

et spécialement sur la lèvre inférieure une saillie plus ou moins prononcée des tissus anatomiques de la région, à laquelle des auteurs comme Mercier, Caudmont, Civiale, ont rapporté un grand nombre de troubles de la miction. Cette saillie a été désignée sous les noms divers de valvule, barre, barrière uréthro-prostatique, rétrécissement du col (Le Dentu). Sans nier son existence, nous ferons remarquer que cette disposition du col vésical est rare. On la trouve par hasard à l'amphithéâtre, et outre qu'il n'est pas prouvé qu'elle soit seule la cause des troubles de la miction, son diagnostic est à peu près impossible du vivant des malades. Nous serons donc très bref sur son histoire.

Les valvules du col peuvent avoir trois origines anatomiques. Elles peuvent être formées d'abord par l'hypertrophie du lobe moyen de la prostate; en second lieu, elles peuvent être constituées par le développement exagéré des fibres musculaires du col; enfin, elles peuvent résulter du soulèvement d'un pli de la muqueuse tendu entre deux saillies de la prostate. La première et la dernière variété sont réelles, et la barrière due à l'hypertrophie prostatique est encore assez fréquente; quant à la seconde variété, elle est très contestable; sa pathogénie s'expliquerait d'après Mercier par les contractions violentes dégénérant bientôt en contracture du muscle cervical; or la disposition du muscle du col n'est pas celle que pensait Mercier et ne se prête pas à son interprétation.

Les symptômes attribués à la valvule du col sont de la douleur continue, de la sensibilité des lobes prostatiques avec irradiation à l'extrémité de la verge, des écoulements muco-purulents, de la difficulté de la miction qui est lente à commencer et se termine par des contractions répétées et inefficaces de la vessie. Mercier a prétendu pouvoir reconnaître l'existence de la disposition anatomique en question avec sa sonde coudée, mais il avoue aussi la difficulté de cette exploration.

Personne ne songe plus aujourd'hui à inciser, exciser, trouer à l'emporte-pièce les prétendues valvules du col, et les instruments de Leroy d'Étiolles, de Mercier restent dans l'arsenal à titre de curiosité.

#### § 15. — Varices de la vessie.

Le développement variqueux des veines de la vessie se rencontre chez les vieux prostatiques à la suite des congestions fréquentes, qui sont la caractéristique de l'évolution de l'hypertrophie de la prostate; on l'observe encore dans les myélites, les maladies diverses, qui deviennent le point de départ de paralysie vaso-motrice, mais ce ne sont pas là à proprement parler de véritables varices. Cette affection est en réalité très rare. Elle coexiste presque toujours avec d'autres dilatations variqueuses, comme un varicocèle chez deux malades de Duplay père, des hémorroïdes chez un malade de Baradue. Les sujets atteints de varices

de la vessie sont en général âgés. L'arthritisme semble jouer ici sur les ectasies veineuses le même rôle effectif que pour les autres veines du corps. Les lésions portent le plus souvent uniquement sur le col, et l'on voit se dessiner de gros bourrelets plus ou moins flexueux, renfermant du sang liquide ou coagulé. La muqueuse qui les recouvre est foncée, ecchymotique; parfois elle est exulcérée et présente des fissures entre les bourrelets hémorroïdaux.

La symptomatologie des varices de la vessie est des plus vagues. En effet, la pesanteur au périnée, les envies fréquentes d'uriner, ne traduisent que les phénomènes congestifs du col, phénomènes communs à un grand nombre d'affections; les hématuries spontanées, abondantes, répétées, n'ont aussi aucune valeur de diagnostic, car on les observe avec tous ces caractères dans les néoplasmes de la vessie; il en est de même des difficultés de la miction, de la rétention d'urine. Cependant, si tous ces symptômes, en particulier les derniers, ne trouvent ni dans le passé du malade ni dans l'état actuel de ses organes une explication rationnelle, on peut songer à l'existence de varices vésicales. Cette présomption approchera de la certitude si on constate chez le sujet des varices sur d'autres régions du corps, en particulier dans la zone génito-rectale, et si les phénomènes morbides (hématurie, rétention) procèdent par crises séparées par des intervalles de santé parfaite.

