

tront d'affirmer l'envahissement des reins. La *tuberculose pulmonaire* doit aussi être recherchée : elle peut servir le diagnostic, et fournit toujours au pronostic un élément de haute valeur.

**Pronostic.** — La gravité de la tuberculose de la vessie se déduit aisément de l'étude des lésions et de leur évolution clinique. La mort est la conséquence habituelle, sinon fatale, de cette affection. Les tuberculoses concomitantes, la tuberculose pulmonaire en particulier, assombrissent encore ce pronostic. Il faut se garder toutefois de condamner à brève échéance les malades : il est, pour la tuberculose de la vessie, des formes légères, curables, et pour lesquelles on peut parler de guérison. Il en est d'autres dans lesquelles la marche est lente, l'extension très limitée, et dont la durée se compte par années, sans que la vie, pendant cette période, soit par trop entravée. On doit donc tenir compte, dans l'appréciation du pronostic, de ces formes torpides dont la gravité est moins menaçante.

**Traitement.** — Le traitement de la cystite tuberculeuse est *général* ou *local*.

**Traitement général.** — Le traitement général a la même importance ici que dans toutes les autres tuberculoses locales, c'est à lui surtout que l'on doit les guérisons qu'on observe. Ce n'est pas à dire que le traitement local soit insignifiant, mais celui-ci ne peut, par lui-même, que prévenir les complications et éviter l'aggravation. C'est surtout au traitement général qu'il convient de demander pour l'organisme la résistance à l'envahissement du bacille de Koch. L'huile de foie de morue à hautes doses, les iodures, les chlorures, forment la base de la thérapeutique ; on peut y joindre, avec avantage, l'iodoforme, la créosote, l'arsenic. La suralimentation, le repos, le séjour au grand air, au bord de la mer, permettent d'obtenir, à la longue, des résultats surprenants.

**Traitement local.** — Le traitement local comprend lui-même une série de moyens dont l'importance s'échelonne depuis la simple injection jusqu'aux opérations complexes, telles que l'extirpation de la vessie. Nous passerons en vue chacun de ces moyens thérapeutiques, et nous verrons ensuite quels sont, pour chaque cas donné, la ligne de conduite à suivre, le moyen à choisir et à utiliser.

Le traitement de la *douleur* ne mérite pas une mention spéciale : il est le même que pour les autres cystites. L'opium et ses dérivés, la morphine surtout exercent la même action élective sur la sensibilité vésicale.

**INJECTIONS ET INSTILLATIONS.** — Pour agir sur le bacille de Koch et modifier les lésions qu'il provoque dans la vessie, on a eu recours à l'injection de substances médicamenteuses dans la vessie. Diverses substances ont été employées : l'eau naphtolée, l'eau de goudron, l'eau créosotée, l'acide borique, l'acide lactique, le nitrate d'argent et l'iodoforme.

Les premières n'ont donné aucun résultat ; l'acide borique, même en solution concentrée, est sans action sérieuse sur la lésion tuberculeuse. L'acide lactique, le naphtol camphré, n'ont été que rarement employés. Le nitrate d'argent est très mal supporté dans les cystites tuberculeuses (Guyon) ; non seulement il ne donne aucune amélioration, mais souvent il provoque une exacerbation des douleurs et des mictions, au point que son usage en fait presque un traitement d'épreuve. Il ne peut agir que sur les infections secondaires, plus spécialement sur celles qui résultent de la présence du colibacille.

L'iodoforme a été utilisé en lavages par Frey, par Chandelux (1), mais M. Guyon n'a jamais obtenu de bons résultats de son emploi. Cependant Pousson (2) a obtenu quelque amélioration par les instillations de vaseline iodoformée à 2 p. 100.

