

Du diagnostic des néoplasmes vesicaux / par F.P. Guiard.

Contributors

Guiard, Firmin P., 1852-1920.

Publication/Creation

Paris : Asselin et Houzeau, 1891.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/cv562nxx>

License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

*Cher Dr. Lecœur - Répond
C'est un bel hommage*

Guiard

DU DIAGNOSTIC

DES

NÉOPLASMES VESICAUX

PAR

LE D^r F. P. GUIARD

Ancien interne des hôpitaux

Extrait des *Archives générales de médecine*

PARIS

ASSELIN ET HOUZEAU

LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
Place de l'Ecole-de-Médecine.

1891



72 .

DU DIAGNOSTIC

DES

NÉOPLASMES VÉSICAUX

PAR

LE D^r F. P. GUIARD
Ancien interne des hôpitaux.


Extrait des *Archives générales de médecine*

PARIS

ASSELIN ET HOUZEAU

LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Place de l'École-de-Médecine.

—
1891



Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

<https://archive.org/details/b3058565x>

DU DIAGNOSTIC

DES

NÉOPLASMES VÉSICAUX

Le traitement opératoire des tumeurs de la vessie est aujourd'hui définitivement entré dans la pratique et il est très fréquemment utilisé aussi bien à l'étranger qu'en France. Il n'est cependant pas applicable à tous les cas. A certains malades, on a le droit et le devoir de conseiller vivement l'intervention; à d'autres, il convient au contraire de recommander l'abstention. Il y a, en d'autres termes, des indications et des contre-indications. En chirurgie, cette question est toujours une des plus délicates et des plus difficiles. Elle ne l'est jamais davantage que lorsqu'il s'agit des tumeurs de la vessie. Il n'est, dans tous les cas, possible de résoudre le problème qu'après avoir posé le diagnostic avec la plus rigoureuse précision, c'est-à-dire après avoir conduit aussi loin que possible l'étude clinique.

C'est cette étude envisagée particulièrement au point de vue du diagnostic que je me propose d'exposer dans ce travail.

Le docteur Féré, dans un excellent mémoire sur le cancer de la vessie, fait sous l'inspiration du professeur Guyon et couronné par la Commission du prix Civiale en 1880, pouvait

commencer par ces mots : « L'histoire du cancer de la vessie
« est un des points les plus obscurs de la pathologie des voies
« urinaires, non seulement parce que son étude clinique a
« été à peine ébauchée, mais surtout parce qu'on a décrit
« avec une déplorable confusion de termes des lésions anato-
« miques très diverses » (1).

C'est, en effet, l'opinion qui se dégage de la lecture de tous les anciens auteurs. On peut les parcourir tous depuis Chopart jusqu'à Civiale, on peut même arriver à l'ouvrage, d'ailleurs si remarquable, du professeur Le Dentu (1881), sans rencontrer une description clinique satisfaisante des néoplasmes vésicaux. Tous ces auteurs décrivent séparément, d'une part, les végétations, polypes, fungus et d'autre part les cancers, distinction d'autant moins justifiée qu'aujourd'hui même, quand la vessie est ouverte et que le néoplasme est à la portée de l'œil et du doigt, nous ne pouvons la plupart du temps nous prononcer sur sa véritable nature avant l'examen microscopique. Quant aux symptômes et au diagnostic, ils sont exposés avec une confusion dont on ne peut donner une idée qu'en ayant recours à des citations :

« On ignore, disait Chopart, à quels signes pourraient être
« reconnus les fungus de la vessie. Les petites fungosités
« qu'il n'est pas rare d'observer à l'orifice externe de l'urèthre
« chez l'un et l'autre sexe conduisent bien à soupçonner l'exis-
« tence de productions du même genre au col et dans l'inté-
« rieur de la poche urinaire ; mais les accidents que ces vé-
« gétations déterminent n'offrent rien de spécial (2).

De son côté, Civiale disait (3) : « A leur début, les excrois-
« sances fongueuses n'ont pas de signes propres. Le malade
« ne ressent rien ou à peu près rien. Les troubles fonction-

(1) Féré. — Du cancer de la vessie, 1881, p. 3.

(2) Civiale. Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires, 3^e édit., 1860, t. III, p. 117.

(3) Civiale. P. 118.

« nels de la vessie, s'il s'en manifeste, ne sont ni constants, ni
« très marqués et varient d'ailleurs beaucoup. A une époque
« plus avancée, se manifestent des symptômes plus prononcés
« mais qui, pour la plupart, n'ont rien de spécial. Ainsi, la
« difficulté d'uriner, l'interruption du jet de l'urine, la dou-
« leur au col de la vessie, le catarrhe vésical, les écoulements
« sanguins et puriformes se retrouvent dans le plus grand
« nombre des maladies du même organe ». On remarquera
quelle place infime les hématuries occupent dans cette
énumération. Loin d'être considérées comme un symptôme
primordial, elles sont placées au même rang que les écou-
lements puriformes. Après une longue description clinique
où il n'en est plus question, Civiale ajoute pour ter-
miner (1) : « L'hématurie et le catarrhe compliquent sou-
« vent les fungus vésicaux. Mais ces deux affections pouvant
« être la conséquence de la plupart des maladies de la vessie
« et de la prostate, n'ont rien de spécial relativement à l'exis-
« tence des productions morbides qui nous occupent. » Il n'y
a pas un mot de plus sur les pertes de sang dans les cas de
fungus. Plus loin, en étudiant le diagnostic du squirrhe et
cancer de la vessie, il écrit (2) : « On a attaché beaucoup d'im-
« portance aux douleurs lancinantes et aux hémorrhagies
« qu'on avait observées chez des sujets dans la vessie desquels
« des carcinomes ont été découverts après la mort. Mais cette
« disposition aux hémorrhagies vésicales même abondantes
« se reproduisant à des époques très rapprochées et sans
« causes appréciables, se présente souvent dans d'autres
« lésions de la poche urinaire. Ajoutons que ce symptôme
« manque fréquemment dans les cas de cancer. »

Ouvrons enfin l'ouvrage du professeur Le Dentu et nous y
verrons (3) : « Presque toujours le début du cancer primitif

(1) Civiale. P. 132.

