

Enfin la *cystite* est une complication redoutable dont l'apparition constitue presque une phase inévitable de l'évolution des tumeurs de la vessie. Elle modifie considérablement la symptomatologie de ces tumeurs et en précipite la marche et la terminaison. En effet, à partir du moment où l'altération des urines se produit et où éclatent les douleurs caractéristiques de la cystite, l'état général commence à s'altérer. La fièvre s'établit, les malades maigrissent, puis se cachectisent et enfin ne tardent pas à succomber. A la cystite viennent s'ajouter habituellement des accidents d'*urémie* plus ou moins aiguë avec ou sans lésions rénales. L'*urémie* peut résulter d'un simple obstacle à l'acte physiologique de la miction (accumulation de caillots dans la vessie, obstruction du col par le néoplasme lui-même ou par un fragment détaché de sa surface, hydronéphrose, par occlusion de l'orifice vésical de l'uretère). Mais elle peut résulter aussi d'une *néphrite* intense, arrivant à désorganiser le rein dans un court espace de temps. Et nous avons vu que les néphrites (aiguë, interstitielle, purulente) ne sont pas rares au cours des néoplasies vésicales.

La *cachexie cancéreuse* est exceptionnelle dans ces néoplasies pour cette raison bien simple que les accidents graves d'*urémie* ou de cystite infectieuse, en précipitant le dénoûment, ne lui donnent pas le temps d'entrer en scène. Le plus souvent, ce qu'on prend pour de la cachexie n'est autre que de l'*anémie aiguë* provenant d'*hématuries* plus ou moins abondantes et répétées. Ces hématuries hâtent au moins autant que la cystite le dénoûment de la maladie. Quant à la mort par *extension du néoplasme* aux parties voisines (uretères, urèthre) ou par *généralisation*, elle est rare, car elle n'a pas le temps de se produire, le malade étant généralement, comme nous l'avons vu, emporté par les complications causées par le néoplasme encore localisé.

Disons enfin que la *guérison spontanée* qui a été observée est exceptionnelle. On l'a notée dans certains cas de tumeurs bénignes (papillomes, fibromes, myomes) pédiculées qui se sont détachées d'elle-même et ont pu être expulsées par l'urèthre. Schuchardt (1) rapporte même un cas de guérison spontanée d'une tumeur vésicale maligne inopérable. En tout cas, il ne faut jamais compter sur cette éventualité lorsque se pose la question du traitement à appliquer à ces tumeurs.

**Diagnostic.** — Grâce à la précision donnée aux symptômes fonctionnels, le diagnostic des tumeurs de la vessie est devenu possible dans le plus grand nombre des cas. L'endoscopie vésicale a reculé encore les limites des cas latents, et enfin l'exploration par l'urèthre dilaté chez la femme et par le périnée chez l'homme peuvent être de bons moyens de reconnaître un néoplasme vésical. Toutefois, ces deux dernières manœuvres n'ont que des indications extrêmement rares (2).

En général, le malade atteint d'une tumeur vésicale se présente avec des symptômes d'*hématurie*, si bien que notre premier soin doit être de chercher le diagnostic dans les allures mêmes de ce symptôme. Nous ne pouvons passer ici en revue toutes les affections de la vessie qui peuvent donner lieu à des hématuries même prolongées et répétées. Nous plaçant au point de vue pra-

(1) SCHUCHARDT, *Deutsche med. Woch.*, 27 février 1896.

(2) Fenwick a comparé les résultats de la cystoscopie et de la boutonnière périnéale comme moyens de diagnostic. Sur 45 cas la cystoscopie n'a donné de résultats négatifs que deux fois, la boutonnière périnéale, au contraire, 14 sur 45.

