

Comme le cathétérisme, l'examen endoscopique de la vessie doit être fait avec de grandes précautions sous peine de voir se développer des accidents graves. A peu près inutile lorsque le néoplasme est assez développé pour traduire sa présence et ses divers caractères par les signes mis en évidence à l'aide des autres modes d'exploration, la cystoscopie est précieuse au début de l'affection, lorsqu'il n'existe encore que des symptômes vagues et obscurs. Seule en effet elle permet de voir à la surface interne de la vessie ces minimes végétations, qui pourtant versent une grande quantité de sang dans son intérieur et dont il importe de débarrasser au plus vite le malade. A ce point de vue, les instruments de Nitze, de Boisseau du Rocher rendront des services à la clinique.

Contrairement à la pratique des chirurgiens anglais et de sir Thompson en particulier, le professeur Guyon repousse l'exploration directe de la vessie à l'aide d'une opération préalable. Pour celui qui sait interpréter les symptômes rationnels, cette exploration digitale est inutile pour affirmer l'existence d'un néoplasme dans la vessie, et le toucher rectal ou vaginal, le cathétérisme suffisent presque toujours à en déterminer le siège, le mode d'implantation et autres caractères bons à connaître en vue d'une détermination opératoire. L'incision exploratrice est donc dans la grande majorité des cas inutile, et si un chirurgien se croyait en droit d'y avoir recours, la voie hypogastrique recommandée par Guyon pour l'extirpation des tumeurs devrait être préférée à la voie périnéale préconisée par Thompson. Nous reviendrons du reste sur ce sujet à propos du traitement. Chez la femme la dilatation de l'urèthre sous le chloroforme permettant d'explorer sans grand danger et sans difficulté la cavité vésicale avec le doigt, les mêmes considérations que chez l'homme ne doivent pas arrêter le chirurgien dans la recherche directe du néoplasme s'il en est besoin.

La marche des tumeurs vésicales est extrêmement lente. Leur durée se chiffre par des années. Chose remarquable, cette lenteur d'évolution s'observe à peu près aussi bien pour les tumeurs malignes que pour les tumeurs bénignes.

Pendant cette lente évolution les symptômes sont sujets à des accalmies prolongées, qui peuvent donner l'illusion de la guérison et à des retours offensifs subits et imprévus de tous les accidents : hématuries, douleurs, phénomènes de cystite intense, etc. La terminaison plus ou moins tardive mais toujours fatale ne se fait que tout à fait exceptionnellement par cachexie cancéreuse, même dans les néoplasies les plus malignes. Les malades succombent épuisés par la violence des douleurs ou affaiblis par l'abondance des hématuries, d'autres fois ils sont emportés par les accidents qu'entraîne l'accumulation de caillots dans le réservoir, par la rétention, par la septicémie, par l'urémie; enfin des complications rénales mettent fin à la scène morbide, tels sont la néphrite

aiguë suppurative ou non, la néphrite chronique interstitielle et la pyélo-néphrite suppurée.

Le pronostic des tumeurs de la vessie est très grave, et en raison de leur mode uniforme de terminaison il n'y a guère de différence à établir au point de vue de la gravité entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes. Il n'est même pas sûr que les néoplasmes bénins ne récidivent pas avec la même ténacité que les néoplasmes les plus malins.

Après tous les détails dans lesquels nous sommes entrés à propos de la symptomatologie des tumeurs vésicales, il nous semble inutile d'insister sur le diagnostic différentiel de ces affections. Les maladies des reins (néoplasies, pyélo-néphrite de causes diverses), qui, en raison de l'hématurie et de la pyurie qu'elles déterminent, pourraient donner le change, se différencient facilement par les caractères particuliers de ces deux symptômes et par les renseignements positifs fournis par l'exploration des reins. Les affections de la vessie (calcul, cystite hémorragique, cystite blennorrhagique et tuberculeuse en particulier) ne feront guère errer le diagnostic d'un praticien expérimenté et sachant avec sagacité reconstituer l'histoire pathologique de son patient. Quant aux hématuries symptomatiques des varices, de la goutte, de certaines névropathies, ce sont là des raretés avec lesquelles il ne faut guère compter dans la pratique.