(2) Civiale. Loc. cit., p. 212.

(3) Le Dentu et Voillemier. — Traité des maladies des voies uri-
naires, t. II, 1881, p. 435.

« de la vessie est insidieux et le mal s'accuse déjà par une
« cachexie assez avancée lorsque le diagnostic est porté. Pen-
« dant un temps variable se montrent des troubles urinaires
« qui n'ont rien de pathognomonique: mictions fréquentes,
« douleur en urinant, sensation de pesanteur au périnée, etc.»
et plus loin, à l'article Diagnostic (1) : « Les auteurs se sont
« efforcé de trouver des signes pathognomoniques du
« cancer de la vessie; mais ce qui prouve combien peu ils
« y ont réussi, c'est leur désaccord sur la détermination et la
« valeur de ces signes. Tandis que Lallemand accorde une
« haute importance aux douleurs lancinantes de la région
« sus-pubienne, Mercier regarde l'hématurie comme un phé-
« nomène des plus caractéristiques. Civiale de son côté, avait
« noté que les douleurs lancinantes ne s'observent pas cons-
« tamment.»

On le voit, même en 1881, nous étions encore infiniment loin de la précision désirable pour arriver à établir méthodiquement le diagnostic des néoplasmes de la vessie. Mais si nous étions peu avancés, du moins les étrangers ne l'étaient pas plus que nous. On ne trouve ni dans leurs ouvrages didactiques, ni dans l'exposé de leurs observations le fil conducteur qui permet de se diriger sûrement dans la dédale des troubles fonctionnels vésicaux. Pour la première fois cependant, nous trouvons dans l'ouvrage de sir H. Thompson une phrase, mais une phrase seulement, qui est conforme à ce que nous savons aujourd'hui (2): « Nous pouvons dire en termes gé-
« néraux, que le signe le plus certain, le seul caractère vala-
« ble qui permet de soupçonner la présence d'une tumeur
« dans la poche urinaire, c'est une hémorrhagie vésicale et
« persistante que l'on ne peut imputer ni à la pierre, ni à au-
« cune autre maladie à manifestations hémorrhagiques. »
Voilà tout ce que dit le célèbre spécialiste anglais sur les troubles fonctionnels et en particulier sur l'hématurie. Il

(1) Le Dentu, p. 441.

(2) Sir H. Thompson. — Traité pratique des maladies des voies urinaires, 1881, 2^e édit., p. 244.

ajoute d'ailleurs aussitôt : « Mais ne vous hâtez jamais d'arriver à cette conclusion; gardez-vous même d'admettre trop promptement l'hypothèse d'une tumeur. D'abord, pénétrez-vous bien de ceci, c'est que les tumeurs sont fort rares comparativement aux autres maladies qui peuvent revêtir la même physionomie symptomatique. En second lieu, n'oubliez pas qu'au début l'existence n'en est révélée par aucun signe vraiment pathognomonique. Ce n'est qu'après une longue et attentive observation du cas pendant, c'est-à-dire à une époque où déjà la maladie sera parvenue à une phase avancée de son évolution que vous pourrez conclure avec quelque raison et encore, *per viam exclusionis*, à l'existence d'une tumeur. »

Il faut arriver au mémoire de Féré, alors interne du professeur Guyon et inspiré par lui, pour trouver la première étude précise, méthodique et détaillée des symptômes et du diagnostic. Sans doute sa description peut aujourd'hui être complétée, mais, ne contenant pas d'inexactitudes, elle n'a pas, à proprement parler, besoin de corrections. C'est donc au professeur Guyon que revient l'honneur d'avoir débrouillé le chaos dans lequel on se mouvait auparavant. Et depuis le travail de Féré, c'est encore à lui ou à ses élèves et sous son inspiration directe que nous devons toutes les études cliniques de valeur qui ont été publiées sur ce sujet.

Je trouve d'abord, pour suivre l'ordre chronologique, l'important mémoire de Bazy (1), ancien interne de Guyon, qui a eu l'honneur de pratiquer en France, par la voie hypogastrique et de propos délibéré, la première opération de tumeur vésicale. Ce travail (1883) contient un court chapitre de diagnostic qui n'est autre chose que la reproduction très abrégée des idées professées à l'hôpital Necker.

Puis, l'année suivante, deux leçons du professeur

(1) Bazy. — Mémoires de la Société de chirurgie, 13 juin 1883 et Annales des maladies des organes génito-urinaires, t. I, 1883, p. 621 et 661. De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme.

Guyon (1) sur l'intervention chirurgicale appliquée aux tumeurs de la vessie contre les hématuries graves et contre les douleurs excessives.

En 1884, paraissait encore la très remarquable thèse de Pousson (2), inspirée par Guyon et préparée dans son service, ce qui n'empêchait pas le professeur de publier de nouveau, la même année (3), dans les Annales des voies urinaires, une longue étude sur le diagnostic des néoplasmes de la vessie.

En 1886 (4) nous trouvons dans les comptes rendus du Congrès français de chirurgie, une nouvelle note fort importante de lui sur la même question.

