

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?

A ces questions je répondrai que, dans ma pratique, je n'ai jamais obtenu aucun bénéfice, dans le cas d'hémorragie vésicale, quelle que soit la variété de tumeur qui la détermine, de la *médication* appelée *astringente* employée à l'intérieur. Il me semble même excessivement difficile de prouver que l'usage d'un de ces agents ait jamais amené un résultat satisfaisant. Une poussée d'hémorragie vésicale n'a habituellement qu'une courte durée, si toutefois le malade cesse immédiatement ses habitudes actives. D'autres conditions, telles que le repos absolu et la position horizontale, viennent singulièrement aider la prétendue influence curative des astringents; et quand l'hémorragie s'arrête, comme c'est d'ailleurs sa tendance naturelle, le médicament absorbé pendant ce temps bénéficie d'un succès auquel il n'a pas droit de prétendre la plupart du temps.

J'ai une confiance beaucoup plus marquée dans les *injections astringentes*, poussées avec grande douceur dans la vessie à l'aide d'une petite sonde molle. Les deux injections dont je me sers assez souvent sont pratiquées avec du *perchlorure de fer* et avec du *nitrate d'argent*; je les emploie surtout lorsque l'opération n'est pas encore décidée, et aussi quand l'ablation d'une tumeur n'a pu être que partielle. Dans ces cas d'opération incomplète, le résultat a été beaucoup meilleur que je n'aurais même osé l'espérer, et les récidives d'hémorragie ont été bien réellement enrayées par ces injections, celle au perchlorure de fer étant peut-être (certainement, dans deux circonstances) plus efficace que l'autre. La dose employée a été de 20 à 60 gouttes de teinture de perchlorure de fer dans 125 grammes d'eau froide; cette injection est pratiquée une ou deux fois par jour suivant les indications. La solution de nitrate d'argent est de 6 à 36 centigrammes pour

125 grammes d'eau; les solutions plus concentrées sont rarement tolérées ou nécessaires.

En ce qui concerne les néoplasmes de mauvaise nature auxquels je faisais allusion tout à l'heure, si la présence d'une semblable tumeur est indiquée par les caractères physiques et les symptômes, mais surtout par les premiers, toute tentative d'ablation faite à la légère et incomplète sera forcément proscrite, car elle serait extrêmement dangereuse; aussi rien dans ce sens ne doit être entrepris. Il ne s'ensuit pas pourtant qu'en pareille circonstance il faille rejeter le drainage de la vessie par la voie périnéale; cette intervention parvient au contraire quelquefois à diminuer les souffrances du malade et à prolonger sa vie¹.

Enfin, il est très important d'examiner avec le plus grand soin l'état et le fonctionnement des voies digestives, toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une hémorragie d'origine intra-pelvienne.

1. Il est intéressant de rapprocher cette opinion de sir Henry Thompson de celle que le professeur Verneuil exprima à la Société de Chirurgie, dans la discussion qui suivit le rapport fait par M. Monod sur le cas de M. Bazy, auquel nous avons déjà plusieurs fois fait allusion. (Voy. *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1883, pages 630-650.) S'élevant énergiquement contre les grattages appliqués aux cancers en général, et à ceux de la vessie en particulier, M. Verneuil voudrait que l'intervention chirurgicale dans les néoplasmes malins de la vessie eût des prétentions simplement palliatives et ne semblât pas viser à la cure radicale. Aussi, au lieu d'admettre avec M. Bazy qu'on doit attaquer ces tumeurs, parce que avec une opération même incomplète on aura rendu service au malade, demandait-il qu'on renverse la proposition. « Quand un individu est atteint de tumeur vésicale, dit-il, ouvrez sa vessie : voilà le but principal. Si, au cours de l'opération, vous trouvez par hasard que la tumeur est extirpable, extirpez-la; mais, dans le cas contraire, contentez-vous de la simple cystotomie... » En conséquence, le professeur Verneuil accepte les judicieuses remarques de MM. Monod et Bazy, qui comparent la cystotomie et la fistule vésicale consécutive à l'anus artificiel créé dans les cas de cancer ano-rectal et grâce auquel les douleurs sont si rapidement et si complètement supprimées, en même temps que l'évolution progressive de néoplasme est retardée jusqu'à un certain point. (R. J.)