Le sublimé est actuellement l'agent qui donne les meilleurs résultats dans le traitement des cystites tuberculeuses. Les expériences de Coze et de Simon, de Schill et Fischer, ont montré le pouvoir antiseptique du sublimé sur les crachats tuberculeux, surtout sur les crachats desséchés, et Sormani et Brugatelli (3) regardent même le sublimé comme l'agent le plus actif pour la désinfection des crachats tuberculeux. Il n'agit donc pas seulement sur les infections associées, mais aussi sur le bacille de Koch lui-même, car on l'a vu réussir dans des cas où on ne trouvait que ce bacille dans les urines. M. Guyon (4) a commencé à l'utiliser à la fin de 1890 ; les premiers résultats furent plutôt défavorables ; on l'employait en lavages, et il en résulta pour les malades une exagération des douleurs. Au contraire, en substituant les instillations aux lavages, les résultats furent très favorables. D'une façon générale, d'ailleurs, les lavages doivent être proscrits du traitement des cystites tuberculeuses ; les cystites tuberculeuses deviennent facilement des cystites douloureuses, et les lavages, quelle que soit la solution employée, mettent toujours en jeu la sensibilité de la vessie, qu'ils distendent, et augmentent les douleurs.

Avec les instillations, au contraire, la vessie est laissée en repos : la substance est déposée goutte à goutte dans la vessie vide et peut agir plus efficacement sur les lésions qu'il s'agit de modifier.

Les instillations de *sublimé* sont faites avec des solutions dont le

(1) CHANDELUX, Note sur les injections d'éther iodoformé dans certaines cystites rebelles (*Lyon méd.*, 1887).

(2) CONDÉ, Contribution à l'étude du traitement de la cystite par le sublimé, thèse de Bordeaux, 1892.

(3) VILLEMIN, Étude expérimentale de l'action de quelques agents chimiques sur le développement du bacille de la tuberculose, thèse de Paris, 1888.

(4) GUYON, Du traitement des cystites par le sublimé (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1892). BANZET, Traitement des cystites tuberculeuses (*Ann. des mal. des org. gén. urin.*, 1897, p. 577).



titre varie de 1/10000 à 1/1000 ; en général, on commence par des doses très faibles, surtout si la vessie est sensible et la cystite intense. Suivant la tolérance du malade, on monte *lentement* à des doses de plus en plus fortes ; il est rare toutefois que l'on puisse dépasser la solution à 1/2000. Les instillations sont faites tous les deux jours, à vessie vide, avec la seringue ordinaire et l'explorateur à boule perforé : on abandonne dans la vessie de 1 à 3 grammes de la solution, en ayant soin de faire varier la quantité abandonnée en raison inverse du titre de la solution. En procédant ainsi avec méthode et prudence, on arrive à tâter la susceptibilité du malade, on ne dépasse pas la limite de tolérance de la vessie, et c'est à ce prix que l'on obtient de bons résultats.

Les instillations sont toujours quelque peu douloureuses, surtout lorsque le titre de la solution est trop élevé pour la tolérance du malade. Mais rapidement l'affection s'améliore, les mictions deviennent moins nombreuses et les douleurs moindres ; la capacité vésicale augmente, et des malades qui au début ne recevaient pas 20 grammes de liquide, reçoivent, au bout d'un mois ou deux de traitement, 100 à 120 grammes ; la purulence des urines se modifie moins. Sur 16 cystites tuberculeuses, Colin note 3 guérisons, 6 très grandes améliorations, 5 améliorations et 2 insuccès ; ces deux insuccès concernaient des cas particulièrement complexes et graves. Ces résultats sont d'autant plus appréciables que, comme le faisait observer M. Guyon, nous étions jusqu'alors absolument désarmés contre la cystite tuberculeuse et que toutes les autres médications n'avaient donné que des échecs. Quant aux faits mentionnés de guérison, ils concernent des malades chez lesquels en effet tous les symptômes ont cessé : les bacilles disparurent des urines, mais, malgré cela, le mot de « guérison » ne peut se prononcer sans cette restriction qu'il comporte toujours en matière de tuberculose.