En 1888 (5) paraissaient ses leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate que j'ai eu l'honneur de publier. Le tiers au moins de ce gros volume est consacré aux tumeurs de la vessie. Les symptômes et le diagnostic y sont exposés avec un soin minutieux.

Enfin, l'année suivante (6), le professeur Guyon publiait encore dans les Annales un mémoire sur le diagnostic et les indications opératoires des néoplasmes vésicaux.

Je passe sous silence un grand nombre de leçons faites à l'hôpital et dont quelques-unes ont été publiées dans divers journaux de médecine.

On le voit la contribution du professeur Guyon à cette étude est énorme. Il l'a entreprise avec cette faculté d'observateur et ce sens clinique si remarquables qui feraient de lui l'un des plus grands médecins de notre époque s'il ne marchait en tête

(1) Annales des maladies des organes génitaux urinaires, 1884, numéro de mars, p. 141 et numéro d'août, p. 458.

(2) Pousson. — De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux sexes. — Th. Paris, 1884.

(3) Annales, 1884, p. 650.

(4) Congrès français de chirurgie, 1886, et Annales, 1886, p. 651.

(5) Leçons sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate, p. 145 à 463.

(6) Annales, 1889, p. 449.

de la chirurgie, et qui lui ont permis de renouveler de fond en comble toutes nos connaissances sur les maladies des voies urinaires, depuis celles de l'urèthre jusqu'à celles des reins. Il en est bien peu qui ne portent pas l'empreinte profonde de ses travaux. Mais pour ce qui concerne la symptomatologie des tumeurs de la vessie, on ne peut pas dire seulement qu'il l'ait perfectionnée puisqu'il l'a vraiment créée de toutes pièces. Nous lui sommes redevables non seulement de l'étude complète de chacun des symptômes, mais aussi et surtout de la méthode qu'il faut suivre pour examiner les malades, pour interpréter les symptômes et pour arriver judicieusement au diagnostic. Depuis douze ans, avec une activité sans relâche, il a apporté de jour en jour une lumière plus vive dans cette question jusque-là si obscure, et cette lumière est si complètement faite aujourd'hui qu'il est peu de maladies dont le diagnostic puisse être aussi exactement établi à l'aide des seules ressources de la clinique.

Ce n'est pas sans un vif plaisir que je relève une assertion équivalente dans un important discours du Dr Nitze, de Berlin, devant l'assemblée des naturalistes et médecins allemands tenue à Wiesbaden du 18 au 24 septembre 1887. Nitze, en parlant des symptômes et du diagnostic des tumeurs de la vessie, déclare que (1) « c'est à Guyon et son école que revient le mérite d'avoir établi avec clarté et simplicité cette symptomatologie dépouillée de tout détail d'importance secondaire ».

Je ne veux pas dire pour cela qu'on ne se soit pas aussi beaucoup préoccupé à l'étranger des moyens qui peuvent conduire à reconnaître avec précision l'existence et la topographie des néoplasmes vésicaux. Mais ne sachant utiliser, pour y parvenir, les symptômes fonctionnels et physiques, les chirurgiens anglais et allemands se sont efforcés de résoudre la question d'un seul coup, soit par le toucher direct, soit par la vue. A défaut de cette méthode d'ensemble que nous devons

(1) Annales des maladies des organes génitaux urinaires, 1887, p. 774.

au professeur Guyon et à laquelle je viens de faire allusion, ils ont surtout eu en vue l'étude de moyens particuliers, précieux sans doute, mais ne devant réellement être utilisés que dans certaines circonstances toutes spéciales. Ainsi sont nés l'exploration digitale de la vessie par la boutonnière périnéale que sir. H. Thompson a tant préconisée pour le diagnostic et le traitement des affections obscures de cet organe et les perfectionnements de la cystoscopie dont Nitze et le fabricant Leiter se sont constitués en Allemagne les principaux champions. Malheureusement la cystoscopie et tout aussi bien l'exploration digitale sont loin de constituer des manœuvres toujours positives et surtout toujours inoffensives. Qu'on puisse et qu'on doive y recourir dans certains cas particuliers, cela ne saurait être aujourd'hui contesté. Mais avant tout nous devons nous efforcer de dénouer au lieu de trancher le nœud gordien du diagnostic, non seulement parce qu'il s'agit d'un problème intéressant à résoudre mais parce que l'exploration digitale et la cystoscopie resteront toujours des moyens d'exploration, plus redoutés et plus redoutables pour les malades que les procédés d'investigation clinique qui constituent la méthode du professeur Guyon.

J'ai pour but, dans ce travail, de présenter une vue d'ensemble de la question, en rapprochant les unes des autres les diverses notions qui peuvent conduire au diagnostic des néoplasmes vésicaux et qui ont été successivement acquises dans ces dix dernières années. J'essaierai donc moins de faire œuvre personnelle que de fondre tous les mémoires et les leçons où M. Guyon a décrit chacun des nouveaux progrès qu'il a peu à peu réalisés au point de vue de l'investigation clinique. J'y ajouterai l'exposé des moyens qui permettent de toucher et de voir, exploration digitale et cystoscopie, en discutant leurs avantages et leurs inconvénients et en cherchant à préciser dans quelles circonstances il convient d'y recourir.

Pour décrire méthodiquement les symptômes et le diagnostic des tumeurs de la vessie, il me semble qu'il ne faut pas les envisager seulement dans leur ensemble. Il existe, en effet,

des types cliniques absolument différents les uns des autres et ce serait s'exposer à des confusions regrettables que de vouloir les confondre tous dans une même description. Au point de vue de leur évolution et de leur physionomie symptomatique, je distinguerai trois catégories différentes dans l'une ou l'autre desquelles me paraissent pouvoir entrer tous les faits connus.