J'arrive maintenant au procédé qui est le seul capable de procurer un soulagement durable au malade atteint de tumeur vésicale, c'est-à-dire l'opération destinée à enlever cette tumeur.

Opération. — L'exploration digitale de la vessie est, je suppose, pratiquée par l'urétrotomie externe, et tous les détails de procédé¹ ont été rigoureusement observés. Après avoir introduit votre index gauche dans la cavité vésicale, vous rencontrez une tumeur quelconque : consacrez alors deux, trois ou quatre minutes, si besoin est, à vous assurer du volume, du siège et de la forme générale. Puis, de votre main droite, opérez sur l'abdomen une vigoureuse pression qui abaisse ainsi les organes pelviens. De cette façon, vous reconnaissez si la tumeur est attachée à la paroi vésicale par un pédicule plus ou moins mince, ou si elle occupe au contraire une large surface de cette paroi, dont elle semble inséparable. Vous parcourez avec le doigt la périphérie de cette tumeur, qui peut être largement mamelonnée, présenter un ou plusieurs lobes, ou bien ressembler à un simple polype, offrir une consistance ferme ou flasque. Enfin, remarquez si la masse est dense, compacte et immobile, ou si elle est molle, plus ou moins mobile, et peut-être friable. Il est important de posséder une idée très nette du siège de la tumeur et d'observer si celui-ci est situé plutôt à votre droite qu'à votre gauche, point qu'il est très facile d'élucider la plupart du temps ; il faut savoir également si la production morbide prend naissance sur le côté ou sur le plancher de la vessie, sur la face opposée au méat interne ou sur le plafond de la cavité vésicale. L'esprit se forme ainsi déjà une image distincte de l'objet auquel on a affaire, et en même temps il

1. Voyez leçon II, pages 47 et suiv.

devient apte à juger si l'ablation est possible, en totalité ou en partie, et, dans ce dernier cas, si l'on peut enlever une portion suffisamment volumineuse pour justifier une intervention chirurgicale poussée plus loin. Quand la tumeur a la forme d'un polype avec pédicule mince, ou même gros, aucune hésitation n'est admissible : opérez. Lorsque vous croirez [pouvoir retrancher des portions notables de la masse, sans blesser la paroi vésicale, dont on doit toujours s'approcher avec les plus grandes précautions, alors, selon moi, vous devriez tenter l'ablation de ces portions sous les conditions ci-après énoncées. Si, d'un autre côté, la substance morbide est dure et ne présente à sa surface aucune partie saillante bien marquée, caractères que vous trouverez habituellement associés, laissez de côté toute velléité d'ablation ; il vous est permis cependant, si la chose est possible sans difficulté, de détacher un petit morceau de la tumeur pour le soumettre à l'examen micrographique ; mais là se borne toute l'action chirurgicale.

Au point où nous sommes arrivés, se présente une importante considération qu'il est nécessaire d'exposer dans tous ses détails, avant d'attaquer la tumeur par la voie périnéale.

Lorsque vous avez achevé l'examen complet de la cavité vésicale, vous devez vous poser et résoudre la question suivante : « Puis-je espérer enlever la tumeur que je viens d'examiner, soit totalement, soit partiellement suivant le cas, en me servant de l'incision déjà faite au périnée, ou bien ai-je plus de chance de succès en pratiquant une ouverture sus-pubienne ? » Car, il faut convenir qu'il peut se présenter une circonstance où la voie hypogastrique vous paraisse préférable, et où vous vous demanderez s'il n'existe pas quelque raison de la suivre. L'incision péri-

néale cependant est absolument inoffensive¹ et offre cet avantage incontestable de fournir un diagnostic exact.