Le *formol* a été utilisé avec avantage par Lamarque (1) : les instillations au centième ont été assez douloureuses. Mais les lavages au 1/500 ont été mieux supportés ; il est vrai que l'auteur préparait la vessie par une injection préliminaire d'antipyrine. Sous l'influence de ce traitement, le sang disparaît de l'urine, les douleurs s'atténuent et les mictions diminuent dans une proportion très sensible. Sur 5 malades, 2 ont éprouvé une très grande amélioration, et 3 une amélioration sensible.

L'*acide lactique* est vanté par Witzach (2) en solution à 5 p. 100 ; il le préfère au sublimé.

(1) LAMARQUE, De l'emploi du formol dans la thérapeutique des voies urinaires (Congrès de l'Assoc. franç. pour l'avancement des sciences, session de Bordeaux, août 1895).

(2) WITZACH, Internat. Centralblatt für Phys. and Path., der Harn and Sexualorg., Bd IV, 1893, p. 321 et 416.

Le *gaïacol* a été préconisé par Colin (1) dans le traitement des cystites tuberculeuses : il agit à la fois comme antiseptique et comme anesthésique. Pour le gaïacol, la solution employée est une solution huileuse, au vingtième, dont on injecte une dose variant de 1 à 2 grammes en une ou deux fois par jour ; pour le gaïacol iodoformé, la formule est la même que pour les injections hypodermiques : gaïacol, 5 grammes ; iodoforme 1 gramme ; huile d'olive stérilisée, 100 grammes ; chaque centimètre cube de la solution renferme un centigramme d'iodoforme, et 5 centigrammes de gaïacol : on fait une instillation par jour. Colin s'est encore servi du carbonate de gaïacol, qui ne peut guère, vu sa moindre solubilité, s'employer qu'en solution huileuse au centième.

Dans quatre cas, les douleurs disparurent, et la fréquence diminua ; dans deux cas, on a noté la disparition des bacilles.

Enfin Ramon (2) a pratiqué des injections d'air dans la vessie, et a obtenu une amélioration dans trois cas. Déjà, il y a plusieurs années, j'avais moi-même essayé de traiter les cystites par un gaz, par l'acide sulfureux ; les résultats obtenus avaient été à peu près nuls. L'air stérilisé agirait comme dans la péritonite tuberculeuse ; il faut attendre encore de meilleurs résultats.

**Traitement chirurgical.** — Le traitement chirurgical de la tuberculose vésicale a été institué soit pour traiter la douleur, soit pour traiter la tuberculose elle-même. La dilatation du col vésical, la colpocystotomie chez la femme, la taille périnéale chez l'homme, répondent à la première indication ; la taille hypogastrique et la taille périnéale combinées au drainage ou au tamponnement de la vessie répondent à la fois à la première et à la seconde. Nous verrons plus loin la technique de ces opérations ; nous ne voyons maintenant que leurs avantages et leurs indications.

La *dilatation de l'urètre et du col de la vessie* n'est plus jamais pratiquée aujourd'hui que pour permettre le curettage ; pratiquée seule et dans le seul but de drainer la vessie, la dilatation n'a donné aucun résultat (Hartmann). Les premiers essais du curettage furent tentés par M. Guyon (2) en 1889. Nous avons déjà indiqué (voy. p. 163) la technique de cette opération. Les résultats obtenus ont été favorables : sur 10 cystites tuberculeuses traitées par le curettage et dont Coursier rapporte l'observation, on compte 2 très grandes améliorations (guérisons apparentes), 3 améliorations persistantes, 3 améliorations passagères et 2 insuccès. L'opération n'a donné aucun résultat lorsque les reins étaient déjà envahis. L'amélioration, dans plusieurs cas, a coïncidé avec la disparition des bacilles de l'urine,

(1) COLIN, Traitement des cystites douloureuses par les injections intra-vésicales d'huile de gaïacol (Journ. de méd. et de chir. prat., 25 janv. 1896).

