

rouge sombre, en partie lisse et en partie recouverte d'excroissances villosités : elle était munie d'un pédicule de 4 centimètres de long. Sur les côtés se trouvaient trois petites tumeurs de la grosseur d'une fève. Ce sont de véritables tératomes.

IV. **Kystes de la vessie.** — L'histoire des kystes de la vessie a été jusqu'ici très confuse. Cela tient à ce que l'on a fréquemment confondu, dans les observations, les kystes développés dans la vessie même, *kystes vésicaux proprement dits* et les kystes développés au voisinage de la vessie et ayant contracté avec cette dernière les adhérences plus ou moins intimes, *kystes paravésicaux*. Ceux-ci, il faut bien le dire, sont de beaucoup les plus fréquents.

Nous envisagerons successivement : 1° les kystes simples, séreux, épithéliaux ; 2° les kystes dermoïdes ; 3° les kystes hydatiques.

1° Les *kystes simples*, presque toujours d'origine inflammatoire, se rencontrent à tous les âges et avec une fréquence égale dans les deux sexes. Ils sont d'ailleurs rares. Ils ont pour siège principal la base de l'organe et se développent aux dépens des glandes normales de la vessie ainsi que le démontre d'ailleurs leur constitution histologique. Ils sont, en effet, formés d'une membrane conjonctive tapissée à l'intérieur par un épithélium comprenant tantôt des cellules plates, tantôt des cellules cubiques. Leur contenu est d'ordinaire clair, visqueux ; mais il peut devenir jaunâtre et même tout à fait trouble. Ces kystes existent toujours en nombre assez grand à la surface de la vessie (10, 15 ou davantage) ; leur volume varie de celui d'un grain de plomb à celui d'une lentille. Ils sont sessiles ; mais parfois ils se pédiculisent et alors ils peuvent atteindre des dimensions beaucoup plus considérables (noix). — Les *kystes simples paravésicaux* se développent soit aux dépens de l'utricule prostatique ou des vésicules séminales, soit aux dépens des débris du canal de Müller, etc. (voy. *Tumeurs paravésicales*, p. 654).

2° *Kystes dermoïdes.* — Il en existe de nombreuses observations : Clado a pu en réunir une quarantaine. Malheureusement ces observations ne sont pas toujours très claires, en sorte qu'il est impossible de savoir si le kyste observé était vraiment vésical ou paravésical.

L'existence de *kystes dermoïdes vésicaux* semble incontestable : Clado en cite au moins 6 cas certains. La tumeur dermoïde est en général peu volumineuse ; elle a ici une constitution identique à celle qu'elle affecte dans les autres régions de l'organisme, c'est-à-dire qu'elle renferme des poils, des cheveux, des fragments d'os plus ou moins informes, et même des dents, le tout englobé dans une matière grasse caractéristique. — Sur 52 cas de *kystes dermoïdes paravésicaux*, pour la plupart en communication avec la cavité vésicale, Clado en trouve 7 de provenance ovarique ; dans 7 autres observations le kyste était vraiment paravésical, c'est-à-dire développé dans le tissu cellulaire péri-vésical (de préférence dans la cloison recto-vésicale, au-dessous du péritoine) ; 18 observations enfin sont relatives à des tumeurs non constatées anatomiquement ou cliniquement, mais donnant lieu à la *pilimiction* et communiquant avec la vessie. Les kystes dermoïdes paravésicaux sont ordinairement assez volumineux (on en a cité de 14 livres). Personnellement j'ai eu l'occasion d'observer 2 cas de kystes hydatiques chez l'homme ; d'autre part, chez une femme, j'ai pu arracher une dent de la vessie et enfin j'ai opéré un homme d'un kyste dermoïde avec pilimiction. Ce kyste était intimement confondu avec la paroi vésicale.

3° Les *kystes hydatiques* de la vessie sont excessivement rares, si tant est qu'ils existent. La plupart des observations de soi-disant kystes hydatiques *vésicaux* bien analysées, montrent, en effet, qu'il s'agit toujours de kystes *paravésicaux*, c'est-à-dire développés dans le tissu cellulaire péri-vésical, soit en arrière, dans la cloison vésico-rectale, — ainsi que j'en ai observé un bel exemple en 1898 dans mon service de la Pitié (1), — soit vers le sommet de la vessie.