**Traitement.** — Le traitement est symptomatique, il consiste à remédier à la rétention par le cathétérisme évacuateur, à combattre les hémorragies par les moyens hémostatiques ordinaires. Tillaux dit s'être très bien trouvé des injections froides dans la vessie et le rectum, des bains de siège froids et du massage du col avec les bougies Béniqué. Il attache une grande valeur à ce dernier moyen.

#### § 16. — Tumeurs de la vessie.

La question des tumeurs de la vessie n'est pas nouvelle. Les anciens en avaient des connaissances cliniques assez exactes et même quelques-uns d'entre eux avaient ouvert de propos délibéré la vessie pour en pratiquer l'ablation. Dans ces dernières années cette question a été rajeunie. En effet, le progrès colossal subitement accompli dans leur symptomatologie et du diagnostic des néoplasmes vésicaux. Il est peu de questions chirurgicales qui aient été depuis lors plus fouillées, et longue serait la liste des travaux à énumérer si nous voulions faire l'historique du sujet. Qu'il nous suffise de rappeler les mémoires de Féré en France, de Heine en Amérique, qui ont préparé la voie aux opérations hardies de Thompson en Angleterre, de Bazy, de Guyon dans notre pays. Prenant le mot tumeur dans son acception la plus large, nous con-

fondrons sous cette dénomination tous les néoplasmes susceptibles de se développer primitivement dans le réservoir urinaire.

Les documents manquent pour déterminer d'une façon absolue le degré de fréquence des néoplasmes vésicaux. Il semblerait, d'après l'abondance des faits publiés en Amérique, en Angleterre et en France, que l'affection est plus fréquente dans ces pays qu'en Allemagne, où l'on n'en rencontre dans les journaux et revues qu'un petit nombre d'observations. Cette apparence est peut-être une réalité, car Küssler, sur 8,000 malades explorés dans un laps de douze années à l'hôpital d'Augusta (de Berlin), n'a rencontré que 12 néoplasmes vésicaux, et ils ne représentent que 3,2 p. 100 des affections des voies urinaires. Ils s'observent surtout dans la période moyenne de l'existence de quarante à cinquante ans. On les rencontre en moindre proportion dans la vieillesse et la jeunesse, mais on peut les rencontrer même dans l'extrême enfance. L'homme est plus souvent atteint que la femme de tumeurs primitives, mais il est moins exposé que celle-ci au développement des tumeurs secondaires. Il est probable que l'hérédité a sur le développement dans la vessie des néoplasmes malins son influence ordinaire; cependant Ch. Féré a trouvé un très petit nombre de faits propres à justifier cette hypothèse et il n'a jamais rencontré l'hérédité locale. Le rôle de la constitution est encore un point fort obscur dans l'histoire étiologique du cancer vésical. Il est toutefois incontestable que dans un certain nombre de cas on trouve de la façon la plus nette les traces de la diathèse cancéreuse chez les individus atteints de tumeurs malignes de la vessie. L'influence de la constitution se retrouve aussi parfois dans la production des tumeurs bénignes, telles que les papillomes. En effet, la vessie de certains individus a le fâcheux privilège de voir végéter à sa surface interne un grand nombre d'excroissances charnues, de forme et de volume variables. C'est pour rappeler cette prédisposition que Roberts Hartson a créé la dénomination de maladies villosités de la vessie (*villous disease*). On trouve d'ailleurs dans l'origine embryogénique de la vessie la raison de cette tendance au bourgeonnement de sa muqueuse. Le réservoir urinaire n'est-il pas un vestige de la vésicule allantoïde aux dépens de laquelle se forment les villosités du chorion?

