

cancéreuse de la tumeur, ne doivent être, vu l'impossibilité que l'on éprouve sous ce rapport, considérés que comme d'heureuses exceptions, et l'on ne doit que rarement imiter la hardiesse du chirurgien.

Pour beaucoup de points de l'histoire des polypes, nous renvoyons aux paragraphes correspondants de l'histoire des fongus de la vessie.

ARTICLE XXI.

Fongus de la vessie.

Nous retrouvons, dans la description des fongus de la vessie par les auteurs, les mêmes obscurités que pour celle des polypes. Nous avons dit que, pour nous, les fongus seraient ces tumeurs pédiculées ou non, à surface non lisse, comme celle des polypes, et dans l'immense majorité des cas, sinon dans tous, cancéreuses ou près de revêtir le caractère cancéreux.

Voici, du reste, les caractères que leur attribuent les divers auteurs : « On nomme fongus de la vessie, dit Chopart, les excroissances cellulaires, charnues, vasculaires et membraneuses, qui s'élèvent de la paroi interne de ce viscère. Quelques auteurs leur ont donné le nom de tubercule, caroncule, squirrhé. » Nous avons déjà vu, et nous verrons encore, dans le cours de ces articles, que ces trois noms désignent trois états morbides différents de la vessie.

Boyer, tout en déclarant que l'on doit se garder de confondre le fongus avec l'épaississement squirrhéux de la vessie, ne s'explique pas plus longuement sur les caractères du fongus. Même remarque pour l'article *Fongus* du *Grand Dictionnaire des sciences médicales*, que l'on doit à M. Breschet, et qui renferme les mêmes expressions.

Sæmmering s'explique plus clairement, mais nous semble faire trop petite la part des fongus, qu'il ne regarde point comme offrant le caractère carcinomateux, et avec lesquels il confond quelquefois les polypes. Voici ce qu'il en dit : « On trouve quelquefois dans la vessie de quelques vieillards, des touffes fibreuses, offrant quelquefois un pouce

de longueur, adhérentes à la paroi interne de l'organe et flottant dans sa cavité. J'en ai vu moi-même de parfaitement semblables à celles dont les excellentes planches de Baillie nous offrent le dessin. Ces tumeurs n'ont ordinairement aucune adhérence avec la prostate. Cependant Huber a décrit une excroissance à peu près semblable, qui, après avoir pris naissance sur le col de la vessie, vint se joindre à la prostate. Cette observation a été faite chez un homme de soixante-dix ans. » (P. 103.) Sæmmering, dans cette description abrégée, n'a évidemment pas compris toutes les espèces de fongus ; car ces tumeurs sont loin d'offrir constamment la structure fibreuse et l'aspect touffu, filamenteux qu'il signale. De plus, cet auteur a eu le tort de dire que ces tumeurs n'avaient jamais été décrites et que les médecins les regardaient comme excessivement rares, tous les auteurs qui l'ont précédé s'accordant, au contraire, sur ce point, que ces tumeurs sont très-communes, surtout chez les vieillards. Il faut cependant noter, avec M. Mercier, que souvent, avant les travaux de ces dernières années, on a pris pour des fongus de la vessie et des dégénérescences de cet organe, de simples hypertrophies de la prostate (*Rech. anat.*, p. 226 et suiv.). Ceci est d'autant plus important à noter, que la plus grande partie des fongus vésicaux décrits par Morgagni ne semblent avoir été, en réalité, que des tumeurs prostatiques, squirrhéuses ou non. Nous citerons entre autres le fait suivant, qui nous a paru un des plus concluants en faveur de notre manière de voir :

Obs. 1^{re}. « Un cordonnier, très-vieux, et partant déjà presque tout à fait édenté, étant mort de vieillesse et d'un catarrhe, en deux ou trois jours, sans fièvre, son cadavre fut transporté à l'amphithéâtre, vers la fin de janvier, pendant que je faisais le cours d'anatomie, en l'an 1774.

..... A l'ouverture de la vessie, on trouva, à sa face postérieure, au-dessus de son orifice, une protubérance blanche, semblable à une petite poire renversée, un peu plus grosse que ne l'était la caroncule séminale, jusqu'à laquelle elle se prolongeait par sa partie basse, qui se

contractait en une ligne petite et légère, et qui, formant une saillie dans le commencement de l'urètre, se continuait avec la glande prostate ; en sorte que, comme elle était de la même substance que cette glande, il ne parut douteux à aucun des assistants, qui étaient exercés aux dissections de ces parties, qu'elle n'en fût une excroissance. » (Morgagni, epist. 37, art. 50.) Les lettres 41, art. 18 ; 42, art. 15 ; 43, art. 24, contiennent des exemples à peu près de la même espèce.

Anatomie pathologique et description générale. Suivant la remarque de la plupart des auteurs, les fongus de la vessie peuvent se former dans tous les points de sa paroi interne. Ils se trouvent, dit Chopart, moins souvent à son sommet et à sa partie antérieure qu'à son bas-fond. Leur siège le plus ordinaire est au trigone et au col de ce viscère. — J'en ai rencontré, dit M. Civiale, à la partie antérieure du trigone, d'autres sur les côtés du col et un à la partie supérieure de la vessie. On a vu, sur la saillie des lobes latéraux de la prostate, des tumeurs qui étaient évidemment de nature fongueuse, et qui n'étaient pas dues à l'engorgement partiel de cette glande. Mais l'intérieur du corps de l'organe n'en est pas exempt non plus, et l'auteur que nous citons pense même qu'elles y sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'a pensé jusqu'à présent. On en a trouvé au sommet et à la face antérieure de la vessie. Le fait suivant, inséré par M. Bédor dans la *Gazette des Hôpitaux*, est un exemple de la possibilité du développement de ces tumeurs dans d'autres points que le col de la vessie.

Obs. 2. « A l'hôpital de Troyes, le cadavre d'un octogénaire, qu'on croyait attaqué de la pierre, offrit une masse fongueuse, implantée par un pédicule resserré sur la membrane muqueuse, à sa région antérieure et supérieure. Cette tumeur égalait le volume d'une grosse truffe. La surface, d'un rouge de sang, était couverte d'une couche peu épaisse et facile à détacher du sédiment urinaire, d'une couleur orange-foncé. Sa substance était pulpeuse, blanchâtre et de nature cérébriforme. » (*Gaz. des Hôp.*, t. vii, p. 148.)

Une circonstance, qui doit principalement attirer l'attention, c'est le mode d'insertion ou d'implantation de la tumeur. Les fongus naissent de la tunique interne ou de la partie membraneuse qui tapisse l'intérieur de la vessie. On en voit qui sont recouverts par cette tunique, qui ont pris naissance et se sont étendus dans le tissu cellulaire interposé entre elle et la tunique musculaire (Chopart). Dans ce dernier cas, selon M. Breschet, ce sont moins des fongus que des sarcomes. Suivant M. Civiale, un fongus qui commence repose ordinairement sur un pédicule. Il constitue une petite excroissance dont l'extrémité libre a plus de largeur que la base et qui ne semble adhérer qu'à la membrane interne de la vessie. Les tractions exercées alors sur elle ne soulèvent que la membrane muqueuse. Mais quand la tumeur a pris un certain degré d'accroissement, ses racines s'étendent, en se multipliant, aux tissus profondément situés, se confondent peu à peu avec eux, par une série de transformations successives, et produisent ainsi une masse consistante dont l'étendue se trouve presque toujours proportionnée au volume de l'excroissance, quoique cette règle ne soit pas sans exceptions.

