

## XXVI

### NÉOPLASMES DE LA VESSIE

Les néoplasies de la vessie surgissent soit des couches supérieures, soit aussi de ses parties profondes. Suivant leur origine, elles ont un caractère épithélial, ou bien elles proviennent d'autres types de tissus. C'est ainsi que les tumeurs se formant dans la muqueuse sont des papillomes, des épithéliomes, et des carcinomes, celles provenant des couches musculaires des fibromes et des myofibromes. On peut dire, en général, que les formations de tumeurs les plus fréquentes sont, soit des papillomes, soit des carcinomes. Chez les enfants surgissent des myxomes. Les sarcomes, fibromes, angiomes, adénomes, sont très rares; les dermoïdes, les tumeurs hydatiques et les chondromes, sont rares.

Saenger a établi une classification rationnelle très utile dans la pratique. Il désigne les néoplasies survenant le plus fréquemment aux parois vésicales sous le nom de papillomes, et il distingue en premier lieu le papillome bénin, dit à long pédicule, analogue aux polypes adénoïdes de la muqueuse utérine; deuxièmement, le papillome malin, à pédicule court, à base large, correspondant à l'excroissance en chou-fleur de la portio; troisièmement, le carcinome diffus infiltrant.

Les manifestations provoquées par une tumeur de la vessie varient naturellement beaucoup suivant le siège, la grandeur et le caractère de la néoplasie en question. En outre, il faut aussi prendre en considération que la tolérance de la vessie de la femme est très considérable, et que sa faculté d'adaptation est si grande, que les néoplasies, même très volumineuses, ne font naître que des symptômes très minimes, aussi longtemps qu'elles n'ont pas été modifiées secondairement. Il y a lieu de remarquer à ce propos, que contrairement à ce qui se passe chez le sexe masculin, les hémorragies de la vessie de la femme, même lorsqu'elles se produisent d'une manière spontanée, ne prouvent absolument pas en faveur de l'existence d'une tumeur vésicale, car des hémorragies spontanées considérables sont, comme nous l'avons déjà dit d'autre part, dans les processus inflammatoires, dans l'athéromatose et la phlébectasie, chose fréquente chez la femme.

Les papillomes pédiculés, situés immédiatement dans le voisinage de l'orifice interne, ont des symptômes très caractéristiques. Les papillomes étant entraînés par le jet de l'urine dans le canal, peuvent y rester incarcérés une fois la miction effectuée, de sorte qu'un besoin d'uriner permanent et tourmentant subsiste après évacuation complète de la vessie; en outre, les mouvements de pression et d'étranglement qui sont exécutés par l'irritation peuvent occasionner des hémorragies de ces papillomes. Souvent même ceux-ci sont arrachés à cette occasion.

Le besoin pénible d'uriner subsiste jusqu'au moment où l'urine coulant des urètres a de nouveau rempli la vessie et l'a distendue, dégageant les

papillomes situés sur les bords de l'orifice interne.

Ces papillomes ont habituellement un pédicule très mince, et ont l'épaisseur et la forme d'une feuille, de sorte que, vus au cystoscope, ils ont l'apparence de plantes aquatiques flottantes. Ce qui est caractéristique, c'est qu'on voit très distinctement dans l'image cystoscopique le petit vaisseau s'étendant dans chaque feuille du papillome. Il est par conséquent important de bien observer, parce que le médecin pourrait être amené à prendre pour des papillomes des renflements de la muqueuse un peu plus accentués à l'orifice interne. Ceux-ci ne sont pas pédiculés, non pellucides, et il leur manque l'élément caractéristique, le vaisseau mentionné plus haut.

Le traitement de ces papillomes consiste à les détacher à l'aide de l'anse incandescente du cystoscope à opérations ou, si le pédicule est très mince, de sorte qu'il n'y a pas de raisons de s'attendre à une forte hémorragie, à couper la tige avec les ciseaux et à cautériser le moignon du pédicule avec le galvanocautère, ou enfin, si le papillome est très petit et très tendre, à le brûler tout simplement avec la lampe du cystoscope.

Un observateur expérimenté constatera toujours et dans toutes les tumeurs vésicales, l'existence d'un symptôme commun, c'est un sentiment de lourdeur et de plénitude dans la région vésicale qui se manifeste surtout sous l'influence de la chaleur du lit. C'est là une conséquence de la congestion qu'occasionnent toujours les tumeurs. On peut constater cette congestion au cystoscope aussi bien par la vue des vaisseaux très dilatés que par le fait caractéristique que les hémorragies vésicales, même abondantes, causées par

les tumeurs, s'arrêtent à l'instant même où une ouverture est pratiquée dans la paroi vésicale. Cette hémorragie, due à la stase s'arrête immédiatement, soit par le fait de la décongestion des vaisseaux, soit par la rétraction de la paroi sectionnée.