Il n'est pas d'organes où l'influence des causes locales sur l'origine des tumeurs ait été invoquée avec une plus grande apparence de raison. Souvent, en effet, les néoplasmes vésicaux présentent des altérations profondes de la vessie; ils sont atteints de cystite, ils sont porteurs de calculs; parfois ils ont gardé pendant de longues périodes des sondes à demeure, ils ont été soumis à des cathétérismes fréquents plus ou moins offensifs, etc.; bref, les partisans de la genèse du cancer par irritation locale semblent avoir beau jeu. Malheureusement le vieil adage: *post hoc ergo propter hoc*, si sujet à caution, est encore ici en défaut, et l'examen attentif des faits précédents montre que dans l'immense

majorité des cas la cystite, les concrétions calculeuses (phosphatiques) ne sont que la conséquence de la néoplasie vésicale et que l'emploi des sondes, du cathétérisme, a été précisément réclamée par les troubles inhérents à l'évolution de la tumeur. Mais s'il est rien moins prouvé que les irritations locales déterminent la production des néoplasies de la vessie, il semble à peu près hors de doute que ces irritations peuvent faire dévier de son évolution régulière un néoplasme bénin pour le transformer en malin. Les faits nombreux rassemblés par Ricard dans sa thèse (*Contribution à l'étude de la diathèse néoplasique*) donnent un appui sérieux à cette opinion.

Un très grand nombre de travaux ont été entrepris dans ces derniers temps sur la structure des tumeurs primitives de la vessie. Ils ont montré que toutes les variétés histologiques peuvent s'y rencontrer. On y observe en effet parmi les tumeurs bénignes: des papillomes, des myxomes, des fibromes, des myomes; parmi les tumeurs malignes: des épithéliomes, des encéphaloïdes, des squirrhes, des colloïdes, des sarcomes. Additionnant la plupart des faits jusqu'alors publiés, nous avons établi dans notre premier travail sur cette question (*thèse de Doctorat, 1884*) que les tumeurs bénignes étaient plus fréquentes que les tumeurs malignes dans la proportion approximative de deux sur un. Depuis, Clado, appuyant exclusivement ses conclusions sur le seul examen histologique, a rectifié notre opinion et a avancé que les néoplasmes bénins et malins se rencontrent dans des proportions sensiblement égales. Au fur et à mesure que les faits mieux observés se multiplient, il semble même que les tumeurs malignes l'emportent en fréquence sur les tumeurs bénignes. Quoi qu'il en soit de cette question, assurément importante et qui mérite révision, voici, eu égard à leur fréquence relative, dans quel ordre se présentent les tumeurs bénignes: d'abord les papillomes, puis les myxomes et les fibromes à peu près aussi fréquents les uns que les autres, enfin les myomes très rares. On a bien encore signalé au nombre des tumeurs bénignes de la vessie des enchondromes, des adénomes, des kystes hydatiques, des tumeurs dermoïdes; mais leur rareté est extrême. Parmi les néoplasmes malins, on rencontre par ordre de fréquence les épithéliomes, les carcinomes, le squirrhe plus fréquemment que l'encéphaloïde, les sarcomes très rares.

Quelle que soit leur nature, les tumeurs de la vessie occupent surtout l'hémisphère inférieur du réservoir et rarement son hémisphère supérieur. Elles prennent naissance presque toujours sur le bas-fond, le triangle, la paroi postérieure de la vessie, près de l'embouchure des uretères; il est rare qu'elles s'implantent au niveau du col, sur les parois antérieures ou latérales et surtout au sommet. Comme nous l'avons dit à propos de l'étiologie, les tumeurs vésicales sont souvent multiples et leur nombre est parfois considérable. Il est presque toujours en raison

inverse de leur volume, et il n'est pas rare qu'à côté d'une tumeur volumineuse on en rencontre une série de petites constituant comme des graines de néoplasmes futurs. Leur volume est très variable; il en est de petites qui ont la grosseur d'un pois, d'une noisette, d'une noix; d'autres, plus grosses, atteignent le volume d'une mandarine, d'une orange, d'un poing d'adulte. Elles arrivent parfois à remplir toute la cavité vésicale et même à la distendre. En général, quand les tumeurs sont multiples, une seule d'entre elles a un volume considérable.