L'existence d'un néoplasme de la vessie reconnue, il reste à l'opérateur un certain nombre de questions à résoudre avant d'intervenir. Ce serait évidemment d'abord sa nature histologique, mais on doit y renoncer, car il n'existe pour cela aucun signe rationnel ou physique. Viennent ensuite le volume, le siège, et surtout les connexions de la tumeur avec les parois vésicales, dont la connaissance devient la source d'indications et de contre-indications opératoires très précieuses. Nous savons comment le toucher rectal simple ou combiné à la palpation hypogastrique et le cathétérisme fournissent ces renseignements. Le doigt rectal ou vaginal révèle-t-il des indurations en plaques de la paroi vésicale, on en conclura qu'on a affaire à une tumeur infiltrée. Le même doigt ne rencontre-t-il que des indurations très limitées, uniques ou multiples, en même temps que la sonde révèle l'existence dans le réservoir de tumeurs saillantes, on pensera qu'on se trouve en présence de tumeurs sessiles. Enfin le doigt ne trouve-t-il rien d'anormal et la sonde ne donne-t-elle lieu qu'à une sensation fugace de gazon touffu, de barbe soyeuse, on songera à l'existence d'une tumeur pédiculée et très probablement villeuse. Cette sensation peut même faire défaut et tous les signes physiques manquer, qu'on ne devra pas pour cela abandonner le diagnostic de néoplasme vésical si tous les autres symptômes rationnels l'imposent. Comme le fait fort judicieusement remarquer le professeur Guyon, les renseignements négatifs fournis par l'exploration

de la vessie acquièrent dans ces circonstances une importance capitale au point de vue de la détermination opératoire ; ils indiquent en effet la présence d'une tumeur implantée par un pédicule étroit et qu'on pourra très vraisemblablement extirper jusque dans ses racines.

Traitement. — Il y a quelques années à peine toute la thérapeutique des tumeurs vésicales se réduisait à combattre les symptômes : douleurs, hématurie, incontinence et rétention d'urine, et encore ce traitement palliatif échouait-il souvent, quand il ne devenait pas par lui-même offensif. Aujourd'hui on attaque de front ces néoplasmes, et lorsque l'opération qu'on dirige contre eux est impuissante à assurer leur extirpation complète, elle a pour résultat constant de mettre un terme aux symptômes les plus pénibles et les plus alarmants, la douleur et les hématuries, en supprimant physiologiquement la vessie en tant que réservoir. Ainsi, par ces deux seuls mais précaires avantages, l'intervention chirurgicale se trouve indiquée à titre *palliatif* même dans les néoplasmes infiltrés et inextirpables. En dehors des hématuries et des douleurs elle n'est justifiée que dans les tumeurs pédiculées ou sessiles heureusement les plus fréquentes ; elle peut être alors véritablement *curative*. Il va sans dire qu'à côté des indications et des contre-indications opératoires tirées des caractères du néoplasme se place ici comme dans toutes les opérations la considération de l'état de la santé générale du malade, celui de ses divers organes et des reins en particulier.

L'extirpation d'un néoplasme vésical décidée, on comprend qu'elle ne peut être régulièrement faite que grâce à une opération préliminaire donnant libre accès dans la vessie. Les tentatives hardies de Civiale et de Leroy d'Étiolles, pour pratiquer l'arrachement des tumeurs de la vessie à travers les voies naturelles, ne sauraient être imitées sans danger du moins chez l'homme. Aujourd'hui le principe d'une opération préliminaire est admis par tous les chirurgiens, mais on discute sur la voie à suivre pour arriver dans la vessie.

Chez la femme la voie naturelle est le chemin de prédilection pour agir sur les tumeurs vésicales. Presque toujours le chirurgien parvient à se frayer une voie suffisante par la dilatation graduelle en une seule séance de l'urèthre sous le chloroforme à l'aide du doigt ou de divers instruments (mandrins de Simon, dilatateurs d'Huguier, de Guyon, etc.) L'urèthre ainsi dilaté, il peut suivant les circonstances exciser la tumeur avec les ciseaux ou un serre-nœud, la gratter avec la curette ou le doigt, la morceler avec des pinces coupantes, l'arracher par la torsion. Si cette voie est jugée insuffisante pour remplir toutes les indications, il pourra avoir recours, à l'exemple de Norton, à la taille uréthro-vaginale ou à l'exemple de Simon et autres opérateurs à la taille vésico-vaginale. Mais chez la femme comme chez l'homme l'ouverture sus-pubienne a sur tous les autres modes d'accès dans la vessie des avantages tels, qu'elle s'impose dans tous les cas où le chirurgien prévoit quelques

difficultés. Préconisée d'abord *a priori* par Guyon, elle a été mise depuis à contribution par cet opérateur et par Bazy, Thompson, Gibbons, Parker, etc.

