

gnée de manifestations de même nature en d'autres points du corps (fig. 10).

Enfin, on a rencontré très exceptionnellement dans la vessie des *tumeurs dermoïdes*. Le contenu d'un kyste dermoïde, probablement d'origine ovarienne, peut quelquefois être expulsé par les voies urinaires. Un cas de ce genre s'est présenté dans la pratique de mon ami M. T. Bryant et j'ai eu le plaisir de l'examiner avec lui. Le siège de la tumeur était incontestablement vésical. C'était

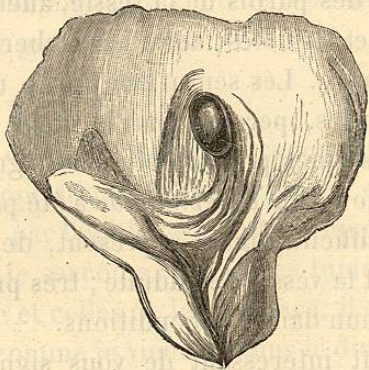


FIG. 10. — Petite tumeur mélanique de la vessie. (Guy's Museum, N° 2104¹⁰.)

chez une dame, mariée, âgée de trente ans : les premiers symptômes furent ceux d'une cystite, et bientôt se montrèrent dans l'urine de longs poils, encroûtés de phosphates ; une énorme quantité de ces poils sortit ainsi de la vessie. Plus tard, l'exploration digitale fut pratiquée et l'on découvrit une tumeur pédiculée, dont l'ablation nécessita deux séances. Cette tumeur était composée d'une épaisse couche de peau véritable et d'une matière fibreuse abondante, entremêlée de glandes sébacées et de follicules pileux : elle ressemblait tout à fait, comme forme et comme volume, à un champignon non épanoui et de dimension un peu au-dessus de la moyenne. La malade est absolument guérie aujourd'hui de tous ses symptômes.

La conclusion indiscutable à tirer des faits qui précèdent, c'est que la variété de tumeur affectant le plus communément la vessie de l'adulte est le papillôme, lequel se présente sous deux aspects, à savoir : 1° le *papillôme frangé*, en forme de bouquet, composé de longues et fines papilles, et 2° le *fibro-papillôme*, plus ferme, constitué comme le précédent par les éléments normaux, mais proliférés, de la couche vésicale sous-muqueuse : l'un et l'autre sont donc franchement de nature homéoplastique. La troisième variété ressemble plus ou moins par sa structure aux deux premières ; cependant, elle renferme en outre des cellules, de caractère indéterminé, imputables parfois peut-être à un processus inflammatoire, mais laissant aussi planer quelques doutes, comme je vous l'ai déjà dit, sur leurs évolutions ultérieures. Cette variété, ne pouvant néanmoins être complètement séparée du groupe homéoplastique, a donc été provisoirement appelée par moi *type de transition*. Les papillômes n'ont certainement aucune tendance à se transformer en tumeurs malignes ; quoi qu'il en soit, leurs propensions à s'accroître, à remplir la cavité vésicale et à se désagréger à leur périphérie, jointes à leur vascularité très développée et par suite à leur disposition constante à saigner abondamment, rendent leur terminaison-invariablement fatale tôt ou tard.

Environ dix ou onze de mes propres cas sont des papillômes vrais, et cinq peuvent être regardés comme appartenant au *type de transition*. D'après les renseignements que j'ai recueillis et d'après les phénomènes présentés par mes malades, je crois pouvoir vous exposer les symptômes généraux ainsi qu'il suit :

*Symptômes*¹. — Le symptôme le plus précoce est, la

1. Nous conseillons au lecteur de comparer aux trois ou quatre pages suivantes un très récent travail du professeur F. Guyon, publié dans le

plupart du temps, l'hémorragie. Elle se manifeste souvent avant que le malade se plaigne de *mictions fréquentes* ou *douloureuses*. D'un autre côté cependant, quand la tumeur est de nature maligne ou s'en rapproche, ordinairement la douleur et la fréquence des mictions précèdent l'apparition du sang, et parfois d'une période de temps très considérable. Dans presque tous mes cas, les symptômes duraient depuis trois ans au moins, quand le malade est venu me consulter; dans quelques-uns cette durée était de six ou sept années. Si la tumeur est principalement constituée par des papilles filiformes et délicates, les hémorragies sont naturellement plus abondantes et plus continuelles que dans le fibropapillôme ou dans le type de transition, dont la consistance est plus résistante; les hémorragies sont également beaucoup moindres lorsque les franges font défaut ou sont très peu développées.