Dans la première qui est de beaucoup la plus fréquente et qui peut être considérée comme le type normal, l'hématurie est le premier et pendant longtemps l'unique symptôme fonctionnel. Ce n'est qu'à une époque plus ou moins tardive qu'on observe de la fréquence des besoins, des altérations de l'urine, des douleurs, des rétentions, des rejets de fragments néoplasiques, etc.

Dans une seconde catégorie se rangent les cas où la maladie s'installe sous la forme d'une cystite, cystite qui survient sans cause, qui résiste aux moyens ordinaires de traitement et qui s'aggrave même d'autant plus qu'on la traite plus énergiquement.

Dans la troisième, le début simule l'hypertrophie prostatique avec rétention à tel point que pendant un certain temps l'erreur est à peu près inévitable.

Mais presque toujours, quel qu'ait été le mode de début, il arrive un moment où surviennent les hématuries caractéristiques du premier type. Ces hématuries, avec leur modalité clinique si particulière, ont donc une importance de premier ordre, puisque, dans la presque totalité des cas, elles représentent pour ainsi dire la signature irrécusable de la maladie. Les observations dans lesquelles elles ont fait défaut jusqu'à la fin sont absolument exceptionnelles. Cependant, il en existe et il faut que nous soyons en mesure, même dans ces cas, d'établir le diagnostic.

I

Les cas du premier type, de beaucoup le plus fréquent, se révèlent principalement, ai-je dit, par des hématuries. C'est là le grand symptôme qui domine de très haut toute l'histoire

des néoplasmes de la vessie. Je me bornerai à en rappeler les caractères plutôt que je ne les décrirai en détail, car on trouvera cette étude complètement faite dans plusieurs des mémoires du professeur Guyon, et surtout dans les leçons sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate, pages 241 et suivantes.

Elles sont précoces ou du moins rien ne permet, avant leur apparition, de supposer que la tumeur ait pris naissance. Or, il ne paraît pas probable que la tumeur, une fois née, reste longtemps sans provoquer d'hématuries. Les observations dans lesquelles l'étude anatomique des lésions a pu être faite soit par l'autopsie, soit par l'opération, et être rapprochée de l'évolution symptomatique, autorisent à admettre que la première hématurie est à peu près contemporaine du début même de la néoplasie (Guyon. Communication orale). On peut se demander toutefois, lorsqu'on voit des intervalles de plusieurs mois ou d'années même séparer les premières crises hématuriques et l'absence complète de tout symptôme caractériser ces intervalles, si un temps égal ne peut s'être écoulé, entre l'apparition du néoplasme et la première hématurie. Mais, même dans cette hypothèse, on peut encore dire que les hématuries sont relativement précoces.

Elles surviennent sans cause, indépendamment de tout exercice et de tout effort, aussi bien au milieu de la nuit que pendant le jour. Et si, dans certains cas, elles paraissent avoir été provoquées par des mouvements violents ou des manœuvres directes, leur intensité et leur durée sont en disproportion manifeste avec la cause qui paraît les avoir provoquées. C'est ce qui arrive en particulier après le cathétérisme explorateur. Elles sont isolées de tout autre symptôme. Il n'y a ni fréquence des mictions, ni douleur, ni même aucune sensation plus ou moins vague capable d'éveiller l'attention des malades. Ils ne s'aperçoivent de l'hématurie qu'à la coloration de l'urine. Cette coloration est plus ou moins foncée suivant l'abondance du sang mélangé au liquide, et suivant la durée de son séjour dans la vessie. Elle varie, en passant par tous les intermédiaires, du rouge vif au rouge foncé, presque noi-

rière et alors l'urine abandonne au fond du vase un dépôt sanguin plus ou moins comparable à la suie ou au marc de café. L'abondance du sang perdu est aussi très variable, mais elle est presque toujours considérable en raison de sa continuité habituelle pendant plusieurs jours. Il arrive quelquefois que cette abondance est telle que le sang ne se mélange plus intimement à l'urine et qu'il donne lieu à la formation de caillots. Ceux-ci peuvent être allongés et dans certains cas décolorés et d'aspect fibrineux, mais le plus ordinairement ils n'ont pas de forme déterminée et se présentent sous l'aspect de petites masses noirâtres d'assez faible consistance, pour se laisser facilement écraser par le doigt. Cependant, pour peu que leur volume atteigne les dimensions d'une noisette, ils donnent lieu à de grandes difficultés d'expulsion et à des contractions vésicales violentes et douloureuses. Ces efforts sont d'autant plus regrettables que rien n'est plus apte à provoquer un redoublement de l'hématurie. Aussi n'est-il pas rare, en pareil cas, d'observer la rétention complète par les caillots qui se sont accumulés au point de remplir et de distendre la vessie. La situation est alors particulièrement pénible, car les sondes les plus volumineuses pénètrent dans cet organe sans donner issue ni à l'urine ni aux caillots. On ne dénoue la situation qu'en pratiquant l'aspiration avec la seringue sans bout, adaptée à une grosse sonde métallique. Encore faut-il que l'évacuation complète des caillots soit absolue. S'il en reste quelques-uns, cela suffit pour que les accidents ne tardent pas à se reproduire. Il faut de plus soumettre le malade à l'action de la morphine qui met la vessie au repos et prévient ses contractions.

Dans certains cas très rares, les caillots formés dans la vessie n'ayant été expulsés ni spontanément, ni par l'aspiration, que celle-ci ait été ou non jugée nécessaire, se condensent en une masse sphéroïde qui prend une consistance ferme et se comporte comme un calcul d'une espèce particulière. J'ai eu l'occasion de voir M. Guyon, au cours d'une opération pour un néoplasme, extraire de la vessie un caillot ainsi constitué, présentant à peu près la dimension d'un œuf de poule.