La configuration toute spéciale des néoplasmes vésicaux est des plus remarquables; elle est indépendante de leur structure histologique, et ce n'est pas là une des moindres raisons qui ont contribué à égarer les anciens auteurs sur leur véritable nature. La grande majorité revêtent à leur surface un aspect irrégulier, végétant soit en gros mamelons lisses ou finement déchiquetés (tumeur en chou-fleur, cauliflower, litre appearance), soit en fines papilles (papillomes), soit le plus souvent en longs filaments flottants dans le liquide à la façon des ramifications des plantes aquatiques (tumeurs villeuses). On a voulu attribuer cette disposition de la surface des tumeurs aux contractions de la vessie, à leur macération dans l'urine qui ravine et effrite leur surface. C'est là une erreur que démontre la continuité du revêtement épithélial à la surface de chacun des prolongements. La raison de ces végétations néoplasiques se trouve dans l'origine allantoidienne de la muqueuse vésicale qui conserve sa tendance au bourgeonnement jusque dans l'état pathologique.

Quelques néoplasmes de la vessie sont durs, résistants au toucher et à la coupe, mais le plus grand nombre sont mollasses, comme fongueux, cérébriformes. C'est encore là un caractère qui a porté les anciens à englober toutes les tumeurs de la vessie sous la même dénomination de fongus.

Les connexions qu'affectent les tumeurs avec la vessie constituent le point le plus important de leur histoire anatomique en raison des applications thérapeutiques qui en découlent. On peut ramener à trois types principaux les variétés nombreuses qu'elles présentent eu égard à leur implantation: elles sont *infiltrées*, *sessiles*, *pédiculées*. Les tumeurs infiltrées occupent une étendue plus ou moins considérable des parois vésicales, et ont comme conséquence inévitable de faire perdre aux tuniques du réservoir leur souplesse normale et de les transformer en coque rigide. Cette variété est rare. Les tumeurs sessiles s'implantent par une base assez étroite qui ne modifie que dans ce point la consistance de la vessie. Elles sont assez fréquentes. Les tumeurs pédiculées s'attachent par un pédicule très étroit qui laisse à peu près indemne la souplesse de la vessie dans toutes son étendue. Ce sont les plus fréquentes.

Infiltrées, sessiles ou pédiculées, les tumeurs vésicales ne se généra-

lisent presque jamais. Les ganglions lymphatiques pelviens et lombaires, quelles que soient l'ancienneté et la malignité histologique des néoplasmes, restent indemnes dans l'immense majorité des cas, car sur deux cent cinquante cas analysés par Clado, cette propagation aux ganglions n'a été notée que quatre fois. Ce fait trouve sans doute son explication dans l'absence de réseaux lymphatiques dans les parois de la vessie (Sappey).

À la longue, les néoplasmes vésicaux, longtemps admirablement supportés par les organes, se compliquent de lésions de voisinage, que nous ne ferons que signaler. La cystite théoriquement considérée comme fréquente est en réalité rare; elle survient, il est vrai, à l'occasion des néoplasmes, mais elle est exceptionnellement déterminée par leur présence seule. Il n'est pas rare de trouver hypertrophiées les parois du réservoir dans les endroits de la dégénérescence. Lorsque la cystite existe et que la composition des urines est modifiée, il peut arriver que les phosphates se précipitent sous forme de boue et de graviers mélangés à l'urine, d'incrustations de la tumeur et des parois du réservoir, ou de calculs libres. Dans les périodes ultimes de la maladie, les reins se prennent et on constate à l'autopsie des lésions de néphrite interstitielle, de pyélite, de pyélo-néphrite suppurées.

