant la reproduction continuelle de l'accident qu'elles attribuent au mauvais vouloir ou à la paresse. J'ai vu de véritables cruautés infligées par les parents eux-mêmes à ces pauvres petits délinquants. Gardez-vous bien d'encourager jamais des procédés aussi aveugles qu'odieux.

Je serai bref sur le *traitement*, désirant ne mettre en relief, si c'est possible, que les principes généraux dont le thérapeutiste doit s'inspirer.

Chez les malades de la première catégorie (les enfants nerveux et délicats), vous cultiverez surtout le côté matériel de la vie, éloignant de votre mieux les causes de surexcitation cérébrale, tonifiant la constitution par les ressources combinées de l'hygiène et de la matière médicale : alimentation substantielle, air des champs, bains de mer, ferrugineux, huile de foie de morue. — Quant aux enfants de notre deuxième catégorie (ceux dont l'intelligence est tardive et paresseuse), sachez qu'il faut surtout développer leur esprit, et faites-le comprendre aux parents. Tâchez vous-mêmes de stimuler, autant que possible, la volonté de ces petits êtres, de manière à vous en faire une alliée pour combattre la maladie. Ces pauvres enfants sont souvent maltraités, alors qu'il faudrait plutôt leur faire sentir combien l'habitude est dégradante, afin de stimuler contre elle toute leur énergie.

Les remèdes qui agissent le mieux contre l'incontinence sont ceux qui exercent une action spéciale sur les organes urinaires. En tête de ces agents, je vous citerai la belladone, qui paraît jouir d'une double action paralysante sur l'appareil moteur et sensitif de la vessie. Vous savez, par exemple, que chez les personnes d'un certain âge, dont le réservoir urinaire ne possède qu'un faible pouvoir expulseur, une simple dose de belladone produit parfois une rétention complète, et cela sans que le sujet s'en trouve gêné, du moins pour un certain temps. Vous administrerez donc à vos jeunes malades la teinture de belladone pendant l'après-midi et à l'heure du coucher, en commençant par de faibles doses, que vous augmenterez progressivement, et considérablement s'il le faut, de manière à obtenir du médicament un effet physiologique manifeste. Si vous rendez ainsi, pour quelque temps, au réservoir la faculté de conserver l'urine pendant toute la nuit, une nouvelle habitude s'établira à la place de l'ancienne, et survivra probablement à la cessation du remède, qui devra, d'ailleurs, être lente et graduelle comme l'augmentation. Telle est l'excellence de cette méthode, qu'elle a presque fait abandonner les vésicatoires sur le sacrum et autres révulsifs du même genre.

On peut encore essayer la noix vomique. L'association de la strychnine avec la belladone, dans la proportion de 1/48e à 1/36e de grain (1,25 milligr. à 1,66 milligr.) de la première de ces substances, m'a réussi alors que la belladone, prise seule, avait échoué.

Enfin, dans les cas opiniâtres qui ont résisté à toutes les médications, notamment dans ceux qui ont persisté jusqu'à la puberté ou jusqu'aux

approches de cet âge, j'ai souvent réussi à enrayer l'infirmité en portant sur la portion prostatique de l'urèthre une faible solution caustique d'azotate d'argent (50 centigrammes pour 30 grammes d'eau). On recommence, s'il le faut, avec une solution plus forte.

J'ai encore obtenu de bons résultats, chez les jeunes garçons, de l'introduction fréquemment renouvelée d'une bougie de gomme que je laissais séjourner deux ou trois minutes dans l'urèthre.

Un prépuce trop long et trop étroit est une dernière cause de troubles fonctionnels qu'il est avantageux de supprimer par la circoncision.

Chez tous les adolescents affectés d'incontinence nocturne, tenez grand compte des dérangements qui peuvent survenir dans tout le tube digestif, depuis l'estomac jusqu'à l'extrémité inférieure de l'intestin. Combattez l'inappétence, régularisez les digestions, expulsez les vers intestinaux, car tout cela retentit fâcheusement sur l'affection qui nous occupe. Vous recommanderez, il va sans dire, une certaine sobriété de boissons et d'aliments riches en eau durant le dernier tiers de la journée. Vous y joindrez le conseil de faire uriner l'enfant une dernière fois, le plus tard possible, au moment, par exemple, où vont se coucher les personnes chargées de sa direction.

Je terminerai cette partie de notre sujet par une courte esquisse des *tumeurs de la vessie* et *de la prostate.*

Il va sans dire que ne sont pas comprises sous ce titre toutes les productions de la prostate qui figurent déjà au chapitre de l'hypertrophie, parce qu'en effet leur structure est analogue ou identique à celle du tissu propre de la glande, quelle que soit, du reste, la saillie qu'elles puissent projeter dans la cavité vésicale. C'est là, cependant, une erreur fréquemment commise.