Le procédé d'ablation des tumeurs vésicales par l'urétrotomie périnéale, tel que je le propose, a trouvé un contradicteur à Paris dans la personne de mon ami le professeur Guyon. Ce chirurgien et son école prétendent que l'incision hypogastrique doit toujours être employée et qu'il faut rejeter l'incision périnéale. Je ne puis m'empêcher de répondre que les termes si affirmatifs, avec lesquels cette doctrine est aujourd'hui formulée par quelques-uns, seraient peut-être plus autorisés si ses partisans avaient éprouvé la méthode que j'ai si souvent mise en pratique. Il ne viendra, je suppose, à l'esprit de personne de soutenir que le haut appareil n'est pas une opération beaucoup plus grave et plus hasardeuse que la simple boutonnière².

1. Malgré toute la bénignité de cette opération, celle-ci a cependant donné, entre les mains habiles de son promoteur, deux cas de morts que sir Henry Thompson lui-même a fait connaître dans sa lettre adressée à *The Lancet* (2 novembre 1883) à propos du travail de MM. Whitehead et Pollard. Ces deux malades avaient seulement subi l'incision urétrale et l'exploration digitale de la vessie : aucune autre opération n'avait été pratiquée. (R. J.)

2. Il est incontestable qu'il est plus dangereux de sectionner la paroi abdominale et la face antérieure de la vessie que d'inciser la portion membraneuse de l'urètre. Mais, à l'époque où sir Henry Thompson a fait cette leçon, il n'avait pas encore pratiqué la cystotomie sus-pubienne suivant le procédé de Petersen. (Voy. la note qui termine la leçon IX). En exécutant sa première opération de ce genre au mois de juillet 1884, il a pu se rendre compte par lui-même de la facilité extrême, des avantages nombreux et de la bénignité relative de la taille hypogastrique, telle qu'on la fait aujourd'hui. Quoi qu'il en soit, étant donné que l'incision exploratrice n'est pas absolument indispensable pour établir un diagnostic suffisamment précis, l'opération hypogastrique offre d'immenses avantages : 1° elle permet de reconnaître au moment de l'opération avec le doigt et même avec l'œil certaines particularités qui échappent à l'exploration périnéale ; 2° elle facilite singulièrement les manœuvres d'attaque et d'exploration du néoplasme ; elle permet l'appli-

Pourquoi alors recourir à l'incision sus-pubienne, lorsque l'on n'a pas encore la certitude absolue 1° qu'il existe une tumeur dans la vessie, et 2° que cette tumeur peut être enlevée par l'opération? Il n'est pas douteux que, dans un grand nombre de cas, on soupçonne la présence d'une tumeur, et même que celle-ci est regardée comme extrêmement probable ; mais il n'est guère possible de l'affirmer avant que le doigt ait pénétré dans la cavité vésicale. Ordinairement, le chirurgien n'est pas sûr que la tumeur en question soit séparable de la vessie avant que cette dernière ait été ouverte et que ses conditions physiques aient été nettement déterminées par le toucher direct. Tous ces faits, c'est-à-dire d'abord la présence de la tumeur, ensuite sa forme et son volume, et enfin la nature de ses connexions avec la paroi vésicale, toutes ces données, dis-je, nécessaires pour élucider la question d'ablation, sont obtenues par une petite incision urétrale exempte de tout danger. N'est-il pas imprudent de pratiquer l'incision hypogastrique, avec tous les risques que vous lui connaissez, alors que l'opérateur n'est pas absolument certain de la présence d'une tumeur, et lorsque, de parti pris, il va courir la chance de ne pouvoir faire une ablation totale sans infliger au malade des dégâts opératoires mortels, quand cette tumeur aura été touchée du doigt et mise à nu, pour ainsi dire?... En effet, vous savez que, sur le nombre total des cas, l'ablation complète n'est possible que dans la moitié seulement.