tique la première question à nous poser en face d'un de ces cas, est de savoir si l'hématurie est *d'origine rénale* ou *d'origine vésicale* : c'est là que réside toute la difficulté. Nous avons vu, à propos des *tumeurs du rein*, qu'elles saignent d'une façon précoce, abondante, répétée, que leurs hémorragies ne sont influencées ni par le mouvement ni par le repos. On retrouve là tous les caractères que nous avons signalés de nouveau dans les tumeurs vésicales. C'est à l'*exploration directe* de la vessie et du rein qu'il faudra tout d'abord recourir. Suivant que l'on trouvera une induration ou un épaissement du col ou du réservoir vésical, ou, au contraire, une augmentation du volume du rein, le diagnostic de l'origine de l'hématurie s'imposera. Cependant j'ai publié un cas où malheureusement les deux signes coexistaient (1). Mais c'est là un fait exceptionnel. Le problème devient plus difficile encore si, en face de cette hématurie, l'exploration directe de la glande rénale et celle de la vessie restent négatives. L'étude des *caillots* et de leur *mode d'évacuation* pourra alors fournir des signes importants, parfois pathognomoniques au point de vue de la source de l'hémorragie. Lorsqu'il y a émission de *caillots minces, très longs*, « lombricoïdes », et que *cette émission a été précédée de colique néphrétique*, on peut affirmer à coup sûr que ce caillot a été formé dans l'uretère et par conséquent que l'hémorragie provient des voies urinaires supérieures. Cependant il faut bien savoir qu'il est souvent nécessaire de pratiquer des examens répétés des urines avant d'obtenir de ces caillots caractéristiques. Ce n'est que quand leur absence aura été constatée à plusieurs reprises qu'il faudra enfin recourir à la distension vésicale, qui provoquera une hémorragie et indiquera sa source dans la vessie. L'*endoscopie* est un moyen précieux de diagnostic qui permet, dans les cas difficiles, de trouver le point de départ de l'hématurie, soit en examinant l'orifice des uretères, soit en explorant le champ vésical. Il donne vraiment la certitude diagnostique et j'avoue que depuis son emploi judicieux j'ai laissé de côté nombre des autres signes.

Il est rare qu'en mettant en œuvre tous ces moyens d'exploration on n'arrive pas à faire le diagnostic d'hématurie vésicale. Reste à déterminer la *nature de la lésion*. Dans la grande majorité des cas, ce diagnostic est possible. Certaines formes de cystite, les calculs et la tuberculose sont, il est vrai, des affections vésicales hématuriques, mais la *cystite aiguë*, avec hémorragies, est surtout consécutive à la blennorrhagie; dans ces cas, l'étiologie même empêchera la confusion. S'il s'agit d'une *cystite chronique* avec péricystite, l'erreur est possible; mais dans les cystites, la douleur spontanée ou mictionnelle a précédé dès longtemps l'hémorragie, tandis que ce phénomène est l'accident primitif des néoplasmes. Les allures de l'hématurie diffèrent également dans les cystites; elles sont subcontinues, au lieu d'avoir lieu par crises. Enfin le traitement jugera la question dans la majorité des cas. — La *tuberculose* s'accompagnant, elle aussi, d'hémorragies et d'induration de la vessie pourrait donner le change. L'allure de la maladie est en général différente. La tuberculose frappe des sujets jeunes, s'accompagne pendant longtemps de fréquences de la miction avant l'apparition des hématuries, et, quand celles-ci se montrent, il est bien rare qu'elles soient abondantes; elles diminuent d'intensité à mesure que la maladie s'aggrave, et, presque toujours, au moment de leur apparition, on trouve d'autres signes de tuberculose. Enfin la recherche des bacilles, l'inoculation aux animaux constituent des moyens de diagnostic qui tendent à entrer dans la pratique courante.

(1) TUFFIER, Académie de médecine, 1891, et *Arch. gén. de méd.*, 1891, t. XXVIII, p. 5.

Les *calculs* donnent lieu à des hématuries si nettement influencées par le mouvement et le repos prolongés, les douleurs qui les accompagnent sont si spéciales, qu'il n'y a pas lieu d'y insister. — Mais la coïncidence d'un néoplasme et d'une pierre devient plus embarrassante. J'ai vu un de ces cas. L'ensemble des signes fonctionnels et surtout l'hématurie étaient ceux d'une tumeur et le cathétérisme, à mon grand étonnement, me fit trouver un calcul mobile. La lithotritie fut pratiquée, mais, 8 mois après, les hématuries néoplasiques reparaissaient; le néoplasme devint évident au toucher; le cathétérisme explorateur me donna d'ailleurs des renseignements qui suffirent à lever tous les doutes. Mais il faut bien savoir qu'il n'en est pas toujours ainsi et qu'une incrustation des parois de la tumeur, par exemple, peut donner le change à l'instrument métallique : la sonorité faible, la fixité du calcul, la sensation de corps étranger mou à son voisinage sont autant de signes différentiels qui finiront par indiquer une tumeur au lieu d'un calcul. L'endoscopie lèvera les doutes.