(2) RAMON, Traitement de la cystite tuberculeuse par les injections vésicales d'air stérilisé (Bull. méd., 3 février 1897, p. 108).



et ce résultat est d'autant plus appréciable que la plupart de ces cystites avaient résisté à tous les traitements jusqu'alors employés.

La *colpocystotomie* (1), chez la femme, préconisée par Emmet (2) dans les cystites douloureuses, agit surtout en calmant la vessie dont elle supprime les contractions; Hartmann (3), Brun, ont rapporté des exemples de grandes améliorations. Cette opération a l'inconvénient de créer une fistule qui persiste; on lui préfère généralement aujourd'hui le curettage par l'urètre et on la réserve pour les cas extrêmement complexes dans lesquels les douleurs vésicales prennent une importance prédominante.

Chez l'homme, la *boutonnière périnéale*, obtenue par dilatation, a été très vantée en Angleterre, surtout par Thompson. Sur 10 cas de tuberculose rapportés par Hartmann et par Greiwer (4), il y a 4 soulagements et 2 insuccès. M. Guyon, qui d'abord n'était pas partisan de cette opération, y est revenu depuis quelques années; il se sert de la boutonnière périnéale pour pratiquer le curettage, et nous-même avons obtenu quelques bons résultats avec cette opération. Ces résultats, toutefois, n'ont été que temporaires; il est vrai que les malades auxquels nous nous adressions étaient déjà dans un état grave (5).

La *taille hypogastrique*, pratiquée pour cystite douloureuse par Parker, par Stephen Smith et Fergusson, a été, en France, préconisée surtout par M. Guyon et appliquée par lui au traitement des cystites tuberculeuses. L'ouverture de la vessie avait pour effet de mettre le muscle vésical en repos, tant que la fistule persistait; elle présentait encore cet avantage que les lésions étaient mises à nu, et qu'on pouvait ainsi les traiter directement par le grattage ou la cautérisation.

On espéra un moment pouvoir traiter par l'excision ce foyer de tuberculose locale, et Poncet (6), Reverdin (7), Roux, Le Dentu, Malherbe (8), à l'exemple de Guyon, attaquèrent par le fer et par le feu les lésions tuberculeuses de la vessie (9).

Bardenheuer alla même plus loin: il pratiqua la symphyséotomie, comme plus tard Tuffier, pour aborder la vessie, et pratiqua l'excision

(1) COURSIER, Traitement des cystites rebelles chez la femme par le curettage vésical pratiqué par la voie urétrale, thèse de Paris, 1894. GREIWER, Contribution à l'étude du traitement de la cystite tuberculeuse, thèse de Paris, 1890.

(2) EMMET, *Americ. Journ. of obst.*, t. V, 1872-73, p. 164.

(3) HARTMANN, Des cystites douloureuses et de leur traitement, thèse de Paris, 1886.

(4) CATRÂN, Contrib. à l'étude du traitement de la cystite tuberculeuse, thèse de Paris, 1893.

(5) DE MIRANDA, Traitement des cystites rebelles chez l'homme par le curettage vésical et le drainage périnéal, thèse de Paris, 1895.

(6) PONCET, *Gaz. méd. de Paris*, 1888.

(7) REVERDIN, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1889.

(8) MALHERBE, *ibid.*, 1892.

(9) BROHL, *Deutsche med. Wochenschrift*, 1888, n° 52, p. 1075.

de toute la muqueuse malade; Trendelenburg (1) excisa toute la vessie; Delagenière (2) se contenta d'exciser au bistouri la totalité de la muqueuse à travers une incision sus-pubienne. Et, dans un autre cas, Desnos (3), désespérant d'enlever complètement les lésions déjà modifiées par la curette, pratiqua le tamponnement de la vessie, tel que l'avaient déjà pratiqué Albarran et Lluria; ceux-ci avaient établi un cathétérisme permanent des uretères et ils se proposaient de mettre la vessie au repos et de maintenir quelque temps au contact des lésions un agent susceptible de les modifier.