De plus, suivant moi, la boutonnière permet au chi-

cation de pansements rigoureusement antiseptiques. Pour plus de détails, consulter la thèse du Dr A. Pousson déjà citée et les articles publiés dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* en 1883, par P. Bazy (pages 621 et 661), et en 1884, par le professeur Guyon (pages 141, 438 et 630). (R. J.)

rurgien non seulement d'élucider tous les faits qu'il est indispensable de connaître avant d'opérer, mais elle lui permet aussi d'enlever facilement la tumeur, quand celle-ci est de forme polypoïde et susceptible, par conséquent, d'une ablation réunissant toutes les garanties d'aisance et de sécurité. Néanmoins si vous pensez pouvoir, dans certains cas particuliers, obtenir un meilleur résultat par l'incision hypogastrique (et vous êtes apte alors à résoudre cette question), rien ne vous empêche de pratiquer cette dernière. Chez un ou deux de mes vingt malades, chez les deux derniers notamment, j'aurais peut-être pu opérer ainsi avec avantage : je le ferais probablement maintenant si je me trouvais dans des conditions semblables. Mais, dans tous les autres cas, les dangers pour l'opéré auraient été grandement accrus par l'ouverture sus-pubienne, et cette opération ne m'aurait certainement pas plus facilité les manœuvres d'ablation que ne l'a fait l'urétrotomie externe.

Quels sont maintenant les moyens à employer pour enlever une tumeur dont, après examen complet, on s'est décidé à tenter l'ablation par la voie périnéale? Si vous avez la bonne fortune de tomber sur une tumeur unique, de forme polypoïde (Voy. les Diagrammes nos 1, 13 et 15 du Tableau), et par conséquent munie d'un pédicule assez mince, vous ne devez pas hésiter à introduire une paire de pinces-forceps dans la cavité vésicale et à l'employer sans l'aide du doigt de l'opérateur. Les petites pinces-forceps, dont je me sers dans ce but, sont à mors larges et dentelés sur les bords, de façon à écraser et non à sectionner les tissus. Il existe différentes formes de ces pinces-forceps. Le modèle le plus simple est droit, ressemblant à la tenette employée ordinairement dans la taille (fig. 11). D'autres sont incurvées et destinées aux tumeurs situées latérale-

ment ou près du col de la vessie; car, dans cette situation, la pince-forceps droite ne parviendrait pas à les saisir (fig. 12 à 15). Une paire de chaque modèle doit avoir

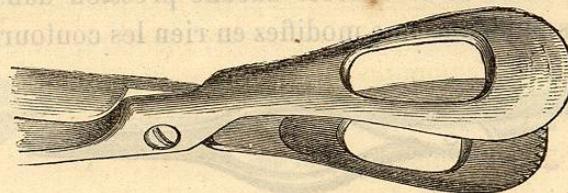


FIG. 11. — Pince-forceps droite.

des bords coupants, pour les cas exceptionnels où la tumeur est plus dure et plus résistante que de coutume¹.



FIG. 12. — Pince-forceps plus mince et incurvée latéralement pour enlever une tumeur engagée dans le col vésical.

Dès que les branches sont introduites dans la cavité vésicale, il n'y a qu'à les ouvrir largement et à les refermer ensuite, pour être à peu près certain qu'elles ont saisi

1. La multiplicité des pièces de cet arsenal chirurgical ne laisse pas que d'être quelque peu encombrante et constitue, en pratique, un réel inconvénient. Outre que leur maniement ne doit pas être toujours très facile à travers le long et étroit canal périnéo-urétrorprostatique, ces instruments ont le désavantage marqué d'agir à l'aveugle et de ne détruire la plupart du temps la tumeur que par morcellement. Avec l'incision hypogastrique, on manœuvre à ciel ouvert : aucun outillage spécial n'est nécessaire. Pour l'ablation, une paire de ciseaux, un serre-nœuds, l'écraseur ordinaire, une curette ou même l'ongle suffisent. De plus, on peut par cette voie employer l'anse galvanique, comme l'a fait dans un cas le professeur Guyon, chose qui n'est pas à dédaigner chez un malade que des hématuries prolongées ont parfois rendu exsangue.

le polype plus ou moins complètement. Ce procédé, ainsi exécuté, est incontestablement aussi sûr que s'il s'agissait de saisir un calcul dans la vessie. Pendant cette opération, vous ne devez exercer aucune pression dans la région sus-pubienne : ne modifiez en rien les contours natu-



FIG. 13. — La même, vue de face : son incurvation n'est pas apparente dans cette position.