Certaines formes d'*hypertrophie de la prostate* s'accompagnent d'hématuries abondantes par congestion; ce n'est que la constatation de cette hypertrophie et l'influence du cathétérisme qui permettront le diagnostic. La confusion est possible, et dans un cas, jusqu'à l'intervention dans laquelle on enleva le lobe moyen de la prostate pour une tumeur de la vessie, l'erreur persista : il fallut l'examen microscopique pour éviter l'erreur.

Il est évident que tout ce que nous venons de dire est susceptible d'exceptions et qu'il existe des faits où les difficultés du diagnostic deviennent extrêmes. Il est certain, par exemple, qu'il existe des hématuries dont nous ne connaissons pas les causes, qui peut-être se rattachent à des varices du col de la vessie : ce sont là cependant des cas exceptionnels dont la discussion ne peut trouver place ici. En tout cas nous possédons aujourd'hui un moyen très simple de nous renseigner, dans la très grande majorité des cas et alors que tous les autres procédés d'exploration sont restés inefficaces, sur l'existence — et souvent même sur la nature — d'une tumeur vésicale : je veux parler de la *cystoscopie*.

La tumeur de la vessie étant reconnue, on peut, dans certains cas, aller plus loin encore, affirmer la nature du néoplasme, son siège, ses connexions avec la vessie. Lorsque dans les symptômes fonctionnels on trouve une *hématurie terminale*, le néoplasme occupe généralement le *voisinage du col*. C'est par le toucher rectal ou vaginal que les connexions de la tumeur peuvent être reconnues. Toutes les fois que l'on sent une *plaque indurée* infiltrant la paroi vésicale, on peut affirmer la *nature maligne* de la tumeur. Au contraire, les cas où le toucher, la palpation et le cathétérisme sont le moins fertiles en renseignements correspondent à des tumeurs bénignes et en tout cas à des néoplasmes qu'il sera possible d'extirper en totalité. Mais c'est surtout, je le répète encore ici, à la *cystoscopie* qu'il faudra recourir pour avoir les meilleurs renseignements sur la situation, le volume, la forme des tumeurs de la vessie. Quant à la valeur de cette méthode pour la détermination de la variété histologique d'un néoplasme vésical, « il faut bien avouer que dans la majorité des cas elle ne peut fournir que des données incertaines. — Il est pourtant des circonstances où cet instrument peut être utilisé avec avantage en vue du diagnostic de la nature de la tumeur. C'est ainsi que dans le cas de *petites tumeurs solitaires pédiculées*, il permet de poser avec probabilité le diagnostic de polype bénin. Il est encore

possible, au moyen du cystoscope, de diagnostiquer le *myome* lorsqu'il se présente sous la forme d'une tumeur amplement sessile à surface lisse ou longuement lobulée, recouverte d'une muqueuse vésicale d'apparence normale et existant seule dans la cavité de la vessie<sup>(1)</sup>.

On a même pu reconnaître par l'endoscopie des *kystes* de la vessie, mais il faut avouer que ce diagnostic est entouré de difficultés, et ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'il peut être établi.

**Pronostic.** — Les tumeurs de la vessie sont toujours graves, quelle que soit leur forme histologique : les tumeurs dites *bénignes* entraînent aussi infailliblement la mort du malade — si on n'intervient pas — que les tumeurs *malignes*. Celles-ci, en l'espèce, méritent leur nom parce qu'elles évoluent avec beaucoup plus de rapidité et en s'accompagnant de symptômes beaucoup plus intenses.

Le pronostic, dans bien des cas, tire des indications précises du *siège* de la tumeur : une tumeur située vers le fond, le sommet ou l'une des parois latérales de la vessie évolue plus lentement et moins douloureusement qu'une néoplasie du col vésical. Mais l'*infiltration* et l'*adhérence* sont les deux constatations les plus défavorables.

Ce sont surtout les *complications* qui assombrissent le pronostic : la plus grave est sans contredit la *néphrite* qui, sous quelque forme qu'elle se montre, entraîne à bref délai la mort du malade. La *rétenion d'urine* amène tôt ou tard l'*urémie*. La *cystite*, quoique redoutable, ne comporte pas un pronostic fatal. En résumé le pronostic doit être déduit de la coordination des symptômes et de leur gravité plutôt que de la nature même de la néoplasie vésicale (Clado).