Chez l'homme le chirurgien doit de toute nécessité se frayer une voie artificielle pour atteindre les néoplasmes de la vessie, et la lutte a été vive entre les praticiens qui ont recommandé la simple boutonnière périnéale, la taille périnéale et la taille hypogastrique. En Angleterre sir H. Thompson a d'abord recommandé et chaleureusement défendu la voie périnéale (boutonnière) ; en France le professeur Guyon s'est rallié d'emblée à l'incision hypogastrique rendue si facile et si sûre depuis le manuel opératoire de Petersen. C'est la voie que suivit Bazy dans la première opération d'extirpation d'un néoplasme vésical faite en France, c'est aussi celle qu'ont adoptée la grande majorité des chirurgiens français et allemands. Il semble même que Thompson soit revenu sur son opinion première, car il a pratiqué dans quelques-unes de ses dernières opérations la cystotomie hypogastrique et lui a reconnu de sérieux avantages. Dans un récent travail j'ai montré que, sur 15 faits où la mort a été la conséquence directe de l'intervention, la voie périnéale a été employée 9 fois et la voie sus-pubienne 6 fois. L'opération de Franco restaurée et perfectionnée de nos jours est incontestablement moins meurtrière que les diverses tailles par le bas appareil. Mais ce n'est pas seulement lorsqu'on envisage les risques de mort que s'affirme sa supériorité, c'est aussi dans la facilité qu'elle offre au chirurgien pour remplir les multiples et délicates indications d'exérèse des néoplasmes vésicaux. Elle permet d'ouvrir largement le réservoir urinaire, de maintenir aisément béantes les lèvres de la boutonnière vésicale soit à l'aide de deux fils passés dans chacune d'elles (Guyon), soit à l'aide d'instruments divers (l'ingénieux spéculum écarteur de Bazy par exemple), de voir dans la cavité vivement éclairée par la lumière électrique, d'apprécier tous les caractères du néoplasme et de lui appliquer comme à loisir les modes d'exérèse qui conviennent le mieux.

Si perfectionnés que soient aujourd'hui ces modes d'exérèse, on est bien rarement certain d'avoir extirpé la néoplasie jusque dans ses racines et d'avoir mis le patient à l'abri de la récidive. C'est pour en écarter le plus possible les chances que l'on a proposé la *résection de la vessie*. Elle a été pratiquée pour la première fois, et avec succès, chez la femme par A. T. Norton qui, après avoir fait la taille uréthro-vaginale, disséqua le vagin de la vessie et réséqua avec des ciseaux le point d'implantation d'un papillome frangé poussé sur la base du réservoir. Depuis, Gega von Antal, chez un malade de soixante et un ans, porteur d'un néoplasme malin du sommet de la vessie, ouvrit le réservoir par-dessus le pubis, décolla le péritoine au niveau de la tumeur et réséqua ainsi au-dessous de la séreuse non ouverte et *de dehors en dedans* toute la partie dégénérée, ne comprenant pas moins d'un tiers du réservoir. Il sutura

ensuite les bords de l'ouverture et au bout de quarante jours son malade était complètement guéri. Depuis, Guyon a mis en pratique un procédé de résection partielle de la vessie déjà conseillé par Bazy et qui consiste, après avoir abrasé la partie saillante du néoplasme, à disséquer ses racines intrapariétales jusqu'à la couche graisseuse limitante de Clado. Cette résection *de dedans en dehors*, d'où résulte une sorte de cavité en entonnoir, dont les bords sont ensuite rapprochés et maintenus en contact à l'aide d'une suture au catgut, est bien préférable au procédé de Gega von Antal, qui crée forcément une perforation de la vessie à l'emporte-pièce et étend son action sur des tissus demeurés sains. Dans leur désir de prévenir toute récurrence, le zèle des chirurgiens leur a fait pousser plus loin leur audace et, enhardis par les expériences de Th. Gluck et A. Zellen en Allemagne, de Novaro et de Saquerico en Italie, ils ont proposé d'extirper le réservoir urinaire dans sa totalité et d'aboucher les uretères soit au niveau de la paroi abdominale, soit dans la cavité du rectum.