Le pédicule a quelquefois beaucoup de longueur ; d'autres fois il est étroit, mais moins long. Chopart dit avoir souvent trouvé de ces fongus à pédicule étroit. Mais les caractères qu'il en donne feraient penser que le plus souvent alors c'étaient plutôt des polypes que de véritables fongus. M. Civiale a remarqué que le plus grand nombre des fongus vésicaux sont pédiculés, et que leur pédicule est d'autant plus étroit que la tumeur est plus petite. « Une particularité qui mérite d'être notée, ajoute-t-il, c'est que des excroissances fongueuses se développent quelquefois sur des tumeurs vésicales préexistantes, spécialement au col de la vessie. Les auteurs en ont cité des cas fort curieux et la pratique m'en a offert deux cas fort curieux. Dans l'un, la fongosité était récente et facile à distinguer, tandis que, dans l'autre, les deux tumeurs se trouvaient confondues ensemble et ne différaient que par la consistance beau-

coup moindre du fungus ». Ceci explique la différence de dureté que les auteurs signalent et que l'on observe de loin en loin entre la base et le sommet de la tumeur, bien qu'elle puisse souvent tenir à une dégénérescence que cette dernière a subie dans sa partie la plus saillante. Lorsque la tumeur, montée sur un pédicule, prend de l'accroissement, le pédicule s'élargit et la tumeur devient adhérente dans une étendue beaucoup plus considérable, et, de plus, il enfonce profondément ses racines dans le corps de l'organe et dans l'épaisseur des parois. Nous avons cité, dans l'article *Hématurie*, un fait de cette nature, emprunté à M. Civiale, et auquel nous renvoyons, pour ne point faire double emploi. Il était relatif à un fungus à base très-large, formée par la soudure de plusieurs pédicules isolés primitivement.

Nous n'insisterons pas sur la forme très-variable des fungus de la vessie. Ils sont ou non pédiculés, avons-nous dit; toujours leur surface est inégale, rugueuse ou bosselée, frangée. On en rencontre de triangulaires, d'aplatis, il est rare qu'ils soient complètement et régulièrement arrondis. Quelquefois, comme les décrit Stæmmering, et comme les représente Baillie dans les planches de son *Anatomie pathologique*, ils paraissent sous forme de touffes filamenteuses, fibreuses, flottantes dans la vessie. On trouve, dans le second volume de l'ouvrage de M. Civiale (pl. 2, fig. 2), le dessin d'une vessie remplie de tumeurs fongueuses, que M. Vidal compare à une grande quantité de petits choux développés dans la cavité de la vessie. Voici, du reste, la description de la pièce, faite par M. Civiale lui-même dans son ouvrage :

Obs. 5. « En procédant d'avant en arrière, on voit, au milieu de l'urètre, le verumontanum formant une saillie régulière, allongée, sans traces des orifices des conduits spermatiques à son sommet, ainsi que cela se voit dans beaucoup d'autres cas. La position de la crête urétrale, relativement à la tumeur des lobes latéraux, forme contraste avec la pièce ci-jointe et quelques autres. Ici les lobes de la glande proéminent davantage du côté de la vessie, le col vésical est refoulé en

arrière, et la crête urétrale se trouve au-devant du point le plus saillant des tumeurs prostatiques latérales. La crête envoie un prolongement en relief par-devant, vers la partie membraneuse de l'urètre, et par-derrrière, où ce prolongement se confond avec l'angle antérieur de la tumeur pyriforme qui résulte de l'engorgement du corps de la prostate. Cette tumeur est volumineuse, un peu moins large à sa base qu'à sa partie libre et en saillie; d'où résultent, entre elle et les tumeurs formées par les masses latérales, deux sillons profonds, obliquement dirigés d'avant en arrière et de dedans en dehors. Du reste, on ne remarquait aucun vestige d'inflammation. Il n'y avait pas non plus de différence appréciable entre les points en relief et les parties sous-jacentes de la prostate. Les parois vésicales, fortement hypertrophiées, envoient à la capsule de la glande une couche épaisse de fibres musculuses, qu'on pouvait aisément suivre jusque vers le commencement de la partie spongieuse de l'urètre. La cavité vésicale est ample, et de divers points de sa surface on voit s'élever des touffes pédiculées de substances fongueuses, qui envoient à l'intérieur de la vessie des prolongements nombreux dont quelques-uns sont fort longs. Cette substance filamenteuse était molle et se déchirait avec une grande facilité. On apercevait aussi, à la surface interne de la vessie, les orifices de plusieurs petites cellules contenues dans l'épaisseur des parois. Plusieurs de ces orifices sont cachés par les touffes des fungus. Je dirai ici, par anticipation, que la connaissance de cette pièce m'a été fort utile dans des cas analogues dont je donnerai les détails, et où je suis parvenu à opérer l'arrachement des fongosités après avoir réussi à établir un diagnostic exact. » (T. II, p. 461.)

Le fait suivant, rapporté par M. James Wilson, est un exemple curieux de cette forme de fungus en touffes fibreuses et filamenteuses.

Obs. 4. « J'ai eu l'occasion de voir la vessie d'une personne qui avait été affectée de cette maladie pendant plus de sept ans, et qui pendant la plus grande partie de ce temps avait été confinée dans son

lit. La maladie, pendant la vie, n'avait pu être reconnue par aucun des médecins qui avaient été consultés. Le malade avait plusieurs des symptômes de la pierre; il fut souvent sondé, mais on ne put rien découvrir. Son urine en général était claire.

» M. Spencer, d'Hington, qui l'avait traité, fit l'ouverture du corps, et m'envoya la vessie. La plus grande partie de la surface interne de la vessie présente des prolongements effilés qui s'élèvent, que je ne saurais mieux comparer qu'aux vaisseaux du placenta lorsqu'il est détaché de l'utérus; ces vaisseaux filamenteux étaient gorgés de sang. On voit, près de l'orifice d'un des uretères, un trou qui communique avec une cavité étendue, située entre la vessie et le rectum, et qui était remplie d'urine. Cette ouverture n'est pas l'effet de l'ulcération, car elle est tapissée par une portion lisse et unie de la membrane interne de la vessie. Cette cavité avait tellement la forme et l'apparence de la vessie elle-même, qu'elle fut effectivement prise pour telle par ceux qui firent l'autopsie; tandis que la cavité de la vessie réelle fut prise pour celle d'un abcès. On trouva dans l'urètre un calcul qui avait traversé la portion prostatique de ce canal.

» L'aspect de l'excroissance de la membrane interne de cette vessie a beaucoup de ressemblance, si ce n'est qu'elle est plus étendue, avec une autre qui a été conservée dans la collection de M. Cruykhank. L'individu sur lequel elle fut recueillie avait offert des symptômes tout à fait semblables à ceux de la pierre. Une rétention d'urine survint; on fit pénétrer très-facilement une sonde jusque dans la vessie; mais, au moment où l'instrument pénétra dans la cavité de l'organe, le malade poussa un cri d'excessive angoisse et expira sur-le-champ. On ne trouva rien d'anormal en explorant le corps, soit dans la tête, soit dans les cavités du tronc, excepté la tumeur dont les vaisseaux étaient gorgés de sang. L'instrument avait pu la comprimer, mais ne l'avait pas déchirée, car on n'avait employé aucune force. M. Cruykhank pensa que la sensibilité excessive de la tumeur, lorsqu'elle fut touchée

par la sonde, avait occasionné une douleur assez vive pour causer la mort. » (*Lectures on the urinary and genital organs*, by James Wilson, 1821, p. 525.)