Complications dues à ces tumeurs. — Nous n'étudierons ici que celles qui peuvent se manifester du côté de l'appareil urinaire, c'est-à-dire du côté de la vessie, des uretères et des reins. Ces complications sont d'ordre *mécanique*, d'ordre *inflammatoire* ou dues à la *propagation du néoplasme*.

1° Les *complications vésicales d'ordre mécanique* sont surtout des symptômes de rétention d'urine avec ou sans dilatation consécutive de la vessie et attribuables soit au volume, soit à la situation, soit à la longue pédiculisation de la tumeur, ce qui lui permet d'obstruer plus ou moins le col de l'organe.

Les *complications vésicales inflammatoires* sont très fréquentes et des plus variées. Il est rare qu'on n'ait pas à constater tôt ou tard, au cours de l'évolution d'une tumeur vésicale, des phénomènes de *cystite*. Celle-ci est liée à l'envahissement de la cavité vésicale par les microbes venus de l'extérieur (rétention d'urine, exploration septique, etc.). Tous les degrés de cystite, depuis la simple congestion de la muqueuse, jusqu'à la cystite pseudo-membraneuse ou ulcéreuse et jusqu'à la péricystite peuvent être observés. Parfois l'inflammation est tellement intense qu'elle peut provoquer la formation d'*abcès*. La cystite peut se traduire par l'apparition de *végétation* inflammatoire dans le voisinage ou à la surface même de la tumeur. Elle amène très fréquemment l'*hypertrophie* des parois vésicales. Enfin il n'est pas rare de voir la cystite s'accompagner de la formation de *calculs*. La présence de calculs dans la vessie néoplasique a été considérée par certains auteurs comme une simple coïncidence. Cependant la plupart admettent la nature inflammatoire de ces productions qui peuvent atteindre un volume considérable (noix).

2° *Du côté de l'uretère*, les lésions par *propagation* sont assez rares, les néoplasmes, sauf les papillomes, envahissant rarement la lumière de cet organe. Les phénomènes de compression de l'uretère sont au contraire fréquents, soit qu'il y ait simple obturation de son orifice vésical par une ou plusieurs tumeurs situées à ce niveau, soit qu'il y ait un véritable *rétrécissement* de cet orifice par une infiltration néoplasique ou un épaissement inflammatoire de la paroi vésicale au niveau de sa pénétration dans cette paroi. En tout cas, le résultat est toujours le même : c'est-à-dire la dilatation du conduit urétéral en amont du rétrécissement. En outre, l'*inflammation* de la vessie amène presque toujours celle de l'uretère ; les lésions sont alors analogues à celles qu'on rencontre dans la vessie. Elles peuvent d'ailleurs être uni- ou bilatérales c'est-à-dire affecter l'un ou l'autre des 2 uretères ou les 2 à la fois.

3° *Lésions rénales.* — Elles sont très fréquentes dans les néoplasmes de la vessie : on les rencontrerait dans 76 pour 100 des cas (Clado). Les deux reins peuvent être atteints, mais le gauche surtout y semble prédisposé sans qu'on puisse en donner de raison. Les complications rénales succèdent plus souvent aux tumeurs malignes qu'aux tumeurs bénignes. Celles qu'on rencontre le plus communément sont des *lésions inflammatoires* : *néphrite mixte*, *néphrite sup-*

(1) Voy. aussi mon mémoire de 1891 (*Congrès franç. de chir.*, p. 569).

purée avec abcès miliaires ou grandes cavités purulentes. La pyélo-néphrite consécutive à la présence d'un néoplasme vésical s'accompagne souvent d'une *adipose péri-urétérique et péri-néphrétique* qui a été signalée pour la première fois par Clado⁽¹⁾. Quant aux lésions mécaniques dues à l'obstruction ou au rétrécissement de l'urètre, elles se traduisent toujours par de l'*hydronéphrose* (souvent de la pyonéphrose) ou par une *atrophie* plus ou moins complète du rein atteint. L'*amurie* est également une complication redoutable, mais heureusement assez rare.