Les tumeurs développées aux dépens des parois propres de la vessie sont rares. Toutefois, comme vous pourrez les rencontrer dans la pratique, je désire vous en donner une connaissance suffisante pour que vous soyez à même, le cas échéant, d'en établir le diagnostic. De même que les tumeurs qui affectent les autres organes de l'économie, les tumeurs vésicales ont été classées d'après leur tendance plus ou moins grande à envahir les tissus voisins ou à se reproduire loin du siége primitif de leur apparition. Ainsi nous avons :

Premièrement, les simples *fibromes*, qui affectent surtout la forme de polypes dont le pied, implanté sur les parois de la vessie, est complétement indépendant de la prostate. Ce sont certainement les moins communes de toutes les tumeurs vésicales; telle en est même la rareté, que, pour ma part, je ne les ai jamais vues que dans les musées.

Secondement, les *tumeurs fongueuses*, *villeuses* ou *vasculaires* de la vessie, désignées encore sous le nom de *cancer fongueux :* terme impropre, puisque la lésion n'a aucun caractère envahissant ni récidivant, mais reste toujours limitée à l'organe qui lui a donné naissance.

Troisièmement, l'*épithélioma*, type le moins redoutable des productions malignes et le plus lent à se développer.



Quatrièmement, le *squirrhe vrai*, et, beaucoup plus rarement, le *cancer encéphaloïde* des parois vésicales.

Relativement à la prostate, je me bornerai à vous dire que la seule tumeur à laquelle elle soit sujette, — abstraction faite des productions hypertrophiques qui n'ont des tumeurs que la forme (voy. page 192 et fig. 26), — c'est un néoplasme malin : le cancer encéphaloïde. Quant au squirrhe, s'il est susceptible d'envahir l'organe, ce doit être dans des circonstances on ne peut plus rares, car il ne m'a jamais été donné de l'observer, pas plus dans les musées que sur le vivant.

Si nous mettons hors de cause, à raison de leur extrême rareté, les tumeurs de la première catégorie, c'est-à-dire les polypes, nous pouvons dire, en termes généraux, que le signe le plus certain, le seul caractère valable qui permette de soupçonner la présence d'une tumeur dans la poche urinaire, c'est une *hématurie vésicale et persistante*, que l'on ne peut imputer ni à une pierre, ni à aucune autre maladie à manifestations hémorrhagiques (1).

Mais ne vous hâtez jamais d'arriver à cette conclusion; gardez-vous même d'admettre trop promptement l'hypothèse d'une tumeur. D'abord pénétrez-vous bien de ceci, c'est que les tumeurs sont fort rares comparativement aux autres maladies qui peuvent revêtir la physionomie symptomatique. En second lieu, n'oubliez pas qu'au début, l'existence n'en est révélée par aucun signe vraiment pathognomonique. Ce n'est qu'après une longue et attentive observation du cas pendant, c'est-à-dire à une époque où déjà la maladie sera parvenue à une phase avancée de son évolution, que vous pourrez conclure avec quelque raison, et surtout encore *per viam exclusionis*, à l'existence d'une tumeur. Les symptômes sont presque identiques avec ceux d'un calcul, et bien certainement le malade sera sondé plus d'une ou deux fois avant que la tumeur soit seulement soupçonnée. J'admets donc que vous ayez établi l'absence d'un rétrécissement, d'une hypertrophie de la prostate, d'une rétention chronique, d'une pierre, d'une affection primitive des reins; qu'en fin de compte, vous ne sachiez à quoi rapporter les mictions douloureuses et fréquentes dont se plaint votre malade, non plus que le mucus, le pus ou le sang que vous observez dans ses urines d'une façon continue ou intermittente, mais toujours plus accusée après la fatigue ou l'exercice. — Pensez alors à une tumeur de la vessie, et dirigez dans ce sens vos investigations, en vous conformant au procédé que voici :