**Traitement.** — Les néoplasmes de la vessie conduisent par leur évolution à une mort presque certaine; ils ne se généralisent que tardivement et dans des cas exceptionnels; c'est par *hémorragie*, par *urémie*, par *infection* qu'ils tuent les malades. Tels sont les facteurs qui doivent dominer toute l'histoire de leur thérapeutique. Les résultats définitifs de ce traitement sont encore à l'étude, et malgré les progrès accomplis, la chirurgie est bien loin d'avoir dit son dernier mot à leur endroit. Voyons d'abord quels sont les moyens dont nous disposons pour les combattre; nous en chercherons plus tard les indications et les contre-indications. — L'incision et le drainage de la vessie constituent la meilleure *méthode palliative*, car la simple sonde à demeure est généralement insuffisante contre les accidents d'hématurie; elle ne met pas la vessie au repos. L'ablation du néoplasme est la seule *méthode curative*.

I. TRAITEMENT PALLIATIF. — Le traitement palliatif a pour but de mettre un terme à certains accidents graves, tels que l'hématurie et la douleur. L'incision du corps de la vessie et le drainage consécutifs de la cavité vésicale s'effectuent chez l'homme soit par le périnée, soit par l'hypogastre. Chez la femme, on a le choix entre la boutonnière vésico-vaginale ou la taille hypogastrique.

La *boutonnière périnéale* consiste dans l'incision de l'urèthre membraneux suivie de la dilatation à l'aide du doigt de la portion prostatique de l'urèthre et du col de la vessie. La *taille hypogastrique* sera décrite plus loin dans tous ses détails (voy. p. 680). La *boutonnière vésico-vaginale* consiste dans une incision médiane et antéro-postérieure comprenant la cloison vésico-vaginale préalablement tendue au moyen d'un cathéter ou distendue par une injection. L'incision

<sup>(1)</sup> CLADO, *loc. cit.*, p. 460.

doit avoir 4 ou 5 centimètres de longueur, elle peut être suivie d'une suture réunissant la muqueuse vaginale à la muqueuse vésicale afin de border la plaie d'un épithélium qui assure la permanence de la fistule.

Le choix entre ces diverses méthodes, après avoir fait l'objet d'appréciations et de discussions nombreuses, qui n'ont plus guère aujourd'hui d'intérêt, semble facile. Chez l'homme, la *boutonnière périnéale* et la *taille hypogastrique* ont donné à peu près la même mortalité opératoire, mais cette dernière présente l'immense avantage de laisser voir les lésions et de permettre toujours de transformer une opération palliative en opération curative; elle assure un drainage parfait. Sa seule infériorité consiste dans la difficulté de porter un appareil collecteur de l'urine, mais c'est là une difficulté de peu d'importance et qui disparaîtra devant les perfectionnements techniques apportés chaque jour à ce desideratum. Les seuls cas qui paraissent justiciables de la taille périnéale sont ceux dans lesquels le néoplasme occupe le segment supérieur de la vessie; cette indication est toute théorique, car deux fois en pareilles circonstances j'ai traversé sans encombre et avec un résultat très satisfaisant des néoplasmes ainsi localisés. Je considère donc chez l'homme la taille hypogastrique avec drainage permanent comme la méthode de choix. La boutonnière périnéale sera réservée aux cas où la débilité du malade ne permettra qu'un minimum de traumatisme, aux néoplasmes dont l'étendue et l'infiltration ne laisseront aucun doute sur l'impossibilité certaine d'une ablation, surtout si la paroi abdominale est très épaisse et nécessite par ce fait même une longue incision.

II. TRAITEMENT CURATIF. — De même que pour la chirurgie des tumeurs en général, la seule méthode de traitement capable d'arrêter l'évolution d'un néoplasme vésical, c'est l'extirpation. Cette opération comprend deux temps, l'un qui consiste à *aborder* la tumeur, l'autre à en faire l'*extirpation*.

1° *Aborder la tumeur*. — Les procédés opératoires qui permettent d'aborder la tumeur doivent être envisagés chez l'homme et chez la femme. Chez l'homme, trois voies permettent d'arriver sur le néoplasme : la voie naturelle, voie *urétrale*, la *taille périnéale*, la *taille hypogastrique*.