Un trait distinctif des papillomes malins de la vessie est qu'ils deviennent très promptement nécrosés à leur surface : « La tumeur devient malade », a-t-on l'habitude de dire. Ces nécroses sont généralement recouvertes, tout au moins partiellement, par des incrustations. Une tumeur incrustée est toujours suspecte de malignité. L'expansion de papillomes de ce genre par exulcération ou par incrustation, offre souvent des aspects véritablement bizarres.

Aussi longtemps que ces papillomes sont encore parfaitement délimitables à leur base, le pronostic pour l'opération est toujours favorable. *Nitze* dit que l'opération endovésicale donne tout au moins d'aussi bons résultats que l'opération après ouverture de la vessie.

Les carcinomes avec infiltration de la paroi vésicale peuvent être déterminés assez exactement, soit par la palpation, soit par l'exploration bimanuelle ; d'autre part, ils ont un symptôme caractéristique. En effet, lorsqu'on essaie, en présence d'un carcinome avec infiltration et dès qu'il a atteint une étendue un peu considérable, de distendre la vessie par introduction d'eau, on rencontre une résistance particulièrement forte, régulière, et qui ne peut pas être confondue avec les résistances dues aux contractions de la vessie en état d'inflammation. Ces dernières contractions sont très variables dans leur intensité, et se font sentir par de fortes saccades. La paroi vésicale est devenue abso-

lument inflexible aux endroits où a lieu l'infiltration des carcinomes. Ceux-ci sont caractérisés en ce qu'on peut voir au cystoscope les proéminences irrégulières les plus diverses dans leur forme et leur coloration. Certaines parties isolées sont décomposées, recouvertes de granulations d'apparence sale; des lambeaux d'épithélium sont suspendus à l'intérieur de la cavité vésicale; d'autres parties sont incrustées, et à maintes places on voit des caillots de date ancienne ou récente. L'examen cystoscopique est en général rendu très difficile dans ces cas de carcinomes avec infiltrations, par suite de la diminution d'extensibilité de la vessie, que nous avons déjà mentionnée; parfois il est même absolument impossible. Le diagnostic s'établit par la palpation et l'existence des hémorragies, et, dans les cas favorables, par l'examen microscopique de lambeaux de tissus détachés; le grand âge des malades est déjà par lui-même une présomption en faveur de l'existence d'une tumeur maligne. Lorsque le carcinome est exulcéré à plusieurs endroits, la maladie tourne facilement en cystite secondaire putrescente, de sorte que l'urine évacuée a une odeur putride.

La tendance générale du traitement des néoplasies vésicales sera évidemment opératoire. Jusqu'ici, on a admis le principe qu'il y avait nécessité de procéder à des opérations préliminaires à l'extirpation de tumeurs de la vessie, comme par exemple la dilatation de l'urèthre ou l'ouverture de la vessie par la taille hypogastrique ou la colpocystostomie; maintenant, l'application des opérations cystoscopiques endo-vésicales a gagné beaucoup de terrain, grâce à la construction d'instruments appropriés, et à l'extension de la connaissance des méthodes. *Nitze* étend, comme nous

l'avons déjà dit, l'indication pour les opérations endo-vésicales aussi aux néoplasies malignes en ce qui concerne l'opération radicale; ce point de vue n'est pas accepté par tout le monde. L'école de *Schauta* part de l'idée que ne doivent être traitées par la méthode endovésicale que les tumeurs qui ne sont pas, pour autant qu'on peut le prévoir, de nature maligne, qui n'ont pas atteint une grosseur considérable et ne sont pas implantées dans la paroi vésicale par une base large. *Nitze* ne se préoccupe ni de la grosseur des tumeurs, ni de leur malignité, ni de l'extension de leur base. Il enlève les grosses tumeurs par morceaux à l'aide de l'anse incandescente, et cautérise le reste de la base de la tumeur au galvano-cautère. Il est très content de ses résultats, tant en ce qui touche la promptitude de l'opération, que de ses résultats éloignés.

En ce qui concerne enfin les méthodes d'opérations qui consistent, après la dilatation de l'urèthre, à tirer en avant la tumeur en question, ou à retrousser à travers l'urèthre la partie de la paroi vésicale en question par la pression des doigts et la traction, on doit y opposer tout ce qu'on peut reprocher à la dilatation forcée de l'urèthre; d'autre part on doit faire ressortir tout ce qui, dans ce procédé, est contraire aux principes de la chirurgie, comme par exemple d'opérer sur un terrain que l'on ne peut pas dominer exactement. Cette méthode d'opération ne peut donc plus être admise dans l'état actuel de la science.