L'auteur, qui semble, malgré la brièveté de sa description, avoir parfaitement étudié la question des fungus, ajoute après cette observation les quelques lignes suivantes: « Il convient de mentionner ici que des prolongements pourront quelquefois se développer dans la cavité de la vessie, consistant en une membrane cellulaire mêlée avec la graisse et recouverte de la membrane interne, d'ailleurs dans son état normal. Près du col, ces prolongements peuvent être poussés dans l'urètre et obstruer ainsi le passage de l'urine. Dans les cas où il faut employer la lithotomie, ils peuvent produire de grands inconvénients en passant entre les branches des tenettes. Il est impossible de s'assurer de leur existence pendant la vie. » (Id. *ibid.*)

Lorsque la base de la tumeur est large, sa forme varie bien plus encore que lorsqu'elle est soutenue sur un pédicule étroit. Le volume des fungus vésicaux ne varie pas moins que leur forme. Il est presque toujours en raison inverse du nombre des tumeurs, et généralement proportionné à l'ancienneté et au siège de la maladie. Nous ne croyons pas d'une exactitude parfaite ce que l'on a dit, et M. Civiale en particulier, du peu de volume des fungus du col. Suivant lui, les excroissances du col seraient presque toujours petites, et il signale à ce propos les faits de Morgagni dont nous avons parlé. Nous avons déjà dit que, pour la plupart, ces faits n'étaient point relatifs à des fungus, mais à des tumeurs squirrheuses de la prostate. Peut-être pourrions-nous dire la même chose des tumeurs dont fait mention Lobstein, qui rencontra dans la vessie d'un vieillard trois excroissances fongueuses qui bouchaient le col de l'organe. (*Diss. de dysur.* Argentor. 1779.)

Le nombre des fungus ne présente rien de constant. On en trouve souvent un seul, plus fréquemment plusieurs, lorsque la maladie est assez ancienne et que les tumeurs ont le temps de pulluler. Lorsqu'elles sont situées sur les parois

mêmes du corps de la vessie, elles sont parfois en nombre si considérable qu'elles recouvrent presque entièrement la muqueuse, comme l'ont observé Richter et Desault. En grossissant elles s'accroissent parfois les unes aux autres et forment des plaques plus ou moins étendues, ou bien elles se réunissent en des espèces de champignons.

L'observation suivante, tirée de l'ouvrage de Chopart, est relative à un sujet qui présentait trois tumeurs fongueuses à l'intérieur de la vessie.

Obs. 5. « Un homme âgé de cinquante-deux ans fut transporté à l'Hôtel-Dieu de Paris, en avril 1774, pour être traité d'une rétention d'urine. On eut de la peine à introduire l'algale dans la vessie, il s'en écoulait beaucoup d'urine et du sang, le malade ne put garder la sonde plus de cinq heures. Dès qu'elle fut ôtée, les douleurs vives qu'elle lui causait à la vessie, le frissonnement et les mouvements convulsifs qu'il éprouvait par tout le corps, diminuèrent. Il urina naturellement pendant la nuit, mais en rendant peu d'urine. Le lendemain la rétention fut complète; on fut obligé de le sonder dans la soirée. L'évacuation de l'urine le soulagea; mais les symptômes d'irritation, de spasme, se renouvelèrent. On tâcha de les combattre par les fomentations sur le ventre, en ôtant la sonde; ce fut en vain. Les frissonnements, la fièvre, le délire précédèrent la mort du malade.

» J'assistai à l'ouverture du corps. On trouva la vessie élevée jusqu'à l'ombilic et remplie d'urine, ses parois peu épaisses, sa tunique interne rougeâtre et parsemée de petites taches livides, et des tubercules charnus situés à l'entrée de ce viscère. Le plus gros de ces tubercules, de la forme et du volume d'une cerise, répondait vers la pointe antérieure du trigone; il naissait du tissu de la vessie par un pédicule épais; il était très-mobile de devant en arrière, pouvait s'abaisser et se relever. Les deux autres étaient situés latéralement près de l'orifice du col vésical, vis-à-vis l'un de l'autre, étaient moins gros, peu mobiles; ils avaient une base plus large que celui du milieu et paraissaient continus avec la prostate; les reins, très-tuméfiés, conte-

naient de l'urine purulente. La vessie étant séparée du bassin, j'ai fait, en présence de quelques élèves, l'examen anatomique des trois tubercules. Leur surface était rougeâtre; on y distinguait des vaisseaux capillaires. Leur substance blanchâtre présentait un tissu membraneux assez dense; celui du tubercule mitoyen se continuait avec la substance du trigone, sans s'étendre dans la tunique musculuse, ni dans la prostate. Les deux autres tubercules avaient une continuité de substance bien marquée avec les parties latérales de cette glande, et étaient recouverts par la membrane qui tapisse le col vésical et le commencement de l'urètre; leur tissu était plus dense et plus ferme que celui du gros tubercule. » (Chopart, t. II, p. 76.)

M. Crosse a vu, sur les côtés du col vésical, au niveau de l'insertion des uretères, deux masses considérables, celle surtout du côté gauche, au-devant desquelles il y en avait une série d'autres groupées au pourtour de l'orifice de l'urètre.

En général, selon M. Civiale, les fungus qui prennent la forme des champignons demeurent mous, surtout à leur extrémité libre, qui est frangée et souvent terminée par des filaments flottants. Quelquefois la surface est mamelonnée, et chaque mamelon se trouve uni à son voisin par une membrane commune; mais en général, la masse entière est peu consistante. Dans le corps de l'organe, les fungus sont mous et filamenteux. Ils se rompent et se déchirent avec la plus grande facilité, et leur défaut de consistance est tel qu'on a de la peine à les distinguer quand ils ont été saisis par un instrument, qui contribue beaucoup à accroître encore l'incertitude du diagnostic.

Nous ne terminerons pas ce qui est relatif aux altérations anatomiques sans reproduire un fait remarquable sous le rapport de la fidélité et de la netteté de la description; ce fait est dû à M. Mercier.

Obs. 6. « L. Tabouroux, âgé de 75 ans, avait été cuisinier du duc de Bassano jusqu'à 60 ans. Dans sa jeunesse, il avait

suivi son maître aux armées; mais il était sédentaire depuis vingt-huit ou trente ans. Il jouissait d'un très-grand embonpoint avant sa maladie; il a toujours été facilement à la selle; il n'a jamais eu la goutte, seulement il s'est plaint d'une douleur qu'il éprouvait de temps en temps dans le genou gauche, et qui remontait quelquefois jusqu'à l'aîne; elle ne s'accompagnait jamais de gonflement.

» Au commencement de 1857, la vessie fonctionnait convenablement; il gardait très-bien ses urines pendant la nuit, seulement il les rendait un peu plus souvent pendant le jour; mais depuis six ou sept mois déjà elles étaient devenues troubles, puis sanguinolentes. C'est au mois de juin qu'il commença à uriner involontairement. Des picotements se faisaient sentir alors dans le fondement; du reste, la défécation n'augmentait pas les douleurs très-vives dans le bas-ventre, le fondement et les reins, surtout à gauche; en même temps il rendait du sang presque pur. On lui fit une saignée; mais les accidents ayant persisté, il entra à la Charité. Là on lui fit prendre des bains, de l'eau de Vichy, on lui mit des cataplasmes sur le ventre. Les douleurs se calmèrent, l'hématurie disparut, l'urine cessa même d'être trouble et de s'écouler involontairement. Le malade sortit, et son amélioration persista jusqu'au mois de janvier 1858.