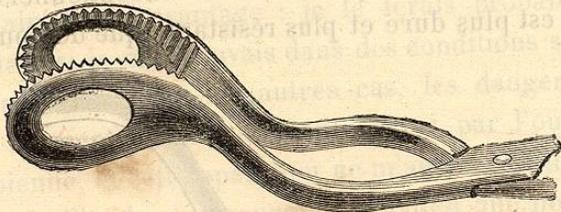


FIG. 14. — Pince-forceps courbe pour les tumeurs siégeant sur les côtés de la vessie.

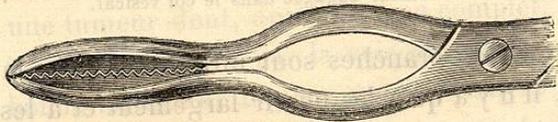


FIG. 15. — La même, vue de face.

rels de la vessie. Par quelques petits mouvements du forceps dans différentes directions, vous vous assurerez que la tumeur est bien saisie. A ce moment, évitez par-dessus tout, à mon avis, d'user de violence ; cependant, serrez fortement l'un contre l'autre les mors de l'instrument, de façon que leur extrémité morde et mâchonne un peu les tissus, si je puis m'exprimer ainsi, sans toutefois abandonner le point où la tumeur a été saisie et mordue en premier lieu. Alors, à l'aide d'un léger mouvement de

traction, facilitez le dégagement de la masse : lorsque celui-ci est accompli, la pince-forceps se trouve libre dans la cavité vésicale, et il vous sera aisé de l'extraire avec son contenu.

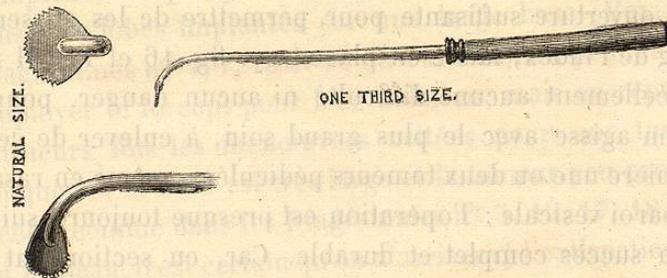


FIG. 16. — Instrument à extrémité dentelée, destiné à sectionner par un mouvement de rotation une portion de tumeur fixée par l'index. Il est vu de profil, réduit au tiers de ses dimensions. L'extrémité est représentée dans deux positions différentes et de grandeur naturelle.

Ceci fait, introduisez de nouveau le doigt, afin de constater ce qui reste de la tumeur et de voir s'il est possible de compléter l'ablation. En tous cas, lorsque la pince-for-



FIG. 17. — Autre instrument dentelé, de forme courbe.

ceps a ainsi extrait un fragment, si petit qu'il soit, l'instrument ne doit jamais être réintroduit, avant que le doigt ait une seconde fois exploré la surface interne de la vessie et permis à l'opérateur d'apprécier exactement la portion qui reste à enlever, si toutefois il en reste une.