Introduisez d'abord dans le réservoir urinaire une sonde à petite cour-

(1) [Ainsi que Sir Henry Thompson le donne à entendre, l'hématurie vésicale elle-même peut faire défaut dans les tumeurs de la vessie. L'un de nous a observé au Val-de-Grâce un cas de cancer colloïde des parois abdominales ayant envahi la vessie, et qui ne fut accompagné ni d'hémorrhagie, ni d'aucun trouble des fonctions urinaires ; si bien que le malade mourut sans jamais avoir été sondé. L'observation, recueillie par nous, fut publiée par le docteur Boisseau. A l'autopsie, qui fut faite par notre ami le docteur Jacquin, on trouva que le quart à peine de la surface vésicale était indemne : « Les parois de la vessie étaient notablement épaissies et la cavité de cet organe, pour les trois quarts au moins, remplie par deux masses d'aspect gélatineux, friables, qu'une légère pression suffisait pour entamer, et qui avaient une large base d'implantation à la paroi antéro-supérieure. » (*Union médicale*, 1868, nº 112.)]

bure, et, à l'aide de l'index passé dans le rectum, évaluez avec soin l'épaisseur des tissus interposés entre votre doigt et la sonde. Puis, sans retirer le cathéter, pratiquez la palpation au-dessus et en arrière des pubis. Pour peu que votre malade soit maigre, vous acquerrez ainsi et sans trop de difficulté quelques notions sur l'épaisseur de la paroi antérieure. Enfin, cherchez à imprimer à la sonde des mouvements variés, pour voir si quelque masse charnue n'arrêtera pas votre instrument dans un sens ou dans un autre, suivant le siége de la lésion.

Vous pourrez de cette façon découvrir une production dure et squirrheuse, mais n'espérez pas réussir à mettre en évidence une tumeur fongueuse dont le tissu échappe, par sa mollesse, aux plus délicates explorations. Les tumeurs épithéliales elles-mêmes, malgré leur large base d'implantation et leur surface plus ou moins mamelonnée et bourgeonnante, manquent encore de l'induration nécessaire pour être découvertes avec facilité et promptitude; elles altèrent à peine la souplesse des parois vésicales, et ce sont précisément ces altérations de souplesse qui font l'objet de vos recherches.

Par suite des progrès incessants du mal, il arrive presque toujours un moment, neuf fois sur dix, où l'examen rectal vous permettra de découvrir, faisant saillie dans l'intestin, une masse dépourvue de cette régularité de contour et de cette homogénéité tissulaire qui sont le propre des développements prostatiques, mais au contraire dure, irrégulière, asymétrique et s'étendant trop avant dans la profondeur du bassin pour que votre doigt puisse en saisir les limites. Inégalité de surface, défaut d'homogénéité de structure, douleur à la pression, tels sont les caractères qui devront vous faire porter sur la nature du mal le plus sévère pronostic. Il est bien rare que la tumeur se développe au sommet de la vessie, et devienne par cela même inaccessible à l'investigation par l'intestin. Presque invariablement la lésion procède de la paroi inférieure, et c'est cette portion de vessie englobée dans la dégénérescence que notre doigt parvient à toucher à travers les tuniques du rectum. Il m'a été donné dernièrement de vérifier un cas qui faisait exception à cette loi de topographie pathologique; c'est pourquoi j'ai tenu à vous le mentionner.

Comme nouvel élément d'information, vous rechercherez s'il n'existe pas de retentissement ganglionnaire dans les régions iliaques; généralement vous n'en trouverez que dans les cas avancés de squirrhe. Les découvertes que vous pourrez faire dans ce sens éclaireront votre diagnostic au même titre qu'une production cancéreuse se montrant sur une autre partie du corps. Ainsi, il n'y a pas longtemps, chez un homme d'un certain âge, porteur d'un cancer de la vessie, j'ai vu mon diagnostic confirmé par le développement consécutif d'une tumeur crânienne.

De nouveau et à plusieurs reprises, examinez avec soin les dépôts urinaires, car ils peuvent contenir des débris organiques, véritables épaves détachées de la tumeur, précieux échantillons de la nature du mal. J'ai pu établir, par exemple, sur le porte-objet de mon microscope, l'existence d'une production fongueuse.