» Ayant alors voyagé en diligence et au froid, les mêmes accidents reparurent: hématurie, miction continuelle et involontaire, picotements dans le fondement, etc. Tout cela persista, et, le 21 avril, Tabouroux revint à la Charité.

» Ses urines étaient alors troubles, épaisses, mêlées de caillots de sang. Parfois, elles s'écoulaient involontairement pendant le sommeil, et elles s'échappaient pendant le jour au moindre besoin: des picotements se faisaient toujours sentir dans le fondement quand elles s'écoulaient. Bientôt il survint une diarrhée continuelle, et ses matières, ainsi que ses urines, étaient tellement infectes, qu'on fut obligé de l'isoler. La langue était sèche et rouge. Le 12 mai, les idées se troublèrent, bien qu'il n'y

eût pas cependant de fièvre bien marquée. Le malade accusait à l'hypogastre, et surtout à gauche, une douleur assez vive, qui augmentait par la toux et la percussion. Il y avait de la sonorité dans cette région, moins cependant à gauche qu'à droite. Le 15, il se manifesta des sueurs abondantes; la langue se trouva moins rouge et les urines moins foncées; mais la diarrhée persistant toujours avec une grande intensité, la mort survint bientôt.

» A l'ouverture du corps, je trouvai la vessie peu large, et sa tunique charnue et peu épaisse. La muqueuse était ridée, formait des mamelons peu saillants dont le sommet était de couleur noirâtre; dans les intervalles, cette membrane avait une teinte presque naturelle. Dans le bas-fond existait un boursoufflement fongueux qui commençait à huit ou dix millimètres de l'orifice urétral, et s'étendait à six ou huit millimètres au-dessus de l'embouchure des uretères, qu'il dépassait aussi un peu latéralement. Ce boursoufflement s'élevait bien à dix ou douze millimètres au-dessus des parties environnantes, et s'avancait en avant en forme de champignon. Son sommet était mollassé, pulpeux, d'un rouge-foncé livide; les uretères venaient s'y ouvrir. Près du gauche, on remarquait un pertuis par où la pression faisait sortir une matière analogue à du pus.

» Je n'incisai pas immédiatement cette tumeur, je la fis dessiner; mais pendant ce temps on fut obligé de la mettre dans l'alcool, qui fit disparaître en grande partie sa couleur. Pour lors, je la trouvai formée entièrement d'un tissu aréolaire, et ses aréoles contenaient une matière épaisse, blanchâtre.

» Les lobes latéraux de la prostate n'avaient que très-peu augmenté de volume, seulement ils faisaient tous les deux une légère saillie du côté de l'urètre. La portion sus-montanaie était un peu plus développée proportionnellement, surtout dans son diamètre transversal; de sorte que le col de la vessie était réellement évasé. On y remarquait de petites saillies linéaires et divergentes.

» Les reins et les intestins ne purent

être examinés; mais les douleurs abdominales qui se manifestèrent, surtout dans le côté gauche de l'hypogastre, me donnent lieu de croire qu'il y avait une inflammation assez vive du tube digestif, au lieu de sa terminaison. » (Mercier, *Rech. anat.*, p. 450.)

Causes. Il paraît à peu près démontré par l'observation journalière, que les fungus de la vessie, comme un grand nombre d'autres affections de cet organe, sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme, ce qui tient, sans nul doute, à la complication plus grande de la structure de l'appareil excréteur de l'urine dans l'un que dans l'autre sexe. Ces tumeurs se rencontrent plus fréquemment aussi chez les adultes et chez les vieillards que chez les enfants. « Aucun exemple d'une telle excroissance, dit Morgagni, n'a existé chez des jeunes sujets, et tous ceux que j'ai eu occasion de voir ou que je me souviens d'avoir lus existaient chez des vieillards. » Mais il est à remarquer que, dans ce passage, Morgagni désigne aussi les tumeurs squirrheuses qui ont leur point de départ dans la prostate. Sans être aussi exclusif que Morgagni, nous devons signaler ce qu'il y a de vrai dans son observation.

Elles sont très-communes chez les calculeux, comme nous le verrons plus bas en parlant des complications des fungus par les calculs vésicaux, et l'on se rend facilement compte de cette coexistence par l'irritation continuelle produite par la pierre sur la surface de la membrane muqueuse. Ce qui le prouve encore, c'est le développement des tumeurs sur les points qui ont le plus à souffrir de la présence du corps étranger. Les phlegmasies chroniques simples de la vessie sont une cause prédisposante fréquente des fungus. Cependant il arrive fréquemment aussi que le fungus se développe dans une vessie saine, et peut-être quelquefois le catarrhe vésical reconnaît-il pour cause la présence de la tumeur primitivement développée. Cette dernière opinion, bien que quelquefois probable, ne doit cependant être considérée que comme une hypothèse.

Quelquefois il y a complication de fungus et de névralgie de la vessie, comme

nous le verrons plus bas; mais une question reste indécise, à savoir si les excroissances sont le résultat ou la cause du fungus. Ce qui semblerait venir à l'appui de l'opinion en vertu de laquelle on regarde les excroissances comme produites par le stimulus, un calcul, par exemple, c'est que, dit M. Civiale, plus d'une fois on a laissé une tumeur fongueuse dans la vessie, après avoir enlevé la pierre, et que dès lors la tumeur est restée stationnaire, si même elle n'a diminué de volume.

Enfin, nous devons citer, pour la combattre, l'opinion de Scëmmering, qui, considérant les fungus vésicaux comme souvent analogues aux végétations syphilitiques, regarde le virus vénérien comme une de leurs principales causes. « Quant aux causes de ces végétations, dit-il, si l'on en excepte le virus syphilitique, je crois qu'on ne les connaît pas jusqu'à présent. » (P. 107.) Il est bon de faire observer en passant que, tout en convenant que le virus syphilitique est une cause prédisposante des végétations, cependant M. Ricord a prouvé par l'observation répétée des faits que les végétations peuvent se développer hors de l'influence de ce virus. On les observe principalement, dit encore Scëmmering, chez les ivrognes et les libertins, assertion qui, comme la précédente, ne repose sur aucune base.

Symptômes et diagnostic. « On ignore, dit Chopart, les signes qui pourraient attester l'existence de ces végétations vésicales. Leurs symptômes sont très-illusoire. » Tous les auteurs qui ont suivi Chopart n'ont fait que répéter cette phrase, qui, vraie dans un sens, ne l'est point exactement dans un autre; en tant que tumeurs développées dans l'intérieur de la vessie, elles sont reconnaissables souvent, maintenant surtout que la découverte de la lithotritie et de l'instrument percuteur a fourni au chirurgien un mode d'exploration plus complet et plus commode. En tant que fungus, c'est-à-dire une fois que la tumeur étant reconnue, il s'agit d'en apprécier la nature, Chopart a en grande partie raison et le diagnostic est des plus obscurs, sinon tout à fait impossible, dans l'immense majorité des cas. Cependant, avant d'exposer les idées modernes

sur ce sujet, et le résultat des recherches et des découvertes des auteurs contemporains, il n'est pas déplacé, sans doute, de rapporter le passage entier de Chopart relatif à ces difficultés du diagnostic.