Étiologie. — Nous ne savons encore rien actuellement des causes qui président au développement de ces tumeurs. Cependant nous avons vu à propos des cystites chroniques (voy. p. 556 et 608) le rôle joué par l'inflammation prolongée de la muqueuse vésicale qui peut amener la formation de *leucoplasies* susceptibles de se transformer elles-mêmes en *cancroïdes* et par là en *épithéliomas lobulés*. En tout cas, ce sont des affections rares puisqu'elles ne représentent que 0,59 pour 100 des tumeurs en général (Galt) et qu'elles n'entrent que dans la proportion de 5,2 pour 100 des affections vésicales (Ultzmann).

Quant à la fréquence de ces tumeurs aux différents âges et dans les différents sexes, nous renvoyons à ce que nous avons dit au chapitre de l'anatomie pathologique pour chacune d'elles en particulier.

Symptômes. — Un certain nombre de tumeurs vésicales sont absolument *latentes* : on a trouvé dans les autopsies des néoplasmes que rien n'avait fait soupçonner. C'est un fait sur lequel j'insiste. Nombre d'autres tumeurs s'accusent par des *signes complètement étrangers* à ceux des néoplasmes, mais pour ces variétés les méthodes actuelles d'endoscopie ne permettront plus de les ignorer. En général, leur présence s'affirme par une symptomatologie très nette et trop souvent effrayante pour qu'elles passent méconnues. C'est en effet par une *hématurie* sans cause apparente chez un homme ayant dépassé la cinquantaine que la néoplasie se manifeste ; l'hématurie est l'*accident révélateur* bien plus souvent que la cystite ou la dysurie. Elle peut être le seul symptôme pendant toute la durée de la maladie, car l'hémorragie peut à elle seule entraîner la mort du malade ; mais cet accident est commun à nombre d'affections urinaires ; aussi est-ce la modalité et l'allure bien analysées de ces accidents qui acquièrent une valeur diagnostique. Exceptionnellement, chez la femme, l'incontinence d'urine ou le prolapsus de la tumeur à travers la vulve sont les premiers signes.

Symptômes fonctionnels. — *Hématurie.* — C'est en général le premier accident dont se plaignent les malades, celui qui nous les amène, et il peut être le *seul* symptôme. Il ne s'accompagne ni de douleurs spontanées, ni de douleurs pendant la miction, ni d'urines purulentes, et sa disparition fait place à une limpidité parfaite de l'urine. Cet *isolement de l'hématurie*, cette exclusion d'un trouble fonctionnel concomitant quelconque, a une importance telle qu'il permet presque d'affirmer la présence d'un néoplasme vésical. Son mode d'apparition, sa marche, son abondance deviennent plus caractéristiques encore. L'hématurie survient *spontanément* : le malade s'aperçoit par hasard le matin qu'il rend une urine rouge, alors que ni le mouvement, ni la fatigue ne

(1) CLADO, *loc. cit.*, p. 265.

peuvent expliquer ce phénomène. La miction n'est d'ailleurs ni difficile, ni douloureuse ; exceptionnellement un caillot amène une rétention d'urine. Si l'apparition de l'hématurie est en général spontanée, elle est également provoquée par un cathétérisme explorateur même très discret, par une distension ou un lavage de la vessie, mais ni le repos, ni même le décubitus ne l'arrêtent ou l'atténuent. Le malade continue à uriner du sang pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, plusieurs mois même, puis l'urine redevient claire sans que rien puisse expliquer la disparition de l'accident. Pendant la durée de cet accès, *les mictions ne sont pas toutes également colorées* ; sous ce rapport elles peuvent varier d'un jour à l'autre, d'une heure à une autre même ; quelquefois l'urine devient absolument claire entre deux mictions fortement teintées. L'analyse minutieuse permet une constatation plus importante : si l'on recueille dans deux verres le commencement et la fin d'une même miction, on peut trouver l'urine beaucoup plus colorée à la fin qu'au commencement. Quand il est bien net, ce phénomène indique à coup sûr une lésion vésicale. Le sang rendu est en quantité *abondante*. Au moment de l'émission, il est parfois absolument rouge, plus souvent il est noir. Des *caillots* peuvent se former dans la vessie : ils sont rouges, noirs ou décolorés ; rarement ils ont les dimensions que nous avons vues dans les hématuries rénales, donnant lieu à des moules fibrineux de l'urètre ; mais ils peuvent amener une rétention grave, résister à tous les moyens de traitement et devenir la source d'indications opératoires. S'ils se déposent au fond du vase, ils indiquent une hémorragie intense. Si la quantité de sang diminue, l'urine est seulement trouble, elle laisse déposer une fine poussière brune ou noire. Lorsqu'elle a été peu abondante, elle disparaît brusquement, ou, plus souvent, elle passe par des teintes dégradées pour arriver à la transparence.