Il n'y a rien de particulièrement caractéristique à noter dans la nature de l'hémorragie. Mais il est un fait important dont il faut toujours s'enquérir et que le chirurgien doit observer lui-même, autant que possible : je veux parler du moment de la miction auquel le sang apparaît. Quelquefois, l'urine commence à couler absolument claire ou

numéro de novembre 1884 (pages 650-671) des *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. Ce travail, intitulé *Étude clinique sur le diagnostic des néoplasmes de la vessie*, établit très nettement l'importance considérable pour le diagnostic que le chirurgien de l'hôpital Necker attache aux symptômes et aux signes des tumeurs vésicales, et particulièrement aux différents caractères de l'hématurie. L'examen clinique du malade, suffisamment approfondi, dispenserait ainsi souvent le chirurgien de recourir à une opération purement exploratrice et destinée seulement à éclairer le diagnostic. Le professeur Guyon ne rejette pas cependant l'exploration digitale de la vessie, telle que la pratique sir Henry Thompson : il croit devoir la réserver à certains cas exceptionnels. En tous cas, et à tous les points de vue, surtout pour l'ablation, M. Guyon préfère la voie hypogastrique (R. J.)

à peine légèrement teintée, et, vers la fin de la miction, ce jet devient rouge-foncé, grâce à la présence d'une grande quantité de sang vermeil. En pareil cas, et s'il n'y a pas eu de lésion récente de l'urètre, l'hémorragie est bien nettement d'origine vésicale. Aussi, lorsque à l'aide de la sonde et du toucher rectal on s'est assuré qu'il n'existe ni rétrécissement, ni affection quelconque de la prostate, ni calcul vésical, ni cancer, il ne reste plus qu'à rechercher certains éléments qui peuvent se rencontrer dans l'urine elle-même.

Signes physiques. — Je dois vous dire tout d'abord qu'ici le toucher rectal et l'exploration vésicale, même très convenablement pratiqués d'après les méthodes habituelles, ne fournissent que fort peu de renseignements précis, excepté cependant pour les infiltrations cancéreuses dont l'induration est ainsi d'ordinaire assez facilement reconnue¹. Le résultat de l'exploration est presque toujours négatif, ou à peu près, s'il s'agit d'un papillôme ou d'une tumeur analogue. Dans ces cas, le seul signe physique de quelque valeur que j'aie jamais constaté (et je ne l'ai rencontré que bien rarement), c'est une certaine gêne de la sonde, qui n'a plus ses mouvements libres dans la cavité vésicale et qui ne peut plus tourner facilement à droite et à gauche.

Quelquefois, j'ai senti une sorte de « frôlement doux, » ainsi que je l'ai appelé dans mes notes, comme si la sonde se mouvait dans un milieu de densité un peu supérieure à celle de l'urine, sans arriver toutefois à déterminer sur la

1. C'est ainsi que dans le cas de M. Bazy, cité plus haut, et dans l'un des cas du professeur F. Guyon, la sonde exploratrice en métal put très nettement circonscrire la masse morbide, en préciser le volume et le siège et même, jusqu'à un certain point, le mode exact d'implantation. (R. J.)

paroi vésicale la limite qui sépare le tissu sain du tissu morbide¹.

En outre, par le toucher rectal, quand le doigt parvient à atteindre la base de la vessie, en passant au-dessus de la prostate, il perçoit parfois une sensation de plénitude arrondie et molle, mais sans rien pouvoir distinguer ni préciser davantage.

Telles sont les conclusions auxquelles je suis forcé d'en venir au sujet de l'emploi de la sonde dans les cas de tumeurs vésicales. Et cependant j'ai pratiqué un certain nombre d'explorations de la vessie soit avec la sonde, soit avec le doigt introduit dans le rectum, alors que le malade éthérisé était sur la table d'opération, prêt à subir l'exploration digitale².

Examen de l'urine. — Cette recherche est de la plus haute importance et fournit souvent des résultats tout à fait significatifs. Son but est de recueillir les parties désagrégées de la tumeur, si elle existe, et d'étudier leur structure au microscope. Il peut être nécessaire de répéter plusieurs fois cet examen, afin d'acquiescer une certitude absolue. Un excellent moyen d'obtenir ces débris organiques consiste dans les grands lavages de la vessie pratiqués avec l'eau chaude. Il est bien rare alors qu'on ne recueille pas ainsi quelque fragment détaché, suffisamment volumineux pour être soumis à l'examen microscopique, surtout si la tumeur vésicale est frangée. Récemment cependant, ayant échoué avec les simples lavages, je me suis servi avec avantage d'une sonde évacuatrice de

1. Lorsqu'il promène la sonde sur les franges villoses d'un papillôme, le professeur F. Guyon compare souvent les sensations ainsi perçues à celles qu'on éprouverait en caressant avec le bec de la sonde une barbe soyeuse. (R. J.)