Le résultat constant de cette thérapeutique a été l'amélioration, mais l'amélioration n'a été que temporaire.

Un opéré de Guyon, dont l'histoire est relatée dans la thèse d'Hartmann, atteint d'une cystite particulièrement douloureuse, et morphinomane, fut revu un an après; il s'était marié, était bien portant et ne souffrait plus. Un malade de Reverdin est resté guéri pendant dix ans. L'opéré de Desnos a gardé pendant un an sa vessie ouverte; la suture en a été faite au bout de ce temps, et, à cette époque, la douleur, l'hématurie et la fréquence n'existaient plus. Ces faits sont malheureusement exceptionnels: la plupart des malades, après une phase transitoire d'amélioration, voient leur affection progresser, et ils succombent au bout de quelques mois du fait même des progrès de leur tuberculose.

Que quelques faits heureux se soient maintenus assez longtemps pour que l'on puisse parler de guérison, cela est certain. Mais la règle, c'est que les malades, après une période de temps qui varie de quelques mois à un an, reviennent à un état aussi précaire qu'avant l'opération; il en est même qui ne se relèvent pas, et chez lesquels l'opération ne donne aucun résultat.

Vignerot (4), en 1893, rapporte sept observations de taille hypogastrique pour tuberculose vésicale, pratiquée dans le service de M. Guyon: deux fois la vessie a été suturée, et ces deux malades, après quelques semaines d'amélioration, revinrent dans le même état qu'auparavant. Chez cinq malades, la vessie fut suturée à la paroi abdominale et drainée: dans aucun cas l'amélioration constatée après l'opération ne s'est maintenue, et tous les symptômes, douleurs, fréquence, hématuries, ont reparu lorsque la fistule s'est fermée. De plus, dans trois cas sur cinq, les lésions se sont rapidement propagées à tout l'appareil urinaire, et la mort est survenue dans l'espace de quelques mois.

Il est vrai que dans tous ces cas les lésions étaient complexes et

(1) TRENDELENBURG, *Merc. méd.*, 1895, p. 227.

(2) DELAGENIÈRE, *Soc. de chir.*, 27 mars 1895.

(3) DESNOS, Du tamponnement de la vessie après la taille hypogastrique (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1893; p. 20).

(4) VIGNERON, Résultats de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose vésicale (*VII<sup>e</sup> Congrès de chir.* Paris, 1893).



étendues ; néanmoins, le traitement chirurgical est tout aussi impuissant que le traitement médical. Et les opérations de curettage, de grattage, d'excisions ou de résections ne doivent avoir aucunement la prétention d'être radicales. Pour réussir, il faudrait qu'elles soient précoces et étendues, deux conditions qu'il est difficile de réaliser.

**Indications et contre-indications.** — La base de la thérapeutique des tuberculoses vésicales est le traitement général ; le traitement local n'intervient qu'en seconde ligne pour modifier la lésion ou prévenir des complications. Mais, avant tout, il convient de traiter la cystite tuberculeuse par le traitement général.

Pour le traitement local, nous donnons la préférence au sublimé et au gaiacol. Lorsque, malgré l'emploi méthodique de ces agents, l'aggravation survient, il faut en venir, en dernier ressort, aux opérations. Le curettage de la vessie, le drainage par l'urètre chez la femme, ou par le périnée chez l'homme, doivent commencer la série de ces opérations : la taille hypogastrique doit être réservée aux cas complexes, dans lesquels il s'agit plus de mettre la vessie au repos que d'assurer un arrêt dans l'extension et les progrès de la maladie.