L'accès d'hématurie terminé, le malade peut rester *des semaines, des mois, des années*, sans aucune hémorragie nouvelle. En général, les accès se rapprochent à mesure que les lésions s'aggravent, et la perte de sang est telle que les patients arrivent au dernier degré de la pâleur, de l'affaiblissement et de la cachexie. Ils sont exsangues, leurs membres inférieurs sont œdématiés et ils succombent avec une teinte cireuse, spéciale aux *anémies aiguës*. Mais, fait curieux et bien spécial aux néoplasmes de la vessie, on peut trouver dans ces cas un *néoplasme très peu volumineux* et ne présentant aucun caractère des tumeurs malignes. J'ai opéré ainsi une malade qui, en quatre mois, avait été réduite au degré le plus grave de l'anémie par des pertes de sang si considérables, que M. Guyon me pria d'intervenir d'urgence ; la tumeur était un papillome sans ulcération, du volume d'un petit haricot, et la malade est restée guérie depuis huit ans.

À côté de l'hématurie, il faut signaler la *fibrinurie* (Ultzmann, Stein et Kuster), caractérisée par l'émission d'urines rouge jaunâtre, se coagulant très vite après émission et formant un caillot adhérent au vase. Cette excretion serait due à une filtration de l'albumine du sang au niveau de la tumeur, filtration due à la congestion du néoplasme sans transsudation complète du liquide sanguin. C'est un phénomène assez rare.

Les urines peuvent contenir exceptionnellement des *fragments de tumeur* ou des parties sphacélées dont l'*examen microscopique* fera bénéficier la clinique. Mais l'*examen du dépôt*, en dehors même de la constatation de parcelles du néoplasme, peut encore être d'une très grande utilité pour le diagnostic. Par exem-

ple, la présence d'une très grande quantité de cellules épithéliales de formes variées est un signe de grande probabilité de l'existence d'une néoplasie vésicale; cette signification est liée à l'abondance seule des cellules et non à leurs caractères, car rien ne les différencie de celles de l'épithélium de la vessie ou du bassin. L'examen microscopique permet encore d'étudier les *cristaux* (urates, oxalates, phosphates) parfois fort nombreux contenus dans les urines néoplasiques. Ultzmann (*) attache une signification pathognomonique à l'existence dans les urines de cristaux d'oxalates en forme de rosace. D'après lui, ces cristaux ne se rencontrent que dans les néoplasmes ulcérés. En résumé, l'hématurie des tumeurs vésicales manque rarement; elle est *solitaire, spontanée, capricieuse, abondante, durable et répétée*. (Voy. Urologie, p. 154.)

Douleur. — La douleur est un symptôme inconstant; elle n'apparaît que tardivement et elle marche de pair avec le développement d'une *cystite*. Mais, quand elle se manifeste, elle acquiert bien vite une haute intensité qui peut devenir une indication d'intervention. Elle occupe l'hypogastre ou la région du col, elle s'irradie vers les organes génitaux externes ou même vers les membres inférieurs; elle redouble au moment et principalement à la fin des mictions, surtout si la tumeur occupe le voisinage du col vésical. Elle peut devenir alors plus violente que dans aucune autre affection, et une cystite extrêmement douloureuse survenant chez un vieillard, non entretenue par une rétention incomplète d'urine ou par une tuberculose, surtout lorsqu'elle n'est pas calmée par le traitement approprié, doit être tenue pour suspecte. En dehors des accidents de cystite ou des phénomènes de rétention d'urine par caillots, les douleurs sont tardives et généralement symptomatiques de compressions nerveuses péri-vésicales, indiquant une tendance du néoplasme à la généralisation.