Mais supposons que la tumeur n'ait pas été complètement divisée par l'action de la pince-forceps, manœuvrée avec la prudence que je viens d'indiquer : l'instrument doit alors lâcher la tumeur et être retiré immédiatement. A sa

place vous introduisez le doigt, qui rencontrera très probablement un fragment si près d'être détaché que l'ongle suffira pour achever la section. Dans ce but, vous pouvez vous servir également de ces petits instruments à dents de scie que j'ai imaginés à cet effet : l'incision urétrale offre une ouverture suffisante pour permettre de les glisser le long de l'index, laissé en place (voy. fig. 16 et 17). Il n'y a réellement aucune difficulté ni aucun danger, pourvu qu'on agisse avec le plus grand soin, à enlever de cette manière une ou deux tumeurs pédiculées, même en rasant la paroi vésicale : l'opération est presque toujours suivie d'un succès complet et durable. Car, en sectionnant le pédicule suivant le procédé que je viens de décrire, je vise autant à obtenir la cicatrisation rapide de la plaie qu'à empêcher la récurrence ultérieure de la tumeur au point d'implantation.

Vous avez encore d'autres moyens à votre disposition, si vous le jugez à propos. Vous pouvez vous servir, par exemple, d'un très petit écraseur, muni d'une anse de corde à boyaux, qu'on manœuvre le long de l'index, dans les cas de tumeurs ayant la forme de polype. Chez la femme, il est souvent facile d'attirer doucement au dehors de semblables tumeurs à l'aide du forceps et de ligaturer ainsi le pédicule à ciel ouvert. J'ai réussi une fois à exécuter heureusement cette manœuvre ; M. Bryant l'a fait également. Une autre fois, j'ai amené de cette façon à l'extérieur une masse polypoïde qui s'est trouvée être un calcul complètement enkysté ; car, lorsque j'ai incisé cette masse, le calcul s'est énucléé.

Chez l'homme, quelquefois la tumeur vient faire saillie à travers la plaie, comme M. Davies Colley et M. Morris ont pu le voir : cette tumeur semblait avoir été poussée au dehors par des efforts d'expulsion naturelle de la vessie

le lendemain de l'opération, celle-ci n'ayant rien enlevé la veille ; l'ablation fut ainsi pratiquée dans d'excellentes conditions, et le malade guérit parfaitement.

Cependant, si les tumeurs présentent une forme plus complexe, lorsque, par exemple, elles sont constituées par plusieurs lobes implantés sur une large base (Voy. les Diagrammes nos 4, 7, 13 et 16 du Tableau), on peut encore employer le forceps pour leur ablation, mais en répétant plusieurs fois les manœuvres usitées pour une tumeur unique. Si la base est très large et la tumeur peu proéminente, comme dans les Diagrammes nos 5, 12, 17, 18 et 19 du Tableau, il est certain qu'on n'arrivera à l'extirpation par aucun procédé, ni par la voie périnéale, ni par la voie sus-pubienne. Une base large implique nécessairement une intime continuité de tissus entre la paroi vésicale et les éléments morbides ; aussi l'ablation me semble-t-elle ordinairement impossible. La résection des parties les plus saillantes de la tumeur, si elle est praticable, peut être tentée, mais simplement dans le but de retarder son évolution, et non dans l'espoir d'arriver à une guérison radicale¹.

1. Le 20 décembre 1882, j'ai eu l'honneur d'assister à l'opération que pratiqua M. P. Bazy, en présence de nos maîtres, le professeur F. Guyon et Ch. Monod. C'était la première intervention chirurgicale de ce genre qu'on entreprenait en France, après avoir exactement précisé le diagnostic et tracé d'avance le plan opératoire. Il s'agissait d'un homme, porteur d'un assez volumineux épithélioma, lequel était très largement implanté sur le côté gauche de la vessie. L'ablation ne pouvait forcément qu'être incomplète : M. Bazy enleva tout ce qu'il put. Et je dois dire que, dans ce cas particulier, les manœuvres opératoires (serre-nœuds et grattages avec l'ongle) furent singulièrement et manifestement facilitées par l'ouverture sus-pubienne. Il est certain que, chez ce malade, on n'aurait pu par le périnée, même au prix d'une taille véritable, arriver à un résultat aussi complètement satisfaisant. Dans ce cas de M. Bazy, la résection partielle de la tumeur, que d'avance on savait seule possible, ne visait pas une cure radicale, mais seulement un soulagement et une sur-