Quant aux cellules d'épithélioma et aux *cellules cancéreuses*, je suis



forcé de laisser à d'autres, — car je sais très-bien qu'un certain nombre d'écrivains spéciaux ont proclamé la valeur de l'examen microscopique de l'urine dans le cancer vésical, — la bonne fortune de diagnostiquer infailliblement par ce moyen une affection maligne. En supposant que vous ayez trouvé votre « cellule cancéreuse », franchement, messieurs, êtes-vous à même d'en garantir l'identité? Dans le cours de vos travaux d'étudiants, vous avez examiné, je suppose, quelques centaines d'échantillons d'urine; ce n'est pas énorme, mais enfin c'est assez pour que nous nous comprenions. Eh bien! je vous le demande, si vous êtes un peu chercheurs, ne vous êtes-vous pas un peu perdus au milieu de toutes les proliférations cellulaires? Pouvez-vous vous prononcer en toute certitude sur les caractères de l'épithélium, caractères si variables suivant la partie de la tumeur dont l'épithélium procède, non moins que suivant la phase à laquelle le mal est parvenu! Joignez à cela la desquamation incessante de la muqueuse suractivée encore par l'état pathologique de l'organe, et voyez si tous ces débris, dont le rendez-vous commun est inévitablement le liquide urinaire, sont de nature à rendre facile jusqu'à l'infaillibilité la tâche du micrographe! Les plus belles cellules cancéreuses que j'aie vues de ma vie avaient été recueillies dans l'urine d'un malade et préparées par un éminent micrographe pour une consultation à laquelle j'assistais. Après un sérieux examen du cas, je rendis hommage à la beauté, à la perfection de la préparation microscopique; mais, sur le terrain plus large de la clinique, je niai l'existence d'un cancer de la vessie. Heureusement pour le patient, l'issue de la maladie justifia mon diagnostic et donna tort à la cellule (1).

Malgré l'incontestable valeur du microscope, qui, dans cette classe importante de maladies, vient immédiatement après la sonde et presque sur le même rang, que ses révélations ne vous fassent donc jamais perdre de vue la physionomie tout entière de l'affection, je veux dire les données de l'examen à l'œil nu, les témoignages du toucher et les inductions fournies par l'analyse des urines au moyen des réactifs. Mais si vous trouvez dans l'urine — ce qui arrive effectivement quelquefois — de petites masses parfaitement distinctes, composées d'une substance molle, presque demi-transparente, et que le microscope y révèle très-positivement des cellules néoplastiques à évolution rapide, volumineuses et renfermant deux ou trois noyaux, vous aurez le droit de conclure à l'existence d'un cancer dont l'examen clinique vous avait déjà fait soupçonner l'existence.

Enfin, pour arriver à déterminer autant que possible à quelle espèce de tumeur vous avez affaire, observez attentivement la nature de l'hémorrhagie et le caractère de la douleur.

Dans les affections malignes, les manifestations hémorrhagiques sont essentiellement irrégulières et parfois séparées les unes des autres par de longs intervalles; mais quand elles surviennent, elles sont souvent abon-

(1) [Küss comparait toujours, dans ses cours, les cellules épithéliales de la vessie aux cellules dites *cancéreuses*. Il avait coutume de dire que les cellules de l'épithélium vésical sont de formes et de dimensions si variées et quelquefois si étranges, que l'on pouvait dire d'elles, comme des cellules cancéreuses, que « leur caractère est d'être très-bizarres ».]

dantes, se prolongent pendant un certain temps, et se composent habituellement d'un sang rutilant et vermeil. Dans les cas de tumeurs fongueuses, l'urine présente une teinte rougeâtre et persistante dont la couleur ressemble à celle du jus de viande incuite; elle n'est jamais d'un rouge sombre ni mélanique. Occasionnellement, cependant, une hémorrhagie abondante et subite peut se déclarer.

La douleur du cancer est plus constante et plus sévère que celle des tumeurs fongueuses; celles-ci ne s'accompagnent pas fatalement de souffrances aiguës, à moins qu'elles ne fassent obstacle à la sortie de l'urine.

Que vous dirai-je du *traitement* des tumeurs de la vessie? Ce traitement ne saurait être que symptomatique, c'est-à-dire basé sur l'existence ou la prédominance de certains symptômes que nous ramènerons à trois : l'*hémorrhagie*, les *mictions fréquentes et douloureuses*, la *rétention d'urine*.

Contre l'*hémorrhagie*, nous avons d'abord les astringents internes, je veux dire ceux qu'on administre par la bouche : l'acide gallique, le tannin, l'acétate de plomb. Ma confiance dans ces agents n'est pas telle que je doive vous les recommander bien chaudement. Les modificateurs auxquels j'accorde le plus d'efficacité sont : l'alun, le fer aluminé et l'infusion de matico. En fin de compte, c'est à l'association des deux espèces d'alun (alun de potasse et alun de fer), que j'ai dû mes meilleurs résultats. Vous en donnerez de 50 à 75 centigrammes de chaque, trois fois par jour, dans une solution additionnée de 50, 75 ou 100 centigrammes d'acide sulfurique et d'une quantité suffisante de sirop pour rendre la préparation agréable au goût. Ce médicament est certainement efficace, et, en tout cas, inoffensif pour l'estomac, éloge qu'on ne saurait adresser à l'acide gallique ni aux sels de plomb. Quant à l'infusion de matico, pour peu que la perte de sang soit copieuse, il n'en faut pas donner moins de 60 grammes toutes les trois ou quatre heures.