Rétention d'urine. — La *rétention complète* d'urine est rare dans les néoplasies vésicales: il faut pour cela que la tumeur bouche hermétiquement l'orifice de vessie, ou que celle-ci contienne une quantité de sang coagulé telle qu'elle en soit complètement remplie. Le plus souvent, la rétention est *brusque et intermittente*, due à l'obturation passagère du col par un caillot sanguin ou une tumeur à long pédicule, qui flotte pour ainsi dire dans la cavité vésicale. Cette rétention est presque toujours très douloureuse. Parfois, chez les vieillards et les individus affaiblis, la vessie, fatiguée de lutter contre des crises de rétention répétées, se laisse distendre, et la rétention fait place à l'*incontinence par regorgement*. L'*incontinence vraie* dernière ne se montre guère que quand le col a été envahi et détruit par la néoplasie.

L'*odeur infecte des urines* n'a pas, au point de vue du diagnostic, l'importance considérable que lui accordaient les anciens; elle peut résulter du sphacèle du néoplasme; mais souvent elle n'est que la conséquence d'une cystite pseudo-membraneuse ou ulcéreuse concomitante. En tout cas, elle indique toujours un danger imminent et appelle une intervention d'urgence ou au moins l'application de mesures de désinfection du réservoir urinaire.

Signes physiques. — En dehors de certains cas très rares où il existe un prolapsus de la tumeur (d'ordinaire pédiculée) à travers l'urètre et où par conséquent elle est visible à l'œil nu, il faut généralement recourir à d'autres moyens d'exploration dont les principaux sont: le *palper abdominal*, le *toucher rectal, vaginal et vésical* chez la femme, le *cathétérisme*, la *distension vésicale*

(*) Cité par ALBARRAN, *loc. cit.*, p. 202.

et l'*endoscopie*. Quand leurs résultats sont positifs, ils permettent de localiser les lésions, mais s'ils sont négatifs, il faut bien se garder d'en conclure à l'absence de néoplasme, et les signes physiques doivent, à cet égard, céder le pas aux symptômes fonctionnels.

Quelle que soit la manœuvre employée, il faut commencer par s'assurer de la vacuité de la vessie, puis bien placer le malade dans le décubitus dorsal, les reins à plat sur le lit, les épaules légèrement relevées, les cuisses mi-fléchies. — Le *palper hypogastrique* doit être pratiqué immédiatement au-dessus de la symphyse, en déprimant lentement, progressivement et profondément la région vers le petit bassin. Cette manœuvre seule ne donnera de sensations positives que dans les cas de tumeurs très volumineuses. — Le *toucher rectal* chez l'homme, le *toucher vaginal* et même *vésical* (après anesthésie et d'après la méthode de Simon) chez la femme, pratiqués dans cette même attitude, l'index enfoncé profondément, permettent de sentir les irrégularités, les indurations, ou les bosselures volumineuses du bas-fond vésical; mais pour avoir des résultats bien nets, il faut combiner le toucher rectal ou vaginal au palper hypogastrique. La vessie *vide* est prise entre la main et la pulpe de l'index, qui perçoit les changements de consistance, les irrégularités, les modifications même légères dans l'épaisseur des parois vésicales. Pour bien apprécier ces différences entre l'état normal et l'état pathologique, il faut bien avoir dans le doigt la sensation de souplesse que donne à l'état sain le bas-fond de la vessie; il faut, de plus, explorer la vessie malade en palpant symétriquement les deux côtés.

Les résultats obtenus sont *positifs* ou *négatifs*. Les néoplasmes, dans les cas positifs, donnent alors les résultats suivants: *induration localisée, irrégularités* ou *bosselures* de la paroi, *augmentation d'épaisseur* d'un des côtés de la vessie. L'une de ces constatations suffit au diagnostic de néoplasme; elle peut même renseigner sur sa disposition par rapport au réservoir. Une induration ou une bosselure indique un envahissement, une infiltration des tuniques vésicales; un épaississement est pathognomonique d'une tumeur volumineuse, en général implantée. La seule erreur possible consiste à prendre pour un néoplasme une péricystite fibreuse ou lipomateuse. J'ai vu plusieurs fois le diagnostic devenir assez difficile. — Au contraire, un résultat *négatif* permet de penser à une tumeur petite et limitée à la muqueuse. Ce mode d'exploration fournit donc et des éléments de diagnostic et des éléments de pronostic, car les tumeurs infiltrées sont généralement graves. On devra toujours soigneusement examiner la première miction qui suivra cette manœuvre: elle peut être suivie d'une légère hématurie qui indiquera une friabilité toute spéciale du néoplasme.