On conçoit combien il serait difficile, dans un cas semblable, de ne pas attribuer au néoplasme lui-même l'augmentation de volume que la combinaison du toucher rectal et de la palpation hypogastrique permettrait de reconnaître, et qui serait due en réalité à la présence du caillot. Mais heureusement il n'y a guère à compter avec cette éventualité qui est des plus rares et dont je ne connais pas d'autre exemple.

La durée de chaque hématurie est ordinairement longue, elle se prolonge au moins plusieurs jours, quelquefois des semaines entières. Elle résiste d'une façon désespérante à toutes les médications internes ou locales. Elle n'est en rien diminuée par le repos, ni augmentée par le mouvement. Cependant les mouvements et les efforts sont plus préjudiciables que le repos n'est utile.

Enfin, il arrive un moment où le sang s'arrête. Cela peut avoir lieu progressivement, la teinte de l'urine étant de moins en moins prononcée d'une miction à l'autre. Mais, le plus souvent, c'est brusquement et au moment où on s'y attend le moins que les urines redeviennent d'une limpidité parfaite. Ce changement à vue surprend d'autant plus les malades que rien ne leur permettait de le prévoir.

Mais la suspension de l'hématurie n'est pas définitive. Bientôt elle reparaitra, toujours avec les mêmes caractères et pour se prolonger de plus en plus longtemps. La durée des périodes interhématuriques est extrêmement variable. Dans certaines observations elle a pu se mesurer par années. Mais cela est exceptionnel. Le plus souvent c'est par mois seulement qu'il faut compter et encore ne trouve-t-on d'aussi longs intervalles que dans les premiers temps de la maladie. Bientôt les hématuries successives ne sont plus séparées que par des semaines ou quelques jours. Elles deviennent même subintrantes. On n'observe plus que des alternatives d'augmentation et de diminution dans l'abondance du sang qui continue de s'écouler avec la ténacité la plus désespérante. Je dois dire pourtant que l'on peut rencontrer des malades qui, après des pertes de sang répétées, abondantes et orageuses arrivent à ne plus en uriner, bien que l'apparition de nouveaux symptômes,

fréquence des besoins, douleurs, etc., viennent trop nettement démontrer que la maladie poursuit sa marche fatale.

Ces hématuries à répétition ne peuvent manquer d'avoir leur retentissement sur la santé générale et de provoquer une anémie plus ou moins rapide. Dans les périodes initiales, les pertes peuvent être réparées pendant les espaces interhématuriques. Mais peu à peu les malades s'affaiblissent ; leur teint prend non pas la couleur jaune paille de la cachexie cancéreuse, mais la pâleur de la cire qui tient à la décoloration des tissus privés de sang ; ils s'essouffent et sont pris de palpitations au moindre mouvement ; leurs extrémités s'œdématisent, ils n'ont plus aucun appétit, et deviennent ainsi de plus en plus incapables de reprendre des forces et de refaire des globules.

Pour ne rien omettre, j'ajouterai qu'il y a des cas rares où l'hématurie semble manquer parce qu'elle ne se présente pas avec ses caractères ordinaires, et cependant elle est très réelle. Mais elle n'est représentée que par de très petits caillots noirâtres, qui sont expulsés avec les urines, à chaque miction, tous les jours et quelquefois pendant très longtemps. Il n'y a pas autre chose que ces caillots. Les urines qui les contiennent ont sensiblement la teinte normale (Guyon. Communication orale). Rien n'est plus facile en pareil cas, que de laisser l'hématurie passer inaperçue. Il faut savoir reconnaître ce symptôme même ainsi atténué, et tenir compte de sa durée. Chez un malade de M. Guyon, l'examen endoscopique pratiqué dans ces conditions, a provoqué une perte de sang très abondante, mais peu durable. Jusqu'à ce moment les urines de ce malade contenaient de petits caillots, mais jamais elles n'avaient offert de teinte vraiment sanguinolente.

Tels sont, brièvement résumés, les caractères de ces hématuries si spéciales qui appartiennent en propre aux néoplasmes de la vessie. Les plus importants, ceux qui en font un symptôme vraiment pathognomonique, sont l'apparition spontanée, la longue durée, la résistance à toutes les médications, les retours de plus en plus fréquents, l'absence de tout autre symptôme concomitant. Telle est leur valeur séméiologique,

que lorsqu'on les trouve réunis, on peut, sans aucune hésitation, affirmer ce premier point capital du diagnostic, qu'il s'agit d'un néoplasme de l'appareil urinaire. « Pour qu'une « hématurie soit imputable à un néoplasme, dit le professeur « Guyon (1), il faut qu'elle apparaisse spontanément et disparaisse sans raison appréciable; il faut que sa répétition ou « sa durée témoigne de la permanence de la cause qui la provoque. Le repos le plus rigoureux, la médication la plus active demeurent sans influence. Dans sa disparition, comme « dans sa venue, l'imprévu tient le premier rôle. Avant « comme après, la limpidité des urines est parfaite; et ce n'est « pas seulement leur aspect qui est normal, l'analyse n'y fait « rien découvrir. Ce contraste rassure les malades et souvent « il illusionne les médecins; il est cependant significatif. « Toutes les fois, en effet, que l'hématurie est le seul symptôme, que la maladie semble commencer et finir avec elle, « l'esprit doit être en éveil. Il faut craindre une néoplasie. « Pour peu que l'accident se renouvelle et dure, en évoluant « dans les mêmes conditions, nous avons le droit de penser « que la néoplasie est faite. »