Il nous reste encore à traiter la question de l'ouverture de la vessie, soit par la taille hypogastrique, soit par la colpocystotomie. D'une manière générale, il faut préférer la taille, soit à cause de l'étendue du

champ opératoire vésical, soit à cause de la possibilité de pouvoir exécuter de la manière la plus précise les interventions les plus importantes. La colpocystotomie doit être recommandée surtout lorsqu'il s'agit d'extirper une tumeur siégeant au sommet de la vessie.

Le mode d'opération ainsi que de traitement postérieur varient de nouveau suivant la grosseur et la nature de la tumeur. Dans les néoplasmes bénins, on se contente de les détacher par leur base, et de serrer le moignon du pédicule par une ligature au catgut, ou en le cautérisant au Paquelin. Dans les cas de tumeurs malignes, on excise en tout état de cause une partie de la paroi vésicale, à moins qu'on ne préfère réséquer une partie de la paroi. On ferme la plaie consécutive à l'enlèvement de la tumeur, si possible par des sutures. On peut aussi employer pour ces dernières de la soie, étant donné qu'on peut enlever après coup les fils des ligatures avec le cystoscope à opérations, une fois la guérison accomplie. Si la partie occupée préalablement par la tumeur est trop grande pour qu'une réunion des parois puisse être obtenue par des sutures, on emploie le Paquelin, ou bien on tamponne avec de la gaze iodoformée, et on sort les bandes de gaze par la plaie vésicale.

Les tumeurs avec infiltration occupant une grande partie de la paroi vésicale exigent, pour leur excision radicale, la résection de la partie vésicale en question et respectivement l'extirpation totale de la vessie.

En France, on a fait la proposition de procéder comme suit, lorsqu'il s'agit d'une résection partielle de la paroi vésicale : on tire la partie de paroi en question dans la direction de l'intérieur de la cavité

vésicale; on pince une partie saine et on porte les portions malades devant la pince. Puis on ouvre la cavité péritonéale, et l'on fait sur la partie invaginée de la vessie une suture séro-séreuse.

Le traitement postérieur à l'extirpation de tumeurs ou de résections étendues est fait d'une manière différente, suivant chaque école. Tandis que quelques opérateurs font toujours la suture totale de la vessie, lorsque les circonstances le permettent encore, et ne tamponnent ou ne drainent que l'espace prévésical, toute une série d'autres opérateurs ont pour habitude de ne fermer que partiellement la vessie et de recourir au drainage de Dittel, après avoir accompli l'extirpation. Zuckerkandl a déjà mentionné le fait qu'un signe caractéristique d'une prompte récurrence d'une tumeur maligne consiste en ceci : qu'une fistule vésicale ne se ferme que lentement par granulation, même après qu'on a enlevé la douche. Si l'on devait sacrifier des parties de la paroi vésicale antérieure si considérables qu'il ne faille pas songer à la fermer aussitôt après l'opération, on laisse guérir la plaie par granulation ou on fait plus tard une opération plastique.

Les cas dans lesquels une tumeur maligne a envahi les orifices des urètres, ou dans lesquels la tumeur avait son origine primaire vers un orifice d'urètre, nécessitent des précautions spéciales. Il faut alors, d'une part, réséquer la partie de la vessie adjacente à l'urètre, et d'autre part enlever l'urètre même dans ses parties atteintes. *Wertheim* a opéré un cas semblable avec un succès technique absolu, en réséquant l'extrémité de l'urètre avec la partie voisine de la vessie à laquelle il avait enlevé un morceau

de la grandeur d'une pièce de deux francs : la résection se fit en tirant en bas le moignon d'urètre, en rappeissant l'ouverture vésicale par une suture disposée comme les cordons d'une blague à tabac, et en cousant le moignon d'urètre dont les bords sont sectionnés et retroussés sur la plaie vésicale.

Si le moignon d'urètre est devenu trop court pour pouvoir être encore cousu dans la vessie, on le suture avec succès dans le vagin, en fermant complètement la plaie vésicale correspondante et plus tard, s'il n'y a pas de récurrence, on opère la fistule uréthro-vaginale. Parfois, on réussit, par traction partielle de la vessie, à atteindre le moignon d'urètre devenu trop court.