Le *cathétérisme* donne des résultats moins précis. Il doit être pratiqué avec des précautions d'asepsie rigoureuse, car les vessies néoplasiques sont toujours dans des conditions de réceptivité parfaites, et nombre d'accidents graves ou mortels ont suivi les tentatives d'exploration. Le cathétérisme se fait au moyen de l'*explorateur métallique*; mais il peut, avec les *instruments en gomme*, donner des sensations de frottement, significatives pour une main très expérimentée. — L'*instrument métallique* introduit dans la vessie moyennement distendue par l'urine ou une solution boriquée suivant son état de septicité, le bec de la sonde est doucement promené sur les faces latérales et surtout au niveau du bas-fond. Le meilleur mode d'exploration consiste à introduire le cathéter jusqu'au fond de la vessie et à le ramener sur les parties latérales et la

face inférieure en le maintenant doucement au contact de la paroi. On peut alors reconnaître une consistance de la vessie plus dure en un point, ou bien éprouver un ressaut sur une surface anormale, ou enfin, dans certains cas, trouver que le col, embrassé dans la concavité de l'instrument, est plus épais d'un côté que de l'autre. Quelquefois ce toucher intra-vésical donne des sensations plus délicates, l'instrument frôle « une étoffe soyeuse » (Guyon). Quand cet examen est négatif (et le fait est fréquent), on combinera le toucher rectal ou le toucher vaginal à l'exploration métallique, on pourra reconnaître ainsi le moindre épaissement vésical. Mais bien souvent toutes ces manœuvres sont négatives, et la vessie contient cependant une tumeur molle, petite ou mobile, fuyant sous l'instrument. De même que pour le toucher rectal, les résultats positifs indiquent en général une tumeur d'un certain volume et d'un pronostic grave, les résultats négatifs plaident en faveur d'un néoplasme de petit volume plus ou moins pédiculé. Les accidents qui suivent cette exploration ont également une importance de premier ordre : on voit parfois une hématurie considérable et inquiétante succéder à un cathétérisme conduit avec une prudence et une délicatesse qui assuraient son innocuité; ce saignement est significatif d'une hématurie vésicale en général néoplasique.

La distension vésicale est un mode d'exploration précieux dans les cas où les résultats du toucher et du cathétérisme sont négatifs. Pour en obtenir un résultat positif, on cathétérise le malade au moyen d'une sonde de Nélaton, et on laisse écouler l'urine contenue dans la vessie. Dès la pénétration de la sonde dans le col vésical, on peut obtenir un premier renseignement : si, en effet, on voit sourdre quelques gouttes d'urine sanguinolente, rose ou rouge, suivies d'un liquide normal clair et limpide, on peut être à peu près certain que le col de la vessie est l'origine de l'hématurie. — La sonde introduite, la seconde manœuvre consiste à distendre lentement le globe vésical avec une solution boriquée à 4 pour 100, puis à laisser ce liquide s'écouler. On peut le voir ainsi devenir légèrement teinté en rose à la fin de l'évacuation, ou même c'est le liquide contenu dans la sonde retirée de la vessie qui présente une teinte sanguinolente. Cette manœuvre est surtout précieuse dans les cas où le malade est observé en plein accès d'hématurie et où le diagnostic est en suspens sur le siège rénal ou vésical de la lésion. A moins d'hématuries rénales profuses, qui peuvent donner le change, ces résultats positifs ont une valeur diagnostique considérable (Guyon).