2. Voir la note 1 en bas de la page 67.

petit calibre, à laquelle j'ai adapté l'aspirateur employé dans la lithotritie; par ce procédé, j'ai obtenu facilement divers éléments, qui ne laissent aucun doute sur la présence d'une tumeur. Le fait est rappelé dans le cas n° 20 du tableau.

Il est encore un autre procédé qui, dans le cas de tumeur frangée, peut vous procurer un échantillon de celle-ci et qui en outre vous démontrera l'existence d'une partie saillante. Il consiste à explorer soigneusement la vessie avec un petit lithotriteur à mors-plats¹. J'ai découvert de cette façon la première tumeur vésicale que j'aie enlevée : elle était encroûtée de phosphates et je la pris d'abord pour un calcul en partie enchatonné, que je pouvais bien saisir, mais non mouvoir dans la vessie. Je suis arrivé ainsi à détacher de petits morceaux de la tumeur; une faible hémorragie s'en est suivie nécessairement, mais elle a été tout à fait insignifiante.

Supposons donc que quelques fragments aient été évacués par les lavages; si l'on veut pousser plus loin ses recherches, on portera ces débris sous le microscope, en se servant d'un objectif de 7 millimètres. D'abord on peut trouver une portion de ces minces papilles, appelées aussi villosités, assez complète pour ne laisser aucun doute à cet égard : la disposition de l'épithélium cylindrique, dont les cellules sont perpendiculaires à l'axe central et forment comme des rayons à l'extrémité, constitue une preuve indiscutable qu'il y a dans la vessie une tumeur de nature papillomateuse. A deux reprises différentes, je me suis

1. M. Guyon préfère ce dernier procédé aux lavages et à l'aspiration, mais il aime mieux encore s'en remettre au hasard pour recueillir dans l'urine des débris caractéristiques. Car ce renseignement, joint à ceux que l'étude des symptômes rationnels a déjà fournis, n'y ajoute pas assez pour que l'on puisse exposer les malades à des manœuvres qu'il ne croit pas sans inconvénients. (R. J.)

décidé à opérer en m'appuyant sur cette seule preuve.

En second lieu, il est parfois possible de distinguer à l'œil nu dans l'urine de petits fragments un peu transparents, d'apparence gélatineuse : c'est là encore un signe qui a sa valeur. Avec le grossissement microscopique sus-indiqué on reconnaît que ces débris sont constitués par des cellules fusiformes à noyaux : les unes sont comparativement courtes et larges, et les autres sont allongées ; quelques-unes paraissent s'être déjà transformées en courtes fibres. Ces éléments ont été rencontrés dans plusieurs circonstances, où par la suite on a trouvé une tumeur ; ce fait est noté, chaque fois qu'il s'est présenté, dans le tableau de mes vingt cas. Chez deux ou trois malades, j'ai examiné l'urine tous les jours, sans parvenir à y découvrir aucun élément figuré qui fût caractéristique ; cela se passait, il est vrai, avant que j'eusse adopté la règle de conduite dont je ne me départis jamais aujourd'hui, c'est-à-dire les grands lavages de la vessie. Une ou deux fois, j'ai trouvé un grand nombre de cellules épithéliales, jeunes et pavimenteuses, mais elles ne présentaient rien de particulier, ou du moins rien qui pût fournir une indication valable en vue du diagnostic.

Dans la prochaine leçon, nous aborderons l'étude des traitements, et surtout les opérations dirigées contre les tumeurs vésicales.

LEÇON IV

TRAITEMENT DES TUMEURS VÉSICALES. — Médication astringente. — Injections
— Opérations d'ablation : procédés divers. — La voie hypogastrique est-elle
préférable à la voie périnéale? — Instruments. — Résultats. — Observations.
— Tableau.

Messieurs,

Vous êtes arrivés, je suppose, à conclure qu'une hémorragie est incontestablement d'origine vésicale, et que, suivant toute probabilité, elle provient d'une tumeur dont la nature cancéreuse n'est aucunement démontrée. Existe-t-il des procédés à l'aide desquels vous pourrez entraver l'évolution de cette tumeur, ou même faire disparaître cette dernière, sans qu'il soit besoin de recourir à une intervention chirurgicale réclamant le bistouri? Y a-t-il quelques moyens d'arrêter, ou au moins de diminuer l'hémorragie 1^o chez les malades incapables de supporter pour le moment l'opération à cause de leur faiblesse extrême, ou pour toute autre raison, 2^o dans les cas où l'ablation n'est forcément que partielle et où l'on est obligé de laisser dans la paroi une portion de la tumeur, 3^o dans le cas d'une tumeur maligne, où aucune tentative d'ablation n'est permise et qui est seulement justiciable d'un traitement palliatif?