*Voie urétrale*. — Attaquer une tumeur à travers le canal de l'urètre est possible sans agir à l'aveugle. L'*endoscopie vésicale* a permis à nombre d'auteurs d'enlever ainsi de petites tumeurs. Il est certain que, pour de très petits néoplasmes pédiculés, cette voie permet à un opérateur expérimenté de les aborder avec une pince spéciale si leur siège est bien déterminé. Malheureusement l'endoscopie ne permet que bien difficilement l'observation de larges tumeurs et l'on peut être exposé ainsi à enlever une simple végétation d'un néoplasme assez large. C'est donc à titre exceptionnel qu'une pareille méthode peut être admise. Le dernier cystoscope opérateur de Nitze est remarquable à cet égard.

La voie *périnéale* a été défendue par Thompson; elle consiste en une boutonnière qui permet d'aborder le col vésical, puis le doigt, introduit dans la vessie, sent et explore la tumeur qui est enlevée au moyen d'appareils de formes et de courbures aussi ingénieuses que variées. Ce procédé perd chaque jour du terrain; il a contre lui la difficulté d'aborder la vessie profondément située, l'impossibilité de voir des lésions, l'étroitesse du champ opératoire. Si le sujet est gras ou la prostate hypertrophiée, l'épaisseur du périnée empêche l'abord même du col vésical, l'index enfoncé jusqu'à la garde dans la plaie ne touche le corps de la vessie que par son extrême pulpe, il est plus ou moins

serré dans la plaie, il sent difficilement une tumeur molle de petit volume, et si les grosses masses peuvent être ainsi rencontrées, les petites tumeurs multiples passeront inaperçues; en tout cas il est impossible d'apprécier l'étendue des altérations. Peut-être reviendra-t-on vers cette voie pour l'exérèse complète par résection de certains néoplasmes du col et du bas-fond, mais en ce moment elle est abandonnée; même dans les cas où la tumeur occuperait le plafond vésical, je lui préférerais la taille sus-pubienne.

La *voie hypogastrique* est la voie d'élection. La taille simple ou compliquée de résection du pubis, suivant le procédé d'Helferich, ou même avec symphysectomie telle que je l'ai conseillée et pratiquée le premier, suffit dans tous les cas à aborder une tumeur, quels que soient son siège et ses dimensions. Le manuel opératoire en sera exposé au chapitre *Des opérations qui se pratiquent sur la vessie* (p. 680). Qu'il s'agisse de tumeur, de cystite ou de calcul, l'incision sus-pubienne est la même.

Chez la femme, la voie *urétrale* semble plus souvent indiquée, étant donnée la dilatabilité considérable du canal. On peut en effet facilement porter lentement et progressivement cette dilatation jusqu'à 2 centimètres (Simon), 2 centimètres 1/2 (Spiegelberg), 5 centimètres (Pozzi), sans accident ultérieur. Il suffit pour cela d'introduire une série de mandrins ou de dilateurs. On peut ainsi explorer les limites de la tumeur et en faire l'exérèse; toutefois, cette méthode n'est guère applicable qu'au curettage des larges tumeurs infiltrées — c'est alors un traitement palliatif — et aux petites tumeurs polypeuses à pédicule grêle, faciles à tordre ou à arracher. En dehors de ces exceptions, c'est à l'*incision vaginale* ou à la *taille sus-pubienne* qu'il faut recourir. — Dans le premier cas, on incise simplement la paroi vaginale et l'on cherche à attirer la muqueuse vésicale du côté du vagin. Cette opération est simple, facile à exécuter. La voie vaginale permet d'aborder le néoplasme, mais elle donne un champ opératoire trop resserré qui gêne l'extirpation; aussi est-elle indiquée dans le traitement palliatif, bien plus souvent que dans le traitement curatif. Cependant, lorsqu'un examen précis aura permis de limiter exactement le siège et l'étendue du néoplasme, si l'opérateur est bien décidé à pratiquer la résection vésicale, l'attaque de la tumeur par la cloison vésico-vaginale et la dissection large de toute la région péri-néoplasique peuvent faire de cette méthode la méthode de choix. Mais il faut avoir à sa disposition un vagin large, à parois relâchées, et une tumeur manifestement unique et de moyen volume.