L'endoscopie vésicale appliquée à la recherche des néoplasmes ne doit pas être indistinctement employée dans tous les cas (voy. fig. 140-144). Elle constitue un progrès considérable dans les moyens de diagnostic dont nous disposons. Nous avons décrit, à propos de l'exploration vésicale (p. 476), son manuel opératoire et ses conditions nécessaires d'asepsie; nous ajouterons ici que dans plusieurs cas difficiles elle a donné des résultats excellents entre les mains de Nitze, Fenwick, Antal, Grunfeld, etc. — La cystoscopie permet, en effet, dans bien des cas, de nous faire reconnaître le siège précis de la tumeur, son volume, sa configuration, ses rapports avec la paroi vésicale. Elle est nécessaire toutes les fois que les symptômes urinaires laissent le diagnostic hésitant entre une lésion rénale et une lésion vésicale, ou lorsque, la lésion vésicale étant admise, les signes fournis par les autres moyens d'exploration physique ne donnent pas de notions précises sur la nature de cette lésion. La cystoscopie donnerait des renseignements insuffisants et même pourrait être contre-indiquée quand

une hémorragie actuelle, tenace, empêche la clarification de la cavité vésicale, quand celle-ci contient de nombreux caillots, qu'il est impossible d'évacuer et qui, par suite, peuvent fausser les données fournies par le cystoscope, quand enfin il existe une cystite intense et très douloureuse, qui risquerait d'être encore aggravée. Son champ s'élargit cependant tous les jours et les résultats qu'elle fournit sont de première importance.

Marche. — Durée. — Terminaison. — Les tumeurs de la vessie évoluent en général avec une grande rapidité : la lecture des statistiques montre que — sauf pour quelques rares tumeurs bénignes — dans la très grande majorité des cas, la durée de la maladie est inférieure à un an⁽¹⁾; dans les meilleures conditions, elle ne dépasse pas une période de huit ans; quant aux tumeurs dont l'évolution dépasse huit ans, elles sont tout à fait exceptionnelles et en tout cas négligeables dans une étude sur la marche générale de ces tumeurs.

Les tumeurs qui évoluent le plus lentement — dans une moyenne de trois et quatre années — sont les tumeurs dites *bénignes* (fibromes, myomes, kystes). Les *tumeurs épithéliales typiques* (à évolution *exogène*), papillome et adénome, ont également une marche relativement lente (moyenne de 5, 4 ans, bien que beaucoup de ces tumeurs, surtout les adénomes, évoluent en moins d'un an) et doivent, par conséquent, rentrer dans le cadre des tumeurs bénignes. Les *tumeurs épithéliales atypiques* (à évolution *endogène*), épithéliomas proprement dits, et les *carcinomes*, ont une marche rapide dans la vessie (moins d'un an, comme nous le disions plus haut) et méritent à juste titre le nom de tumeurs *malignes*. Sous ce titre, il faut également comprendre les *tumeurs conjonctives embryonnaires* (sarcomes et myxomes) dont la durée, quoique un peu plus longue, ne dépasse pas une moyenne d'un an et demi.

En dehors de l'influence exercée sur la durée des tumeurs par la constitution histologique, la *marche* de l'affection peut encore être influencée par quelques autres circonstances telles que la situation du néoplasme, des hémorragies abondantes ou continues, l'apparition d'une cystite. — La *situation du néoplasme*, et principalement son insertion au niveau du col de la vessie, a une importance très grande pour l'évolution des symptômes de la maladie; l'irritation du col vésical se traduit, en effet, par des troubles fonctionnels souvent d'une grande intensité (polyurie, rétention, incontinence d'urine, douleurs pendant et surtout à la fin de la miction, épreintes, tensions) qui hâtent la fin du malade. Sans parler des hématuries qui sont encore plus graves que dans les autres localisations du néoplasme, cette localisation des tumeurs au niveau du col vésical est d'autant plus sérieuse que presque toutes, pour ne pas dire toutes, les tumeurs du col sont des tumeurs déjà malignes de par leur seule constitution histologique (cancers, sarcomes).

La prédominance et la continuité de l'hématurie, la tendance à la formation de caillots sont encore des complications de nature à abrégier la durée de la maladie. L'abondance des hémorragies entraîne rapidement la cachexie. A cet égard, une tumeur bénigne, mais très vasculaire, aussi bien qu'une tumeur maligne, peut évoluer avec une effrayante rapidité. La coagulation du sang dans la cavité vésicale peut être grave, soit en déterminant des accidents répétés de rétention d'urine, soit en amenant une anurie complète par la solidification en masse du sang à l'intérieur de la vessie.

⁽¹⁾ CLADO, *Tumeurs de la vessie*. Paris, 1895.