Dans le plus grand nombre des cas, l'hématurie reste pendant très longtemps l'unique symptôme fonctionnel. La fréquence de la miction, la douleur et les altérations de l'urine ne s'y joignent qu'à une période avancée, à moins toutefois que le médecin n'en provoque l'apparition prématurée par des manœuvres intra-vésicales intempestives. Ces symptômes ne peuvent donc pas être utilisés pour le diagnostic; ils ne font qu'ajouter à ses difficultés. Sir H. Thompson a soutenu, il est vrai, que l'apparition spontanée et précoce de la douleur était ordinairement liée à la nature maligne du néoplasme. Cela est possible, mais ne saurait, tant s'en faut, être admis comme règle générale, si l'on s'en rapporte à l'observation attentive et multipliée des malades. Mais ce qui paraît vrai,

(1) Guyon. — Diagnostic des affections chirurgicales des reins. — Séméiologie. — Exploration. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 25 mars 1891, p. 214.

c'est que le siège du néoplasme au voisinage du col, quelle que soit du reste sa nature, détermine plus promptement les troubles de la miction et les phénomènes douloureux.

Quant à la décomposition de l'urine et à son odeur de macération cadavérique, dont on faisait autrefois un symptôme important du cancer de la vessie, elles sont loin d'avoir cette signification. Elles sont en rapport avec l'intensité de la cystite et ne surviennent comme elle que tardivement. Elles n'ont aucune autre valeur séméiologique.

A l'hématurie peut s'ajouter parfois, sans que du reste la marche de la maladie en soit sensiblement modifiée, un incident de très grande importance pour le diagnostic. C'est le rejet de parcelles du néoplasme qui sont entraînées avec les urines, quelquefois à l'insu des malades, d'autres fois en provoquant de grandes difficultés d'expulsion ou même des accidents de rétention. C'est là un symptôme précieux, puisqu'il met sous les yeux la preuve palpable de l'existence du néoplasme, mais malheureusement trop inconstant. Les malades doivent être prévenus de sa possibilité afin de ne pas le laisser passer inaperçu. Ces fragments de tumeur peuvent se présenter sous des formes différentes. Quelquefois ils ressemblent à s'y méprendre à des caillots fibrineux. Aussi doivent-ils toujours être soumis à l'examen microscopique. Il ne faut pas croire pourtant, comme on le faisait il y a quelques années, que leur structure puisse renseigner sur la nature du néoplasme. Presque toujours ils sont constitués par des franges papillomateuses, mais de semblables franges recouvrent très souvent des tumeurs de mauvaise nature, ainsi que l'ont démontré les opérations et les autopsies. L'expulsion de ces parcelles ne peut donc renseigner que sur un seul point l'existence du néoplasme, néoplasme qui siège très probablement dans la vessie, car il est exceptionnel que les tumeurs du rein aient donné lieu à ce phénomène. Sir H. Thompson, qui attache beaucoup d'importance à la rencontre de ces parcelles, va jusqu'à donner le conseil d'en provoquer l'expulsion par des manœuvres telles que les grands lavages ou l'aspiration. Le professeur Guyon, au contraire, est d'avis de s'en remettre

au hasard, n'estimant pas que ce symptôme ait assez de valeur pour qu'on fasse courir le moindre risque au malade afin de l'obtenir.

Les caractères des hématuries et, dans quelques cas rares, la rencontre de parcelles néoplasiques, ont démontré l'existence d'un néoplasme dans un point de l'appareil urinaire. Il reste à reconnaître quel est le siège exact de ce néoplasme.

Or, il est bon de rappeler que si les tumeurs de la prostate ne s'accompagnent presque jamais d'hématuries, celles du rein au contraire en provoquent très habituellement, et ces hématuries d'origine rénale offrent à peu de chose près les grands caractères que j'ai rappelés plus haut. Elles sont également spontanées, répétées, capricieuses, rebelles au traitement. Elles peuvent aussi être assez abondantes pour remplir la vessie de caillots. Il semble donc au premier abord qu'elles doivent presque toujours être confondues avec les hématuries vésicales.

On a pensé que le mélange très intime du sang avec l'urine pouvait être un indice de sa provenance rénale. Cela n'est pas confirmé par les observations. Ce mélange très intime se retrouve également dans les hématuries vésicales. — Il en est de même de la coloration noirâtre ou rutilante que les auteurs ont voulu tour à tour attribuer exclusivement aux hémorrhagies rénales. — L'abondance extrême du sang, son apparition brutale et en quelque sorte foudroyante, a été aussi présentée comme un caractère distinctif, mais bien à tort, puisque cela peut tout aussi bien se produire dans les affections vésicales.

En y regardant de près, cependant, on peut surprendre quelques différences. C'est ainsi que les hématuries rénales sont assez souvent de courte durée, peu abondantes et à longs entr'actes. Chez un certain nombre de malades, une période hématurique se compose d'une alternative plusieurs fois répétée dans une même journée d'urines claires et d'urines sanguinolentes, ce qui n'a jamais lieu dans les tumeurs de la vessie. D'un autre côté, les hématuries dans les tumeurs du rein, au lieu d'être de plus en plus longues et de plus en plus rapprochées comme dans celles de la vessie, vont en diminuant.

et finissent quelquefois par disparaître complètement, avant même que la maladie soit arrivée à sa période terminale. Mais ce n'est pas avec ces différences, qui n'ont d'ailleurs rien d'absolu, que l'on peut arriver au diagnostic.