Le mode de détachement des tumeurs est aussi très discuté. Beaucoup d'opérateurs ont l'habitude d'enlever la tumeur avec une anse incandescente, après ouverture de la vessie. Mais la grande majorité d'entre eux sont probablement d'accord avec le principe que l'extirpation devrait être exécutée avec des instruments tranchants (ciseaux, scalpels). L'hémostase a lieu suivant les principes chirurgicaux ordinaires connus. Von Frisch préfère, pour l'extirpation de tumeurs étendues du fond et du trigone, la colpocystotomie, et cite d'excellents résultats obtenus. Il y a lieu, en outre, de savoir ce qu'il faut faire dans les cas où une opération radicale n'a plus de chance de réussir, ou est impossible. Ici on doit satisfaire à deux indications : 1° les troubles subjectifs des patientes doivent être apaisés le plus possible ; 2° on doit assurer le libre écoulement de l'urine, et prévenir une cystite ou éventuellement, guérir une cystite existante, afin que l'infection ascendante soit évitée.

Les symptômes qui effraient surtout les malades,

sont, à part les hémorragies parfois très abondantes provenant des tumeurs, les douleurs lancinantes très violentes. Ce genre de douleurs se distingue essentiellement de celles causées par la cystite en ce qu'elles ne sont pas, comme les douleurs inflammatoires, restreintes à la vessie même, mais qu'elles rayonnent au loin et se font sentir brusquement dans les extrémités inférieures, ainsi que dans la région du bas-ventre. Dans les cas de carcinomes exulcérés et à condition que la vessie soit encore suffisamment tolérante, on prévient les hémorragies en la remplissant modérément d'eau, après l'avoir soigneusement lavée ; puis on cautérise au galvano-cautère, à l'aide du cystoscope à opérations, les parties ulcérées. Après cautérisation de la surface des tumeurs, les douleurs cessent généralement aussi. On peut également détacher les parties protubérantes du carcinome proliférant avec l'anse incandescente ou en la brûlant au galvano-cautère. Comme de cette manière l'irritation produite par le contact avec l'autre paroi vésicale n'existe plus, le soulagement des malades est habituellement très important, et dure assez longtemps. On peut renouveler fréquemment ce mode d'intervention palliative.

Si l'on ne peut plus songer à une intervention endovésicale, à cause de la rigidité ou de l'intolérance des parois vésicales, on établit une fistule vésicale, soit par taille hypogastrique, soit par colpocystotomie, suivant le siège de l'affection. On maintient ces fistules vésicales ouvertes en fixant les parois vésicales par quelques sutures à la paroi abdominale ou à la muqueuse vaginale et en mettant un drain ; il faut toutefois veiller à ce que l'extrémité du drain n'atteigne que juste la cavité vésicale, afin qu'il ne

puisse pas irriter la vessie en pénétrant plus profondément.

Les cystites putrides ne peuvent généralement plus être guéries par intervention endovésicale, même en faisant des lavages désinfectants, de sorte que l'on est obligé de faire une fistule vésicale. La désinfection de la vessie s'opère de la manière la plus complète en rinçant celle-ci avec une solution de pyocétanine. De même, après l'ouverture de la vessie par taille, il est bon de cautériser et de brûler les parties exulcérées avec le thermocautère. Grâce à un traitement de ce genre, on peut rendre quelque peu supportable l'état des malades, jusqu'à la mort, et leur épargner l'usage immodéré de la morphine.

## XXVII

### HÉMORRHOÏDES VÉSICALES

On voit très souvent des veines traverser la paroi vésicale. Au cystoscope, elles se manifestent sous forme de cordons ayant la grosseur d'une plume d'oie, se perdant à leurs deux extrémités dans la profondeur. On découvre surtout fréquemment ces veines, larges et turgescents, chez des individus atteints d'athéromatose générale. On observe aussi parfois de véritables phlébectasies, c'est-à-dire la présence de veines sinusoides, fortes et proéminentes, dans la cavité de la vessie.

Mais on ne peut désigner sous le nom d'hémorrhoides vésicales que ces ectasies partielles de veines, surgissant sous forme de proéminences au-dessus du niveau de la muqueuse vésicale, et qui ont leur siège à côté du vaisseau. Les tubérosités de ce genre apparaissent au cystoscope colorées en rouge, transparentes, en forme de boules; parfois elles ont un noyau non transparent; il est probable que celui-ci est un phlébolithe.

C'est au col vésical que j'ai observé le plus souvent ces tubérosités. Malgré des recherches systématiques, je n'ai pas pu trouver souvent que les phlébectasies de ce genre ou des marisques réels coïncidassent avec la grossesse, comme le disent beaucoup d'auteurs,