Naguère la symptomatologie des tumeurs de la vessie était fort obscure, aujourd'hui elle est des plus nettes grâce à l'étude raisonnée des troubles fonctionnels et à l'emploi de moyens d'exploration fort précieux.

Les symptômes rationnels ont une importance considérable qu'a surtout bien fait ressortir Guyon, et dans l'immense majorité des cas, ils suffisent pour faire affirmer l'existence d'un néoplasme dans la vessie. A en croire certains auteurs, ces symptômes sont fort nombreux, mais il suffit de s'en rapporter à l'observation clinique pour voir que le plus grand nombre d'entre eux n'ont aucune signification dans l'espèce. Ils encombrant la symptomatologie, l'obscurcissent au lieu de l'éclairer; aussi les laisserai-je volontiers de côté; tels sont la difficulté, la fréquence, la douleur des mictions, la rétention ou l'incontinence d'urine, etc.

Les notions vraiment utiles pour le diagnostic se tirent des hématuries, des caractères de l'urine en dehors des crises hématuriques, des douleurs.

L'hématurie est le symptôme dominant des néoplasmes de la vessie; elle manque exceptionnellement, elle en est souvent la première et l'unique manifestation. Son importance est telle qu'il convient d'être instruit sur les moindres détails de son allure. Ces détails sont du reste saisissants. Elle débute brusquement sans cause provocatrice, aussi bien la nuit, le matin, après un repos prolongé, que le jour et à la suite de fatigues diverses. C'est qu'en effet l'exhalation sanguine est d'ordre congestif (Tuffier). Elle ne s'accompagne d'aucune douleur, d'aucune fréquence des mictions et souvent les malades ne s'aperçoivent du phé-

nomène qu'à la coloration des urines. Elle cesse comme elle est venue, tout d'un coup, et cette disposition soudaine « tient de la féerie », suivant l'expression de Féré. Sa durée est en général longue et son abondance très variable. En quelque sorte subintrantes, les hématuries précèdent par accès durant plusieurs jours, des semaines et même des mois. Par tous ces caractères elles se distinguent aisément des hématuries symptomatiques des calculs vésicaux ou des maladies des reins. La symptomatologie n'a rien à attendre de la façon dont le sang se présente dans l'urine : tantôt il lui est intimement mélangé, tantôt il se précipite en caillots plus ou moins volumineux. Lorsque le sang est en petite quantité, il n'est pas rare de le voir se montrer à la fin de la miction, comme si les dernières contractions de la vessie exprimaient la tumeur. Une pareille constatation a, on le comprend, une certaine valeur pour le diagnostic. En dehors des crises hématuriques les urines sont claires, limpides, ne contenant ni mucus ni pus, à moins de cystite concomitante, complication rare et tardive, nous l'avons dit. Parfois elles renferment des fragments de tumeurs, sous forme de masse charnue grisâtre, déchiquetée, et dont l'examen au microscope jette une vive lumière sur le diagnostic.

Le phénomène douleur n'a pas une grande valeur dans l'évolution clinique des néoplasmes vésicaux. Il manque souvent, n'apparaît toujours que très tardivement et est surtout subordonné à l'état de la muqueuse vésicale, au siège de la tumeur (col) et peut-être aussi au tempérament individuel. Thompson accorde cependant une certaine importance à ce signe. Selon l'auteur anglais, la douleur précoce serait en rapport avec le développement d'une tumeur maligne et la douleur tardive avec celui d'une tumeur bénigne. Guyon conteste ces assertions.

Comme nous l'avons déclaré, les signes rationnels révèlent souvent, à eux seuls, l'existence des tumeurs vésicales, mais ils ne font que cela, et tous leurs autres caractères, siège, volume, connexions, leur échappent. Les signes physiques seuls peuvent renseigner à cet égard.