La *taille hypogastrique* reste dans tous les autres cas le procédé d'élection: elle permet d'explorer toute la muqueuse vésicale, de faire facilement l'extirpation des néoplasmes et de combler par une suture les brèches faites à la muqueuse.

2° *Extirpation*. — Reste à étudier maintenant le second temps de l'intervention: l'*exérèse du néoplasme*. L'*arrachement*, le *curettage*, la *cautérisation*, l'*extirpation au bistouri* ont été successivement employés. Quelle que soit l'incision vésicale qui ait permis d'aborder la tumeur et quelle que soit la nature de cette dernière, on peut se trouver en présence de deux formes différentes: la tumeur est *pédiculée* ou elle est *implantée*. Si elle est *pédiculée*, l'*arrachement par torsion* nous paraît un procédé bien brutal, l'*écrasement au moyen d'un serre-nœud* est un progrès, mais la méthode de choix nous paraît être l'*incision* cernant le pédicule et l'*extirpation*, comme nous la pratiquons pour un molluscum de la peau, avec suture consécutive de la muqueuse et des différentes tuniques exci-

sées. J'ai étudié la physiologie de la réparation de la plaie intra-vésicale en pareils cas<sup>(1)</sup> et j'ai pu montrer avec quelle rapidité elle s'effectuait et combien le passage des fils dans la muqueuse avait peu d'importance. Les succès opératoires et les résultats éloignés du traitement des tumeurs bénignes de la vessie sont tous en faveur de l'extirpation complète du néoplasme. — Si la tumeur est largement implantée, ou si elle infiltre les tuniques vésicales, elle est en général de nature maligne. L'extirpation du néoplasme par l'écraseur ou par le curetage suivie de cautérisation détruit la plus grande étendue du tissu pathologique, mais elle ne peut prétendre qu'à un succès relatif; c'est un traitement palliatif. L'extirpation complète par dissection des tuniques vésicales autour du néoplasme est la méthode de choix : elle s'impose d'autant plus que la généralisation et l'envahissement ganglionnaire sont relativement tardifs dans ces tumeurs, et qu'une extirpation complète permettrait d'espérer une cure radicale. Malheureusement, le siège des néoplasmes défend souvent ce mode d'extirpation, et les résultats obtenus par les résections vésicales sont loin d'avoir encore donné ce qu'ils promettaient, sauf dans le cas de Pawlick<sup>(2)</sup>. Toutefois la question est encore à l'étude, et il est probable que les perfectionnements progressifs de la technique opératoire permettront d'arriver à de meilleurs résultats.

Le siège des néoplasmes dans le trigone vésical, à l'embouchure des uretères, ne permet que difficilement de réséquer la vessie. Tout d'abord on manœuvre difficilement autour du col caché sous la symphyse, c'est pour cela que nous avons préconisé pour certains cas la symphyséotomie. Les lésions de l'orifice urétéral ou du col de la vessie peuvent avoir de sérieux inconvénients, et pour arriver à dépasser les limites de l'infiltration latente il est nécessaire de pratiquer de larges brèches. Il est vrai que les assertions de Novarro, de Rasidmonsky, les recherches que nous-mêmes avons publiées<sup>(3)</sup>, sont encourageantes à cet égard, puisqu'elles démontrent l'innocuité de ces plaies, la rareté des rétrécissements de l'uretère après sa section et la suture difficile, mais possible, de ce conduit. L'infiltration de la plaie par l'urine normale n'a pas la gravité qu'on lui attribuait. Toutefois ces résections vésicales ajoutent notablement à la mortalité opératoire. Quant à la fréquence et à la rapidité des récidives après l'opération ainsi pratiquée, les faits sont encore trop peu étudiés pour être significatifs. Les malades de Antal, de Czerny et de Bardenheuer, opérés pour des cancers en nappe infiltrant une grande partie des parois vésicales, ont récidivé rapidement; au contraire, le malade dont j'ai publié il y a quelques années l'observation<sup>(4)</sup> est resté sans récidive, car il s'agissait d'un papillome. Connaissant les moyens d'aborder et d'enlever les tumeurs vésicales ou d'atténuer leurs symptômes, voyons, au point de vue pratique, quand et comment nous agirons.