Il y a des particularités qui ont plus d'importance. C'est l'étude du moment de la miction où le sang se mélange le plus abondamment à l'urine. Toutes les fois qu'on est en présence d'une hématurie, qu'elle soit d'origine vésicale ou rénale, on peut s'attendre à ce que la fin de la miction soit plus chargée de sang que le commencement. Si le sang est noirâtre, ce fait n'a aucune valeur. Il indique simplement que, dans la vessie, comme dans un vase, le sang a tendance à se déposer. Mais si la coloration de l'urine est rutilante, et que de toute évidence le sang qui la teinte soit fraîchement sorti des vaisseaux, cela peut servir au diagnostic différentiel. Lorsque ce sont les premières gouttes d'urine qui sont le plus teintées, il est probable non seulement que c'est la vessie qui est dégénérée, mais encore que le néoplasme s'insère au voisinage du col. Lorsque ce sont les dernières gouttes, cela permet simplement de localiser la lésion dans la vessie. Ce sont les contractions de la fin de la miction qui ravivent l'hématurie. Mais, je le répète, pour que l'abondance plus marquée du sang au début ou à la fin de la miction ait cette valeur séméiologique, il est de toute nécessité que le saignement se produise pour ainsi dire sous nos yeux et que la teinte de l'urine soit franchement rutilante.

C'est un point que le cathétérisme avec la sonde en caoutchouc vulcanisé peut très facilement mettre en évidence et cette manœuvre, à la condition d'être parfaitement aseptique, ne saurait avoir aucun inconvénient. On sonde, puis on lave à l'acide borique. La plus grande partie du liquide revient claire. Les dernières gouttes seules se teintent en rouge vif quand on laisse l'évacuation se faire complètement. Et si on recueille dans un verre à expérience le liquide qui reste alors dans la sonde, lorsqu'on la bouche pour la retirer, on constate ordinairement que ce liquide est du sang pur. En pareil cas, la lésion est certainement vésicale et non rénale. Ce n'est pas

seulement pendant les périodes hématuriques que l'emploi de la sonde molle peut servir ainsi à déterminer l'origine du sang, c'est aussi lorsque les urines ont cessé d'être sanguinolentes. Il suffit souvent de faire un très prudent lavage de la vessie pour ramener un peu de cette hématurie terminale et il n'en faut pas davantage pour permettre d'affirmer que la vessie est le siège de la lésion.

Il y a encore, dans l'étude de l'hématurie, un autre fait qui peut avoir son importance pour la solution du problème qui nous occupe et qui mérite d'être relevé, c'est une forme particulière des caillots. Dans certains cas, assez rares il est vrai, on peut constater dans l'urine la présence de caillots moulés, fort longs, ne mesurant pas moins par exemple de 20 à 22 cm. Il est alors très vraisemblable que ces caillots se sont formés dans l'uretère et ont une origine rénale. Les caillots allongés formés dans le canal, que peuvent rendre parfois les prostatiques, sont toujours moins longs. Mais si l'expulsion de caillots moulés, quelle que soit leur longueur, a été précédée de douleurs rénales constituant une sorte d'ébauche de coliques néphrétiques, il devient évident que la coagulation du sang dans l'uretère a été la cause de ce double phénomène.

Enfin, le microscope peut encore venir utilement à notre aide. Ainsi que l'a démontré le Dr Albarran, le très distingué chef de clinique du professeur Guyon, il permet parfois de reconnaître dans l'urine de très petits cylindres hématiques qui représentent le moulage des tubes efférents du rein. Ils sont un irrécusable témoignage de l'origine rénale de l'hématurie et offrent une signification beaucoup plus positive que les cellules épithéliales dont la forme souvent altérée ne permet généralement pas d'être affirmatif.

Telles sont les importantes notions que l'on peut déduire de l'étude attentive de l'hématurie. Mais pour compléter le diagnostic et savoir si c'est le rein ou la vessie qui est en cause, nous pouvons retirer d'autres renseignements de très haute valeur de l'examen direct.

En découvrant le malade, il faudra tout d'abord examiner

le scrotum afin de s'assurer s'il n'existe pas de varicocèle. Cette constatation offrirait, en effet, beaucoup d'importance, surtout si le varicocèle était de date récente, à marche rapide, s'il siégeait à droite où le varicocèle vulgaire est plus rare et s'il survenait chez un homme d'un certain âge atteint d'hématurie. Un semblable varicocèle doit toujours éveiller l'attention du côté du rein correspondant, en vue d'une affection néoplasique. Sa production s'explique par la compression des veines émulgentes par le rein augmenté de volume. C'est encore au professeur Guyon que nous devons la connaissance très précieuse de ce varicocèle symptomatique. Sans doute ce n'est pas toujours un phénomène précoce et dans les premiers temps, il est si peu prononcé qu'il peut facilement passer inaperçu. Aussi peut-il être nécessaire, pour que sa recherche soit concluante, d'examiner le malade dans la position verticale et après la marche, ce qui rend la turgescence des veines beaucoup plus apparente. Mais je dois dire aussi que, dans certains cas, ce varicocèle prend des proportions telles que le malade ne se plaint pas d'autre chose. Si l'on est prévenu, on ne manquera pas de le rapporter à sa véritable cause.

Il faut ensuite procéder à l'exploration des régions rénales. La seule inspection peut permettre de constater dans l'un des flancs une saillie anormale, une sorte d'élargissement de la région, avec un développement plus ou moins prononcé des veines de la peau dont les ramifications se dessinent d'une façon apparente à sa surface. Il s'agit alors d'une tumeur déjà très considérable. Mais dans la grande majorité des cas l'inspection est négative. C'est surtout par la palpation que l'on peut recueillir de très utiles renseignements.