« Situés au delà du col de la vessie, et parvenus au volume d'un œuf, les fungus peuvent gêner l'action de ce viscère, ralentir l'excrétion de l'urine, sans en intercepter le cours. Qu'ils soient irrités, ils causeront des douleurs vives, quelquefois analogues à celles de la pierre; il se manifestera des symptômes d'inflammation semblables à ceux qu'elle produit lorsqu'il n'y a pas de fongosité. Leur irritation peut exciter une sécrétion abondante de mucus, et rendre les urines visqueuses, puriformes; leurs vaisseaux peuvent se rompre ou laisser transsuder le sang dans la vessie, d'où s'ensuivra le pissement de sang. Mais ces accidents n'annoncent pas la présence d'un fungus. On ne peut guère tirer plus de lumières des effets de ces protubérances, quand elles se trouvent au col de la vessie. Celles-ci, agissant sur l'orifice de cette partie, causeront la difficulté d'uriner et successivement la rétention d'urine. Les symptômes de cette dernière maladie ne donneront aucun indice de la cause qui la produit, ou ces indices seront très-équivoques. Mais en remplissant l'indication curative que présente la rétention de l'urine, ou en procurant l'écoulement de ce liquide au moyen de l'algalie introduite dans la vessie, ne pourra-t-on pas parvenir à la connaissance de la fongosité viscérale? Supposons que le canal de l'urètre soit libre jusqu'au col de la vessie, et que le chirurgien éprouve à ce col une grande résistance pour porter la sonde dans ce viscère, il discernera difficilement si l'obstacle provient d'un fungus qui obstrue le col ou du rétrécissement de cette partie causé par l'épaississement et le racornissement de ses parois, par l'endurcissement de la prostate, même quand il introduirait le doigt dans le rectum pour reconnaître l'affection de cette glande, qui est souvent tuméfiée et augmentée de volume lorsqu'il existe de pareilles excroissances vésicales. Admettons que la résis-

tance soit surmontée ou que la sonde pénètre sans beaucoup de difficultés dans la vessie, le contact de cet instrument sur ces protubérances peut bien faire soupçonner leur présence, parce qu'on sent qu'il rencontre quelque chose d'extraordinaire qui le soulève ou qui le fait dévier de côté, et qui offre une résistance particulière; mais le racornissement de ce viscère, des brides ou des colonnes dures dans sa cavité, des tumeurs de toute autre nature formées dans l'épaisseur de ses parois et dans les parties qui l'environnent, peuvent en imposer et rendre très-équivoque le rapport de la sonde. Le diagnostic de ces fungus est donc obscur. Ce n'est qu'après la mort des malades que l'on a des connaissances positives sur l'existence, le siège et la nature de ces excroissances. » (T. II, p. 80.)

Ce passage de Chopart résume en peu de mots les principales difficultés qui se présentent pour établir le diagnostic des tumeurs fongueuses de la vessie. Les accidents qui constituent ces difficultés n'ont rien de spécial; c'est l'hématurie, la strangurie, les symptômes de la pierre, du catarrhe vésical, de la névralgie de la vessie, etc. Les inductions tirées des troubles fonctionnels de la vessie, des sensations du malade et de l'inspection du liquide urinaire, ne suffisent pas pour admettre ces fungus plutôt que toute autre lésion organique ou toute autre cause possible des désordres que l'on observe.

Scëmmering avait reconnu et signalé les difficultés du diagnostic: « Deux raisons, dit-il, s'opposent à ce que l'on connaisse bien ces tumeurs fongueuses: 1° elles sont trop molles pour être senties à travers la paroi recto-vésicale; 2° la vessie est trop dure et trop épaisse pour permettre de les apprécier par le toucher. Il ne faut donc pas s'étonner de ce que les plus habiles praticiens se sont trompés sur le diagnostic de cette maladie, et si quelques chirurgiens, prenant celles-ci pour des calculs vésicaux, ont fait l'opération de la taille, ainsi que Dalechamps et Pascal en citent des exemples. » (Page 107.)

Il y a des cas, selon M. Civiale, où rien, pendant la vie, n'aurait pu faire soupçonner une tumeur fongueuse, qui ce-

pendant avait acquis un grand volume, et, à ce propos, il cite deux faits qui lui sont propres, et dont l'un a été rapporté en entier dans l'article HÉMATURIE, comme exemple d'hématurie vésicale, produite par une cause indéterminée, qui ne fut reconnue qu'après la mort. C'est principalement chez les calculeux que M. Civiale a fréquemment découvert les fongus de la vessie, ce qui s'explique facilement par les explorations répétées que l'on est obligé de faire en pareille circonstance avec l'instrument lithotriteur. On peut trouver dans l'ouvrage de cet auteur d'utiles renseignements sur les faits relatifs au diagnostic et à l'appréciation des symptômes des fongus vésicaux.

Il est nécessaire de chercher à établir tout d'abord, autant que faire se pourra, une distinction entre les fongus simples, c'est-à-dire sans complication, et ceux qui sont compliqués de maladies différentes. Si l'on écarte tout ce qui n'a pas directement rapport à la maladie, on s'aperçoit bientôt qu'à leur début les fongus n'ont pas de signes propres. Il n'y a point de douleurs, d'une part, et, de l'autre, les troubles fonctionnels de la vessie ne sont ni constants, ni très-évidents. Plus tard, ce sont la dysurie, l'interruption du jet de l'urine, la douleur au col de la vessie, le catarrhe vésical, l'hématurie, les écoulements sanguins ou puriformes. Lorsque la tumeur siège au col de la vessie, si elle est pédiculée surtout, elle peut notablement gêner l'excrétion urinaire, et même elle pourra s'engager dans l'urètre au point de produire une rétention d'urine. Ludwig a rapporté plusieurs faits de ce genre.

Dans un cas cité par Bartholin, il existait deux petites tumeurs du col de la vessie qui rendaient très-difficile l'expulsion de l'urine, fuyaient devant la sonde, pour se rapprocher encore de l'orifice urétral et le fermer quand on la retirait. Dans des cas de ce genre, la tumeur fait en quelque sorte l'office d'une soupape. Erhart, dans les Actes des curieux de la nature (1748, t. VIII, obs. 59), a rapporté l'histoire d'une rétention d'urine de cette espèce qui devint promptement mortelle. Semmering pense que la présence des

fongus engagés dans l'orifice urétral peut causer l'incontinence d'urine en favorisant le passage du liquide entre les excroissances et les parois du canal. Tout ceci ne s'applique qu'aux fongus pédiculés, à base étroite et grêle.

Lorsque la base est large, courte, les désordres fonctionnels sont beaucoup moins rapides, moins marqués aussi. Dans ces cas aussi, l'on a vu quelquefois, surtout lorsque le tissu de la tumeur était très-résistant, le fongus être pris pour un calcul. Bien qu'il ne nous paraisse pas extrêmement concluant, le fait suivant nous paraît digne d'être rapporté comme exemple d'une de ces erreurs de diagnostic.