**Indications opératoires.** — Les indications du traitement de ces néoplasmes sont tirées des accidents mêmes qu'ils présentent. En général, l'hématurie est le symptôme dominant qui trahit la présence de la tumeur. Dès que le diagnostic est confirmé, l'intervention me paraît s'imposer, et cette intervention est d'autant plus pressante que l'examen du malade permet de reconnaître un néoplasme de petit volume, et sans infiltration de la paroi. Les douleurs et l'apparition d'une

(1) TUFFIER, Société de biologie, 1890.

(2) PAWLICK, Congrès international de Berlin, 1890, 8<sup>e</sup> séance.

(3) Voy. DIETZ, Thèse de Paris, 1890.

(4) TUFFIER, Annales génito-urinaires, 1892, p. 25.

cystite deviennent également des indications d'interventions actives, puisque l'incision vésicale est seule capable de mettre un terme à ces accidents et permet d'espérer l'ablation de leur cause. Les bénéfices de l'opération comparés aux chances infinies de mortalité, chez un sujet qui n'est pas encore débilité par des hémorragies répétées ou des douleurs intolérables, me paraissent indiscutables.

1<sup>o</sup> Les indications du traitement curatif et du traitement palliatif peuvent être ainsi posées : La tumeur reconnue, l'opérateur doit rechercher ses connexions; — si les parois vésicales ne sont pas envahies dans une très large étendue, si des lésions de l'appareil rénal ne sont pas menaçantes à bref délai, c'est le traitement curatif qu'il faut poursuivre, quitte à se rabattre sur le traitement palliatif en cas d'impossibilité matérielle d'extirpation : pour cela, l'incision sus-pubienne chez l'homme, la taille vaginale chez la femme, si la tumeur est unique ou de petit volume, l'incision hypogastrique en cas contraire, permettront d'aborder la lésion; — si la tumeur est polypeuse, on pratiquera l'extirpation avec l'anse d'un serre-nœud, ou mieux par la dissection du point d'insertion avec réunion de la muqueuse par des points de catgut; — si le tissu pathologique est implanté, s'il fait corps avec les tuniques vésicales, la dissection péri-néoplasique loin de la base de la tumeur est encore la méthode de choix; — si sa situation près du col en rend l'abord difficile, on pourra recourir à la résection du pubis (Helferich, W. Koch) ou à la symphyséotomie (Tuffier), qui élargiront le champ opératoire.

La trop grande étendue des lésions autour de l'uretère, malgré leur cathétérisme préalable, pourrait-elle faire craindre une lésion de ces conduits, on s'adressera à l'arrachement au moyen des pinces coupantes, à l'abrasion au moyen de l'anse galvanique, puis on cautérisera énergiquement le pédicule avec la boule du thermo-cautère; on pourrait même injecter à ce niveau du chlorure de zinc ou de l'hydrate de chaux, dont l'action sclérogène est actuellement vantée. Ces différentes manœuvres donnent toujours un écoulement sanguin, assez faible il est vrai, mais dont certains sujets très anémiés ne peuvent faire impunément les frais. On se contentera alors du drainage par l'hypogastre, qui mettra un terme aux hémorragies.

La tumeur enlevée, on est en présence de deux plaies, l'une constituée par l'incision vésicale, l'autre par la perte de substance due à l'ablation du néoplasme. Pour cette dernière, la conduite à tenir paraît très simple : il faut suturer la plaie faite au bistouri toutes les fois que les lèvres se rapprochent facilement. Le catgut fin nous a donné expérimentalement et cliniquement de très bons résultats. Si au contraire cette perte de substance a été faite au fer rouge ou si elle n'est pas suturée, sa réparation se fait par seconde intention suivant un processus que nous avons étudié (Société de biologie, 1890). L'incision vésicale hypogastrique ou vaginale doit être fermée complètement ou partiellement, pour permettre alors le drainage de la vessie. Dans le traitement palliatif, elle n'est, bien entendu, pas suturée.

L'opération idéale serait de réunir la plaie vésicale par une double suture, puis de réunir les muscles et la peau de l'hypogastre sans drainage. Peut-être même dans certains cas particulièrement favorables pourrait-on supprimer la sonde à demeure, qui s'impose dans toutes les autres circonstances. J'ai été assez heureux pour réussir dans un cas cette opération, et j'ai pu ainsi guérir mon malade en sept jours. Cette manière d'opérer n'est applicable qu'aux exérèses qui sont effectuées sans grosses hémorragies et sans aucun accident.