## VII

### DES TUMEURS DE LA VESSIE

Depuis une vingtaine d'années, tout au plus, les tumeurs de la vessie sont sorties du domaine de l'anatomie pathologique, dans lequel elles furent longtemps confinées. Aujourd'hui, on sait les reconnaître et les opérer de bonne heure. Ce progrès considérable est dû presque tout entier à M. le professeur Guyon ; déjà, à l'étranger, Thompson, Billroth, Volkmann, Czerny avaient opéré quelques-unes de ces tumeurs, lorsque M. Guyon (1) apporta à l'étude de cette question son esprit de méthode et d'observation. Par ses travaux personnels, par ceux qu'il inspira à ses élèves, Féré, Pousson, Bazy, Albarran, il a élucidé complètement ce point, jusque-là si obscur, de la pathologie vésicale, et, dans ses leçons cliniques, il écrivit, en 1888, un chapitre auquel, au point de vue clinique, on n'a depuis lors rien ajouté.

En 1891, Albarran (2), s'inspirant de la pratique de notre maître, écrivait sur les tumeurs de la vessie une monographie de grande valeur ; et depuis, Clado (3), en 1895, a publié, en l'amplifiant, un

(1) F. GUYON, Leçons cliniques sur les aff. chirurg. de la vessie et de la prostate, 1888.

(2) ALBARRAN, Les tumeurs de la vessie. Paris, 1892.

(3) CLADO, Traité des tumeurs de la vessie. Paris, 1895.

mémoire qu'il avait commencé en 1886, dans le service de Necker.

Les tumeurs de la vessie sont *secondaires* ou *primitives*.

*Secondaires*, elles résultent de la propagation d'une tumeur de voisinage ; le cancer de l'utérus, du vagin, de la prostate, le cancer de l'intestin s'étendent souvent à la vessie et l'envahissent de proche en proche.

D'autres fois, c'est par *généralisation* d'une tumeur éloignée que des noyaux secondaires apparaissent dans la vessie. Dans un cas de Hénocque, un cancer de l'ovaire s'était généralisé à la plèvre, au péritoine et à la muqueuse vésicale. De même, Franck, Hillemand, Bouisson et Hallé, cités par Albarran, ont vu la formation de dépôts mélaniques secondaires dans la vessie, et ces faits sont d'autant plus curieux, que jamais on n'a observé la localisation primitive d'une tumeur mélanique sur la vessie.

Seules, les *tumeurs primitives* nous intéressent en ce moment.

**Anatomie pathologique.** — Une seule classification s'impose pour les tumeurs de la vessie, c'est celle qui est basée sur leurs caractères histologiques. L'observation, en effet, a montré que rien dans la forme extérieure de ces tumeurs n'est vraiment caractéristique ; la pédiculation, qu'on croyait le caractère propre du papillome, n'est pas spéciale à la tumeur bénigne : une tumeur pédiculée est quelquefois un cancer et peut toujours le devenir.

Il est donc nécessaire de dissocier, la forme de ces tumeurs de leur structure, leur conformation extérieure de leur histologie. Et, au point de vue purement anatomique, la classification proposée par Albarran, qui est basée exclusivement sur la structure de ces tumeurs, me paraît la seule rationnelle, et je l'adopte.

Dans la constitution de la vessie, trois éléments entrent en jeu ; un épithélium, du tissu conjonctif, du tissu musculaire. Chacun de ces tissus est susceptible de donner naissance à des néoplasmes, de nature et de genre très différents. Au point de vue histologique pur, il y a donc trois groupes de tumeurs à étudier : des tumeurs *épithéliales*, des tumeurs *conjonctives*, des tumeurs *musculaires*, dont la texture rappelle plus ou moins le tissu normal adulte ou embryonnaire. Il faut y joindre quelques tumeurs hétérotopiques, telles que les kystes dermoïdes, par exemple.

Les tumeurs d'origine épithéliale sont de beaucoup les plus fréquentes : elles constituent la grande majorité des tumeurs qu'on opère. Les tumeurs conjonctives sont plus rares, sauf chez l'enfant, où elles existent à peu près seules.

#### 1° Tumeurs épithéliales.

**a. Caractères macroscopiques.** — Leur *siège* de prédilection est la zone inférieure de la vessie (Guyon) : elles affectionnent tout