Localement, je ne connais rien d'aussi sûr contre les hémorrhagies vésicales, chroniques et continuelles, que les injections de nitrate d'argent. Vous commencerez par une solution renfermant un grain de sel lunaire pour 120 grammes d'eau distillée, et procéderez avec toute la douceur et toute l'attention possibles, car j'ai à peine besoin de vous dire qu'un pareil procédé, en des mains inhabiles, provoquerait le plus aisément du monde une recrudescence de l'hémorrhagie. Vous pourrez faire une injection par jour, de la manière que je vous ai indiquée (page CXCIII), en ayant la précaution, quand vous retirerez votre cathéter, d'abandonner environ 30 grammes de liquide dans la poche urinaire. La proportion de nitrate pourra être augmentée graduellement jusqu'à concurrence de 5 centigrammes par 30 grammes, pourvu que la douleur produite ne soit pas trop intense. Très-peu de malades supportent cette dose sans un malaise considérable; mais comme la souffrance est ici le résultat de l'action du médicament, j'estime qu'il faut aller jusqu'à la produire, quand l'hémorrhagie persiste avec opiniâtreté.

Toutes les fois que la déperdition sanguine est abondante, le repos absolu au lit, les applications froides et l'abstention de toute intervention instrumentale, — à moins d'avoir la main forcée par une grave rétention, — constituent le complément indispensable du traitement. Si la sonde



devient réellement nécessaire pour évacuer le sang et l'urine, vous en profiterez pour injecter lentement de l'eau glacée, ou mieux une infusion glacée de matico. Enfin, dans un cas où tous les autres moyens avaient échoué, j'ai vu l'hémorrhagie enrayée par une injection de 4 grammes de perchlorure de fer liquide dilués dans 120 grammes d'eau.

Pour modérer la douleur et la fréquence des mictions, ne soyez pas avares des narcotiques. Employez telle préparation qu'il vous plaira, ou bien essayez-les toutes à tour de rôle, jusqu'à ce que vous ayez trouvé celle qui calme le mieux les symptômes et occasionne le moins de troubles digestifs. Administrez l'opium par la bouche, par la méthode sous-cutanée ou au moyen de suppositoires. Loin de vous préoccuper de la quantité, attachez-vous surtout à donner des doses efficaces. Il n'est pas question ici de sauver la vie; il s'agit seulement d'apporter quelque allégement aux plus épouvantables souffrances, de calmer des tortures physiques depuis longtemps continues et poignantes, et cela chez un malade dont le sort est connu, dont l'existence n'est plus guère qu'une affreuse infortune. Si vous devez être de la vie un gardien jaloux, je tiens qu'il vous incombe aussi de la rendre tolérable. C'est pourquoi, je l'avoue, j'ai éprouvé parfois un sentiment voisin de l'indignation à la vue d'une pauvre créature humaine, épuisée de souffrances, implorant la mort, et à laquelle, par le fait d'une timidité bien intentionnée sans doute, mais blâmable, on n'accordait pour tout soulagement que 75 à 100 centigrammes de liqueur d'opium ou d'une solution morphinée, une fois ou deux en vingt-quatre heures!

A la rétention chronique, vous opposerez les sondages périodiques, ou même l'emploi d'une sonde à demeure, suivant le désir du malade ou les exigences de son état.

La prochaine conférence, qui terminera ce cours, aura pour objet « l'hématurie ». Je compte qu'elle nous fournira l'occasion de jeter un coup d'œil sur plusieurs points qui n'ont pas encore fixé notre attention.

---

## LEÇON XVII

### HÉMATURIE ET CALCUL RÉNAL

Hématurie et calcul rénal. — Définition. — 1° Hématurie rénale : — ses causes, — ses caractères. — 2° Hématurie vésicale : — causes, — caractères. — 3° Hématurie prostatique. — 4° Hématurie d'origine uréthrale. — 5° Causes générales. — *Traitement :* Repos. — Astringents. — Opiacés. — Réfrigérants. — Cathétérisme. — *Calcul rénal.* — Observation. — Symptômes : hématurie ; — douleurs rénales. — Traitement : Diurétiques. — Révulsifs. — Régime. — Eaux minérales. — *Des attaques.* — Opiacés. — Émollients. — Examen des urines. — Conclusion.

MESSIEURS,

Nous compléterons aujourd'hui le programme que nous nous sommes imposé au début de ce cours, par quelques considérations sur un phéno-