Obs. 7. « Le 1^{er} décembre 1759, un nègre, d'environ quinze ans, mourut dans l'hôpital Saint-Georges; on lui avait fait le jour précédent l'opération de la taille latérale, pour l'extraction d'une pierre dont il avait eu les symptômes depuis plusieurs années, et dont on s'était convaincu par la sonde qui rapportait les choes que cet instrument lui portait. Je n'ai pu être présent à cette opération, à laquelle Cheselden, Paulet, Vilhie et Tauhiapre assistèrent. Chacun de ces messieurs sentit la pierre avec la sonde creuse, avant que M. Middelton procédât à l'opération, qui fut faite selon l'art; cependant, comme on ne put pas découvrir ni reconnaître la pierre dans la vessie avec la tenette, et qu'au doigt elle se faisait toujours sentir au travers d'une membrane, quelques personnes peu versées dans la pratique, conclurent qu'on avait manqué la route, et que les instruments s'étaient fait chemin dans les dehors de la vessie, et ainsi on se détermina volontiers à en faire l'extraction par le petit appareil, d'autant plus qu'à la faveur des doigts introduits dans l'anus on poussait la pierre, et que la facilité qu'on avait à la sentir et à la porter en dehors favorisait la pratique; mais cette opération fut aussi infructueuse. Les curieux en grand nombre assistèrent à l'ouverture du cadavre; on trouva dans la partie interne et postérieure latérale du fond de la vessie, un kyste osseux, gros comme une châtaigne, rempli d'une substance pierreuse qui formait un corps rond et dur,

dont on entendait le bruit lorsqu'on le frappait avec le bout de la sonde; ce corps était engagé dans la membrane interne de la vessie, dont il était recouvert par une base large qui s'élevait du fond de ce viscère, et qui portait sur le *rectum*, de manière que dans les déjections de l'anus et de la vessie, et dans certaines situations du corps, il bouchait l'entrée de l'urètre, et irritait cet orifice jusqu'à y causer les accidents dont on avait accusé une pierre dans la vessie. » (*Mém. Acad. de chirurgie*, t. II, *Mémoire de M. Houstet*).

Ce cas, disons-nous, ne nous paraît pas être des plus concluants; en effet, si l'existence de la tumeur ne saurait être mise en doute, on pourrait du moins élever quelques discussions sur sa nature. Rien ne démontre positivement que ce soit un véritable fongus, et peut-être même aurait-on quelque droit de soutenir une opinion contraire, car l'ossification est loin d'être une terminaison fréquente de ces tumeurs.

Les faits de cette espèce ne sont pas rares. Le suivant, rapporté par M. Rey, en est un exemple :

Obs. 8. « Un homme fut sondé plus d'une fois par un chirurgien expérimenté qui prononça qu'une pierre existait dans la vessie. Le malade paraissant être dans des conditions favorables à l'application de la lithotritie, on prit jour pour l'opérer; mais son état devint tout à coup si grave, qu'il fallut ajourner toute tentative. La mort ayant eu lieu quelques jours après, on ouvrit le corps, et au lieu d'une pierre, on trouva un fongus de volume considérable qui tenait à la membrane muqueuse. » (*Guy's hospital reports*, n° 4, avril 1837, p. 51.)

Quelquefois la méprise a des suites plus funestes.

Obs. 9. « Dans un cas où, malgré l'incertitude des signes fournis par le cathétérisme, M. Crosse crut devoir cependant tailler le malade, dont l'opération causa la mort, la vessie ne contenait pas de calcul; mais, sur ses côtés, au niveau de l'insertion des uretères, existaient deux masses polypeuses considérables, surtout celle du côté gauche. En avant de ces deux tumeurs, il y en avait une série d'autres plus petites, irrégulièrement

groupées au pourtour de l'orifice vésical, et s'étendant jusqu'à la partie prostatique de l'urètre. Vers le sommet, les parois de la vessie étaient fort épaisses, notamment sur les côtés, où l'on découvrit une cavité contenant de la matière purulente. » (*A treatise on the urinary calculs*, p. 44.)

Ce que l'on peut conclure de tout ce que nous venons de dire des symptômes déterminés quelquefois par la présence des fongus, c'est que ces phénomènes, sans aucune valeur presque pour la détermination de la nature des tumeurs, ont du moins l'immense avantage d'attirer du côté de l'appareil urinaire l'attention du praticien, et de le conduire à des explorations utiles. Mais dans ces explorations, l'on devra tenir compte souvent des différents états névralgiques tant du corps que du col de l'organe, états sur lesquels les tumeurs ont une grande influence (*voir plus haut : Névralgies symptomatiques de la vessie*, p. 596). Il en sera de même des hématuries symptomatiques sur lesquelles nous avons aussi insisté dans un article précédent.

La sensibilité des tumeurs fongueuses en elles-mêmes est en général très-faible. C'est surtout depuis la découverte de la lithotritie que l'on a pu se convaincre du peu de sensibilité de ces excroissances, et M. Leroy-d'Étiolles nous apprend que plus d'une fois il lui est arrivé de *lacrérer des végétations de la muqueuse vésicale*, pendant des opérations de lithotritie, sans que les malades ressentissent aucune douleur. Cependant, M. Civiale pense qu'une sensation particulière du malade ne peut manquer dans des cas semblables d'avertir le chirurgien, s'il ne s'en apercevait pas lui-même en fermant son instrument pour opérer le broiement. De tous ces signes, il n'y a de certain pour établir le diagnostic du fongus vésical, que la sortie par l'urètre d'une portion de la tumeur elle-même, et outre que cette expulsion est excessivement rare, on doit prendre garde à ne pas confondre avec elle des portions de caillots sanguins décolorés, des concrétions fibrineuses, qui ont souvent induit les praticiens en erreur, comme nous le verrons

plus loin en parlant de ce que les anciens appelaient les *vers de la vessie*. (Voy. l'article *VERS DE LA VESSIE*.)

L'exploration à l'aide des instruments lithotriteurs fournit pour le diagnostic les données les plus précieuses. C'est dire que la découverte de la lithotritie étant toute moderne, les renseignements que nous fourniront les auteurs seront tirés des ouvrages contemporains.

Dans l'état normal, la surface de la vessie est, sinon tout à fait lisse, du moins à peu près égale partout, et l'instrument lithotriteur, ou la sonde promenée sur ses parois, n'est arrêtée nulle part. Tout au plus chez quelques individus qui offrent une hypertrophie de la couche musculaire de l'organe, rencontre-t-on des espèces de sillons et de saillies alternatifs; c'est cette disposition que l'on désigne sous le nom de *vessie à colonnes*. Quelquefois aussi, de l'orifice d'un urètre à celui du côté opposé, la muqueuse forme une sorte de repli, qui simule un ligament transverse, et cela arrive principalement chez les personnes qui ont eu des maladies longues et douloureuses de la vessie. Mais ceci n'est pas une cause d'erreur très-fréquente. Examinons successivement les divers degrés que peut présenter l'affection, au col de la vessie.