Parmi ces signes je rappellerai seulement pour mémoire l'issue du néoplasme à travers l'urèthre dilaté, accident qui se présente parfois dans le sexe féminin, affirme aux yeux de l'observateur l'existence d'un néoplasme, mais ne fournit aucun renseignement sur son point d'implantation, sa pédiculisation, etc.

Les signes indispensables pour faire ce diagnostic sont fournis : *a*, par la palpation hypogastrique et le toucher rectal ou vaginal isolés ou combinés; *b*, par le cathétérisme vésical; *c*, par l'endoscopie du réservoir; *d*, par une véritable opération permettant l'exploration digitale de la vessie.

Pour retirer de la palpation hypogastrique et du toucher rectal ou vaginal isolés ou combinés tous les renseignements qu'on est en droit

d'en attendre, il faut examiner le patient dans le décubitus dorsal et déprimer lentement, progressivement la paroi abdominale en suivant dans cette dépression le rythme des mouvements respiratoires. La palpation hypogastrique seule ne donne en général que des résultats négatifs, car, ainsi que nous l'avons établi à l'anatomie pathologique, rarement les néoplasmes siègent sur la paroi antérieure et au sommet de la vessie. Ce n'est que dans le cas de tumeur très volumineuse qu'elle pourrait donner quelques renseignements et encore faudrait-il que la tumeur fût assez dure et résistante. Le toucher rectal chez l'homme, vaginal chez la femme, est bien plus fertile en renseignements. Dans les cas de néoplasies sur le bas-fond, le trigone, la paroi postérieure de la vessie, le doigt porté dans le rectum ou le vagin constate la perte de souplesse des parois, leur rigidité, la présence de nodosités, de saillies indurées, parfois l'absence de mobilité de la vessie sur le rectum, le vagin, l'utérus.

Toutes ces constatations sont encore plus nettes et plus faciles à faire si on joint au toucher rectal ou vaginal la palpation hypogastrique, de façon à tenir pour ainsi dire les organes entre les deux mains et à apprécier, comme le fait remarquer Bagy, l'état de la vessie comme on apprécie l'état de l'utérus dans les diverses affections du petit bassin (pelvi-péritonite, hématocele, etc.). Au besoin, le chloroforme rendra plus fécondes ces recherches, qui devront toujours être pratiquées avec la plus grande douceur.

*A priori* le cathétérisme vésical paraît être un mode d'investigation devant l'emporter sur tous les autres par son utilité et sa facilité d'exécution. Il n'en est rien. Très souvent, en raison de la mollesse du néoplasme, de la gracilité de ses filaments, la sonde ne transmet à la main du chirurgien aucune sensation, et cette exploration reste non seulement inutile, mais encore même, lorsqu'elle est habilement et prudemment conduite, elle peut déterminer des hémorragies rapidement mortelles. Néanmoins le cathétérisme s'impose dans la plupart des cas, mais il doit être pratiqué avec douceur, légèreté de main, en dehors des hématuries, après repos préalable du malade au lit. A cet effet on se servira de la sonde à bec court, sans yeux, afin de ne pas léser la surface friable de la tumeur, et si la sensibilité du malade est grande et la contractilité vésicale prononcée, on aura recours à l'anesthésie chloroformique. Lorsque les renseignements fournis par la sonde ainsi sagement employés sont positifs, l'on éprouve une sensation de rugosité, d'inégalités de la face interne de la vessie; le bec de la sonde est dévié et ne se meut pas dans toute l'étendue du réservoir. Lorsqu'on a affaire à une tumeur vilieuse, c'est-à-dire recouverte de nombreux prolongements minces et déliés, la sonde semble glisser sur une surface veloutée, spongieuse, ou s'embarrasser dans les poils d'une barbe soyeuse (Guyon).