L'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie étant encore de date récente, il me semble intéressant de rapporter quelques chiffres qui montreront la bénignité d'une intervention naguère condamnée et feront ressortir les résultats thérapeutiques qu'on est en droit d'en attendre. Dans un mémoire consacré à ce sujet j'ai réuni 198 opérations d'extirpation de tumeurs de la vessie se répartissant entre 126 hommes et 72 femmes. Prises dans leur ensemble, elles donnent 46 morts, 141 guérisons et 11 résultats inconnus. Dans ce total le sexe masculin compte pour 34 morts, 83 guérisons et 9 résultats inconnus; le sexe féminin pour 12 morts, 58 guérisons et 2 résultats inconnus. Ce qui fournit une mortalité générale pour les deux sexes, de 24,46 p. 100 et une proportion de 29 décès pour 100 opérés masculins contre 17,14 décès p. 100 opérées femmes. Affranchies de toutes les causes de mort étrangères à l'opération, la léthalité réelle de l'intervention chirurgicale dans les néoplasmes de la vessie est réduite chez l'homme à 11,9 p. 100 et chez la femme à 5,55 p. 100. Si l'on réfléchit à la gravité des accidents symptomatiques déterminés par les tumeurs vésicales et au pronostic fatal qu'elles comportent, si on se rappelle que dans l'immense majorité des cas l'ouverture de la vessie met un terme aux douleurs et aux hématuries, on ne pourra s'empêcher de reconnaître que l'intervention chirurgicale est légitime et constitue un véritable progrès. Voici maintenant les résultats thérapeutiques éloignés qu'elle fournit d'après les observations malheureusement trop concises que j'ai relevées. Dans 67 cas (37 masculins et 30 féminins) la guérison est simplement annoncée et cette série ne peut évidemment pas servir à établir les résultats définitifs de l'intervention. Dans 43 cas la durée de la guérison est indiquée et la moyenne du temps pendant lequel les malades ont survécu exempts de récurrence, c'est-à-dire guéris de leurs symptômes tout au moins, est de

14 mois 3 jours pour l'ensemble des deux sexes, soit 9 mois seulement chez l'homme et 26 mois 12 jours chez la femme. Si l'on réfléchit que ces chiffres sont établis avec les données d'observations arrêtées pendant la vie même des sujets, on comprendra qu'ils sont loin de représenter la survie des opérés. Relativement à la nature histologique de leur néoplasie, on trouve que sur cette série de 23 malades guéris :

22 étaient affectés de tumeurs bénignes comprenant les variétés suivantes :	}	9 papillomes.
		5 tumeurs villeuses.
		3 polypes.
		2 fibro-papillomes.
		1 fibrome.
		1 myome.
		1 tissu de granulations.

12 étaient atteints de néoplasme de nature inconnue. 1 présentait une tumeur du type de transition de Thompson.

7 enfin étaient atteints de tumeurs malignes offrant les variétés suivantes :	}	2 tumeurs malignes?
		2 carcinomes.
		3 épithéliomes.

Dans 24 cas où la récurrence a été observée, j'ai d'abord noté que la repullulation s'est faite 5 fois à une date inconnue entraînant plus ou moins rapidement la mort. Dans les 19 autres faits le mal a récidivé en moyenne 7 mois et 21 jours après l'intervention dans le sexe masculin, et 16 mois et 9 jours dans le sexe féminin. 10 de ces récidivistes ont été pour des raisons diverses abandonnés à leur sort et ont succombé soit à l'affaiblissement progressif, soit dans 2 cas à la généralisation de la néoplasie. Chez 9 autres (5 hommes, 4 femmes) la repullulation du mal a été poursuivie par une ou plusieurs opérations. Il s'agissait de 2 papillomes, de 3 épithéliomes, d'un sarcome, d'un myxome, d'un néoplasme de nature indéterminée. La récurrence était survenue de 3 mois à 3 ans après la première opération. Les réopérations ont donné 2 morts et 7 guérisons (parmi elles les 4 femmes) dont la durée n'est pas mentionnée. Parmi ces 7 malades 2 fois une deuxième récurrence obligea le chirurgien à intervenir une troisième fois et le succès couronna encore ses efforts.

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ ET DE LA CONTRACTILITÉ

DE LA VESSIE.

Sous cette dénomination vague on range un certain nombre de troubles fonctionnels de la vessie mal définis pour la plupart et qui disparaîtront peut-être un jour de la nosologie, lorsque leurs causes et leur interprétation pathogénique seront mieux connues. Ce sont la vessie irritable, la cystalgie, le spasme et la contracture, la paralysie, l'atonie de la vessie et enfin l'incontinence d'urine.