Au premier degré, au moment où la maladie commence, il peut y avoir, avon-nous dit, surtout si la tumeur est pédiculée, rétention d'urine déterminée par l'application de la tumeur contre l'ouverture vésicale de l'urètre. La sonde donne alors la sensation obscure d'un corps mou qu'elle déplace, sensation que l'observateur ne sait s'il doit rapporter à une tumeur, à une simple contraction spasmodique, à un caillot, à des mucosités catarrhales. Puis, la rétention d'urine ne survient que de loin en loin, et par conséquent l'intermittence des phénomènes leur enlève une partie de leur valeur. « Le trilabe (pince à trois branches), dit M. Civiale, fournit pour reconnaître ces tumeurs à leur début, les notions les plus exactes. C'est donc à lui qu'il faut avoir recours toutes les fois que l'on a quelque raison de soupçonner un fongus et se hâter, d'autant plus que le début de la maladie est le seul moment

auquel on puisse espérer un résultat satisfaisant des moyens curatifs. Je ne saurais trop insister sur ce point. Dès qu'on aura fait cesser la difficulté d'uriner ou la rétention d'urine, surtout si la sonde ne rencontre aucun obstacle, vital ou mécanique, soit dans l'urètre, soit au col vésical, et si la vessie possède un pouvoir expulsif suffisant, il faut explorer celle-ci d'une manière toute particulière et avec le trilabe. Après avoir fait une injection, on ouvre cet instrument dans la vessie, et on le ramène à soi comme pour le retirer tout ouvert. Les branches viennent s'appliquer contre l'orifice interne de l'urètre, qui se trouve tendu par leur élasticité. On imprime au trilabe de très-petits mouvements latéraux, et s'il existe au col vésical ou dans le voisinage, une production morbide fongueuse ou autre, elle se place dans l'intervalle des branches, fait saillie dans l'instrument et le stylet la fait reconnaître. Entre autres exemples que je pourrais citer, je parlerai d'un jeune homme de vingt-six ans, qui éprouvait des difficultés d'uriner et la plupart des symptômes propres à faire soupçonner l'existence d'un calcul vésical. Pendant que j'explorais la vessie, une tumeur fongueuse du col vint se placer entre les branches de la pince; mais la saillie étant peu considérable, je conseillai un traitement médical provisoire. Chez un autre malade j'ai découvert, de la même manière, une petite fongosité ayant son siège à l'angle antérieur du trigone et compliquant une affection calculuse très-avancée. Le sujet succomba au bout de quelques mois, et l'autopsie démontra que je ne m'étais point trompé. » (T. III, p. 28.)

Si, pour le second de ces deux cas, le diagnostic a été juste, on ne peut en conclure d'une manière certaine qu'il en fut de même dans le premier. Peut-être n'avait-on affaire qu'à un développement variqueux des veines du col de la vessie; peut-être même n'a-t-on pris dans les branches de l'instrument qu'un repli de la muqueuse, car on sait que très-facilement le trilabe peut saisir la muqueuse vésicale, et c'est là une des raisons qui en ont fait abandonner l'usage. A une période plus avancée, que M. Civiale

nomme le second degré, la sonde ne peut pénétrer tout d'abord dans la vessie, et se trouve arrêtée au col. Ici trois hypothèses peuvent se présenter. Ou il y a un rétrécissement par induration et épaissement des parois du canal; mais ils sont très-rares dans cette portion du canal. Ou il existe une disposition particulière signalée par M. Mercier dans ces derniers temps, une valvule du col de la vessie, et l'on s'en assure facilement au moyen de la sonde à petite courbure imaginée par ce praticien. Ou enfin, il y a une tumeur au voisinage du col. Nous croyons que pour la distinction de ces trois obstacles, M. Civiale s'est peut-être un peu exagéré les difficultés qui peuvent se rencontrer. Les difficultés ne sont très-grandes que pour ce qui est relatif à la nature de la tumeur dont l'exploration a démontré l'existence. M. Civiale cite comme exemple de ces difficultés, le fait suivant observé par lui à l'hôpital Necker dans le service des calculeux.

Obs. 40. « Un homme, âgé de cinquante-huit ans, éprouva, pendant plusieurs années, un dérangement considérable dans les fonctions de la vessie, contre lequel divers moyens furent employés en vain. On crut à l'existence d'une pierre, et le malade vint à l'hôpital Necker. Les phénomènes morbides avaient augmenté depuis trois mois, notamment les besoins d'uriner, qui étaient rapprochés, ainsi que les difficultés et les douleurs pour y satisfaire. De temps en temps l'urine coulait involontairement, et sans interruption. Au méat urinaire, il y avait une bride qui fut divisée. Dès ce moment la sonde, dont l'introduction avait été jusques alors difficile, parce qu'elle se trouvait serrée, pénétra sans difficulté; mais elle n'était pas encore parvenue dans la vessie que l'urine commençait à couler. Ce liquide était bourbeux, fétide et sanguinolent. L'instrument fut arrêté à l'orifice interne de l'urètre, et n'arriva dans la vessie qu'après qu'on en eut relevé fortement l'extrémité vésicale. Il existait, derrière la crête urétrale, une tumeur peu dure, dont la nature restait indéterminée. Je m'occupai d'abord de combattre les troubles fonctionnels de la vessie. J'avais

un double but à atteindre: 1° il fallait accoutumer les organes urinaires au contact des instruments qui devaient servir à l'exploration; 2° les effets de ce traitement étaient de faire connaître, jusqu'à un certain point, l'influence qu'exerçait la tumeur du col vésical. Pendant quelques jours, je fis des injections dans la vessie, l'urine devint plus claire et son expulsion plus facile, l'incontinence, qui avait lieu par intervalles depuis plusieurs mois, ne tarda pas à cesser. Des irrigations furent pratiquées ensuite, mais elles ne produisirent point l'effet que j'espérais; il y eut même une légère réaction, avec des maux de tête et mouvements fébriles, qui durèrent deux jours, pendant lesquels les douleurs en urinant et les dépôts de l'urine reparurent. Lorsque cette exacerbation eut cessé, on reprit les injections et les irrigations froides, qu'il fallut abandonner de nouveau, à cause d'une toux opiniâtre et d'un dérangement dans les fonctions digestives. Durant un mois, le traitement local fut suspendu, et l'on se contenta d'aider l'excrétion de l'urine, tantôt en introduisant la sonde matin et soir, tantôt en la laissant à demeure. Pendant ce temps aussi il se manifesta un léger catarrhe pulmonaire, qui fatigua le malade et le fit maigrir. A la fin ce catarrhe cessa; mais celui de la vessie reparut et persista avec opiniâtreté. On employa sans succès les vésicatoires, les purgatifs, les injections, les lavements, les boissons abondantes; de temps en temps il y avait un peu d'amélioration, mais elle ne se soutenait pas. Si les accidents avaient dépendu d'une simple névralgie du col vésical ou d'une atonie de la vessie, ils auraient cédé à ce traitement. Je m'étais assuré qu'il n'y avait ni pierre, ni lésions organiques du corps de la vessie. Les explorations par le rectum au moyen du doigt et par l'urètre avec la sonde m'avaient donné la certitude que l'obstacle tenait uniquement à l'état du col; il me fut donc démontré qu'on devait en accuser une tumeur que tout me portait à considérer comme fongueuse, mais à l'égard de laquelle cependant je n'avais pas une opinion définitivement arrêtée, puisque l'état général du sujet

ne m'avait pas encore permis de recourir aux explorations spéciales indispensables dans ces sortes de cas. Le malade me témoigna le désir d'aller passer quelque temps chez lui, parce qu'il était fatigué du séjour à l'hôpital. Je ne l'ai pas revu. » (T. III, p. 51.)

Bien qu'incomplet sous plusieurs rapports, ce cas ne laisse pas que d'être intéressant. L'instrument pénétrait assez profondément dans l'urètre pour qu'il fût évident que la tumeur était située très en arrière; il n'était arrêté qu'au moment où l'urine commençait à s'écouler, ce qui aurait pu, jusqu'à un certain point, faire penser qu'il était arrivé dans la vessie; mais il était positif aussi que la sonde n'avait pas encore pénétré dans cet organe, car ce n'est qu'après l'écoulement de l'urine qu'elle rencontrait l'obstacle contre lequel elle s'arrêtait. On doit faire grande attention, dans ces sortes de cas, à déterminer précisément le moment auquel l'urine s'écoule. Il n'est pas sans exemple qu'un phénomène à peu près analogue se manifeste dans certains états pathologiques de la prostate et de l'urètre; c'est dans la différence du moment auquel s'écoule le liquide que l'on trouve un élément de diagnostic. Quand il y a affection de la prostate, l'urine commence à couler dès que la sonde est arrivée à la portion membraneuse de l'urètre. Quand il y a fungus, ou plutôt tumeur vésicale comme dans le fait que nous avons cité, l'urine ne s'échappe que lorsque la sonde a franchi l'orifice interne de l'urètre. Dans le fait précédent on devra faire également la part d'une inflammation possible de la surface de la tumeur ou de la muqueuse vésicale.

