

tent même le contact des vêtements. Le périnée est également très sensible, aussi les malades n'aiment-ils pas être assis ; ils se couchent de préférence horizontalement et sur le côté et ont soin de mettre un coussin entre leurs genoux afin que la verge ne soit pas comprimée.

S'il survient une hématurie, l'urine, comme dans toutes les hémorragies parenchymateuses des voies urinaires, est d'un rouge-acajou, allant même jusqu'au brun-noir ; les sédiments qu'elle dépose ne contiennent que des globules rouges et des globules du pus. De temps en temps on voit survenir de la fibrinurie : l'urine apparaît très liquide, légèrement rosée, et se prend au bout de quelques minutes en une masse gélatineuse, qui se liquéfie de nouveau quand on l'agite pendant un certain temps. L'urine contient toujours de l'albumine, et plus que la quantité de sang et de pus ne le ferait supposer ; mais à l'examen microscopique, on voit qu'elle ne contient pas de cylindres rénaux, ce qui empêchera de confondre l'affection avec une néphrite parenchymateuse. Il faut attribuer sans doute la présence d'albumine et de fibrine à l'hypertension qui existe dans les vaisseaux de l'organe et à un degré de perméabilité anormal des tissus vasculaires. Plus tard l'urine devient alcaline, et contient plus de pus ; alors on voit s'éliminer des lambeaux de tumeur superficiellement incrustés.

Les troubles de la miction sont les mêmes que dans les calculs, seulement la douleur est plus forte dans le papillome au début de la miction, tandis que dans la lithiase, c'est à la fin de la miction, quand la vessie, revenue sur elle-même, touche le calcul, que les douleurs augmentent ; de plus, dans la lithiase les troubles urinaires s'amendent par le repos au lit ; il n'en est pas de même dans le cancer papillaire et même dans le papillome, l'hématurie survient sans le moindre mouvement. Il n'est pas besoin de dire que la présence de papilles dans l'urine permettra d'affirmer le diagnostic.

La cystoscopie donnera des renseignements fort importants pour le diagnostic. Dittel, Antal, Brenner, Schustler ont fait dans ce sens de très beaux travaux. Malheureusement, la cystoscopie est rendue souvent très difficile par l'hémorragie, et elle est même impraticable dans certains cas. On peut préparer la vessie à l'endoscopie en la lavant avec des injections froides astringentes ; on obtient aussi de bons résultats en faisant une injection de cocaïne immédiatement avant l'examen.

**Traitement.** — Comme le diagnostic est difficile et que l'affection est rare, le nombre des opérations tentées pour l'ablation des tumeurs est faible<sup>1</sup>.

(1) Des opérations ont été pratiquées autrefois par Warner (1747), Civiale (1827), Hutchinson (1837).

Sur deux extirpations de myomes par la taille médiane, l'une se termina par la mort (Volkman), l'autre guérit (Billroth). Humphry extirpa avec succès une grosse tumeur par la taille latérale. Kocher, après s'être frayé un chemin par la taille hypogastrique, gratta un papillome avec la cuiller de Simon. Kœnig extirpa un sarcome à cellules rondes et un myome ; tous deux siégeaient au voisinage de l'orifice vésical.

De tous les chirurgiens contemporains, c'est Sir H. Thompson qui a fait le plus grand nombre d'opérations. Dans sa monographie, il publie 20 extirpations de tumeurs de la vessie. Son ouvrage est des plus intéressants, et nous montre sur quel grand nombre d'observations un des plus grands chirurgiens anglais appuie son expérience. Sir H. Thompson a su mettre comme praticien ce vaste champ d'observations à profit, et a préconisé l'uréthrotomie externe pour l'exploration digitale, suivie de l'extraction immédiate de la tumeur.

C'est déjà un grand progrès ! Mais de même que dans tout son ensemble l'ouvrage de Thompson est bien inférieur aux travaux méthodiques des chirurgiens français et allemands, de même au point de vue pratique son uréthrotomie externe fut rejetée en France par Guyon, à Vienne par Dittel. J'ai autrefois recommandé pour ma part, dans ce cas, la taille hypogastrique. Bergmann, Dittel, Antal, Küster et d'autres ont opéré de la même façon.

Le procédé de Petersen, qui consiste à introduire un ballon dans le rectum pour refouler la vessie en haut et en avant, est parfaitement indiqué ici. Küster conseillait de faire l'opération en mettant la tête en bas. Zemanski eut l'idée de faire une résection partielle de la vessie ; cette idée a été exécutée sous les auspices de Sklifasowski ; c'est un retour aux idées de Vincent ; on y voit poindre la tendance des chirurgiens modernes à traiter les tumeurs de la vessie comme celles de tous les autres organes, c'est-à-dire à les mettre à nu et à les extirper complètement.

Le premier qui fit cette résection fut Sonnenburg. Le péritoine fut ouvert et les deux tiers supérieurs de la vessie furent réséqués ; le malade survécut 4 semaines. Pour ne pas infecter la cavité péritonéale, Antal conseilla la résection sous-péritonéale, et il l'exécuta avec succès en 1885.

Enfin Pawlik extirpa la vessie tout entière pour un papillome récidivé et à extension rapide ; il transplanta les uretères dans le vagin, et ferma ce dernier de façon à le transformer en réservoir de l'urine ; c'est une des opérations les plus intéressantes des temps modernes<sup>1</sup>.

(1) En dehors de ces essais de traitement curatif, on peut être amené à pren-