Si dans ce cas, la sonde en pénétrant dans la vessie provoqua quelques douleurs, cela tient probablement à ce que la tumeur, comme le fait remarquer l'auteur, était enflammée, peut-être ulcérée à sa surface. Le fait de James Wilson, que nous avons rapporté au paragraphe des altérations pathologiques, et qui est relatif à un sujet affecté de fungus chez lequel le cathétérisme déterminait une douleur telle que la mort fut instantanée, ce fait, disons-nous, n'est pas sans

quelque ressemblance avec celui-ci sous le rapport de la douleur produite par le contact de la sonde.

Dans des cas de fungus de ce volume, on ne pourra presque jamais confondre la tumeur avec une tumeur prostatique, car le toucher rectal suffirait, dans l'immense majorité des cas, pour rectifier l'erreur de diagnostic. Il est rare, si tant est même que la chose soit possible, qu'une tumeur se développe sur la prostate en faisant corps avec elle sans que cette glande ait augmenté de volume. Pour s'assurer de la position de la tumeur, il suffit, avec l'instrument lithotriteur fermé ou avec une sonde à courbure semblable à celle de l'instrument, d'exécuter un mouvement de rotation, et de raser ainsi toute la circonférence interne du col vésical. Lorsque la tumeur est montée sur un pédicule grêle et flexible, la sonde lui fait faire quelques mouvements. Quand elle est à base large et épaisse, la sonde est arrêtée par elle dans le mouvement de circumduction.

Lorsque enfin, à une période plus avancée encore de la maladie, la tumeur remplit presque toute la vessie, que des lésions des organes voisins, de la prostate par exemple, sont venues la compliquer, les moyens de diagnostic et d'exploration échouent, et dans cette situation si fâcheuse et si embarrassante, le malade présentant d'ailleurs des symptômes généraux et locaux des plus graves, on doit reconnaître l'impuissance de l'art et abandonner l'affection à elle-même.

Lorsqu'au lieu d'être au col de la vessie, les fungus se développent dans un autre point quelconque de la cavité de l'organe, le diagnostic n'est pas toujours très-difficile, quant à ce qui a rapport à la détermination de l'existence d'une tumeur. Les sondes, les instruments pénètrent habituellement avec facilité dans la vessie; ici la pince à trois branches ne peut plus être d'aucune utilité, et doit être complètement remplacée par l'instrument à percussion, dont on se sert comme d'un compas lorsqu'il est possible de saisir la tumeur entre les mors. Ce sont là, d'après M. Civiale, les cas les plus heureux. Lorsque les fungus sont nombreux ou

très-volumineux, alors l'instrument ne fournit plus que des renseignements très-vagues. Lorsque la surface de la vessie est parsemée d'un grand nombre de petites excroissances peu saillantes, de volume et de consistance variés, on reste dans le doute sur la nature de ces tumeurs. C'est alors surtout que l'on pourrait les confondre avec les colonnes charnues formées par la tunique musculéuse. Le fait suivant prouve que le diagnostic, bien que difficile, n'est pas toujours impossible pour ceux qui ont l'habitude du cathétérisme et du manie-ment des instruments lithotriteurs.

Obs. 11. « En 1840, j'ai exploré la vessie d'un malade qui se croyait atteint de la pierre, dont on pensait même avoir reconnu l'existence au moyen de la sonde. Il offrait d'ailleurs tous les signes rationnels d'une affection calculeuse de la vessie. La première fois que j'introduisis la sonde, la face interne du viscère me parut tellement irrégulière et bosselée que l'instrument cheminait avec peine d'un point à un autre. Une exploration plus exacte ne me fit rien découvrir à la face antérieure de l'organe, non plus qu'à l'orifice; à la face postérieure de la vessie, se présenta une tumeur qui empêchait la sonde d'aller d'un côté à l'autre. En portant cette sonde, qui était à petite courbure, derrière la tumeur, entre elle et le sommet de la vessie, un peu à gauche, le bec étant incliné à droite, et en tirant l'instrument à moi, comme pour le faire sortir, je distinguai nettement la saillie que faisait l'excroissance, au-devant de laquelle la sonde retombait brusquement. L'expérience fut répétée plusieurs fois, en présence d'un grand nombre de témoins, car le malade n'accusait aucune douleur. Je remplaçai la sonde par un lithoclaste, à l'aide duquel je constatai les mêmes effets, et parvins ensuite à saisir la tumeur. Elle adhérait à la face interne de la vessie par une base large et résistante. Il eût été imprudent d'en tenter l'extraction ou d'en essayer la trituration. Une fois fixé sur la nature et l'état de la lésion, je me bornai à prescrire un traitement palliatif. » (Civiale, *ibid.*, page 57.)

On a conseillé l'emploi des bougies mol-

les, dites à empreinte, pour reconnaître les tumeurs fongueuses du col de la vessie. Tout en avouant qu'elles peuvent, une fois l'existence d'une tumeur reconnue, donner quelques renseignements sur la position de cette tumeur, par la direction que prend l'extrémité molle de la bougie, nous croyons que l'on ne doit rien attendre de précis de ce procédé, l'empreinte de la bougie pouvant résulter aussi bien de la présence d'une tumeur cancéreuse, d'une déviation du canal de l'urètre, d'une augmentation de volume de la prostate, que d'une tumeur fongueuse. Puis, en supposant que la direction de l'extrémité de la bougie courbée pût fournir quelque donnée utile, il est à craindre que cette direction ne s'altère lorsque l'on retire la bougie, qui se trouve avoir à traverser toute l'étendue du canal pendant qu'elle est encore flexible.

Complications des tumeurs fongueuses de la vessie. Ces tumeurs peuvent compliquer un grand nombre d'affections des organes urinaires, ou en être compliquées. Les calculs d'abord, les névralgies, les hématuries, le catarrhe vésical, etc., sont dans ce cas.

a. Il n'est pas rare de voir la membrane muqueuse de la vessie des calculeux donner naissance à des excroissances fongueuses, dont alors, comme nous l'avons dit plus haut, les calculs semblent pouvoir être regardés comme la cause déterminante. Dans ces cas, le plus ordinairement, ces productions ont leur siège dans les points où le contact des pierres entretient l'irritation la plus vive sur l'un des côtés du bas-fond de l'organe.

Obs. 12. « Un ancien marin, âgé de 78 ans, et d'une constitution affaiblie, se plaignait depuis nombre d'années de difficultés d'uriner, de douleurs à la région périnéale, d'hématurie, etc. Au Havre, où il avait été sondé, on soupçonna l'existence d'un calcul, et le malade me fut adressé. Lorsqu'il se présenta à l'hôpital, son état offrait tant de gravité qu'on ne pouvait songer à aucune opération. L'urètre et le col vésical étaient tellement sensibles que je ne crus même pas devoir explorer la vessie. Tous les moyens propres à calmer l'irritation et les dou-