On peut la faire suivant les règles posées par Glénard, de Lyon ou par Israël, de Berlin. On sait que Glénard pratique cette palpation avec une seule main, le pouce en avant les autres doigts en arrière, en promenant le long du flanc l'anneau contractile ainsi formé et complété en avant par l'autre main. On se sert de la main gauche pour le côté droit et réciproquement et le malade est dans le décubitus dorsal absolu.

Israël place, au contraire, le malade dans le décubitus latéral

sur le côté opposé à celui qu'on veut explorer. Ainsi le rein se porte en bas et en avant. Le chirurgien se met en face du malade. Il applique une main à plat sur la région lombaire et l'autre sur le point correspondant de la paroi abdominale antérieure, de façon à ce que le bout de l'index et le médius soient à deux doigts au-dessous des points de réunion des 9^e et 10^e cartilages costaux. Déplacé par la position et par l'inspiration, le rein peut être senti entre les deux mains.

Sans entrer dans de longs détails sur ces procédés, je dirai qu'ils sont surtout utilisables pour apprécier les déplacements simples du rein normal. Ils rendent moins de services, ils peuvent même rester complètement négatifs, quand il s'agit de reconnaître l'augmentation de volume d'un rein non mobilisé.

C'est encore au professeur Guyon que nous sommes redevables d'un artifice d'exploration « qui permet de dessiner les contours, de faire la mensuration, de limiter exactement, de reconnaître l'état lisse, de sentir les bosselures et même de présumer la consistance ». C'est la recherche du ballottement rénal.

Ce procédé a déjà été publié bien des fois. Cependant, il est si utile dans la pratique que je crois bon d'en reproduire ici, non pas la description complète (1) mais, seulement les principales règles brièvement résumées.

Le malade doit être dans le décubitus dorsal, la tête soutenue, mais peu élevée, le tronc et les membres reposant sur le lit dans toute leur longueur. La flexion classique des genoux a l'inconvénient de provoquer une sorte de vigilance musculaire qui entraîne des contractions synergiques des muscles du tronc. Le chirurgien se place du côté à examiner. L'une des mains, la gauche pour le côté droit, la droite pour le côté gauche, est glissée en arrière, entre la crête iliaque et la dernière côte, l'extrémité des doigts dans l'angle costo-ver-

(1) On la trouvera dans le Journal de médecine et de chirurgie pratiques, numéros du 25 mars et du 25 avril 1891. Article Diagnostic des affections chirurgicales du rein. Séméiologie, exploration, par le professeur Guyon, p. 293.

tébral, c'est-à-dire dans un espace très restreint où la main tout entière ne saurait trouver place. Le triangle costo-vertébral représente la région dépressible la plus voisine du rein. L'autre main est appliquée en avant, empiétant un peu sur le bord externe du muscle grand droit, immédiatement au-dessous des fausses côtes à droite, s'insinuant un peu sous les fausses côtes à gauche où le rein est situé un peu plus haut. Les deux mains étant ainsi placées, pour rechercher le ballottement, il faut agir de la façon suivante. On prie le malade de respirer profondément et on profite de chaque expiration pour déprimer la paroi abdominale avec la main antérieure. Cette main se contente de rester en place pendant l'inspiration suivante, en se bornant à conserver le terrain conquis et sans exercer une pression trop forte. A chaque expiration, elle pénètre un peu plus loin et arrive ainsi en allant en mesure et par gradations successives jusque dans les profondeurs de la région à une assez faible distance de l'organe à explorer. On ne doit pas toutefois se proposer d'arriver à un rapprochement trop intime, car il faut, au-devant du rein, un espace libre dans lequel il puisse se mouvoir. Lorsque la paroi abdominale antérieure est convenablement déprimée, on produit avec le bout des doigts de la main postérieure, par la flexion répétée des phalanges et en évitant soigneusement de changer de place, une série de secousses plus ou moins rapides dans l'aire même du triangle costo-vertébral. Pour peu que le rein soit augmenté de volume, il vient alors se mettre en contact, à travers la paroi abdominale, avec la main antérieure qui peut, non seulement, en apprécier l'augmentation de volume, mais encore en reconnaître la surface et même jusqu'à un certain point la consistance.

Comme on le voit, le ballottement ainsi perçu diffère du ballottement fœtal, en ce que la sensation spéciale, au lieu d'être perçue par la main postérieure qui reste en place après l'impulsion donnée, est transmise à la main antérieure. Il s'agit bien cependant d'un véritable ballottement.

Je n'insisterai pas ici sur tous les renseignements que ce mode d'examen permet de recueillir, n'ayant pas en vue

l'étude complète de l'exploration rénale, mais seulement le diagnostic différentiel des néoplasmes de la vessie et du rein. Il suffit de constater l'existence ou l'absence d'une augmentation de volume du rein pour que nous soyons fixés au point de vue qui nous occupe.

Si la recherche du ballonnement reste complètement négative, il y a déjà de grandes présomptions pour que la vessie soit le siège du néoplasme dont les hématuries pathognomoniques ont révélé l'existence. Il reste à s'en assurer par l'examen direct de la vessie.

Est-ce, par le cathétérisme explorateur, avec la sonde métallique qu'il faut procéder à cet examen ? Ce moyen de diagnostic nous fournit journellement des résultats si positifs pour la détermination précise de lésions variées de la vessie qu'il était tout naturel d'y recourir aussi dans les cas de tumeurs. Mais cette exploration laisse le plus souvent dans le doute, quand elle ne conduit pas à des erreurs. Si elle renseigne, en effet, admirablement sur la cavité de la vessie, sur son contenu, elle n'apprend que très peu de chose sur l'état de la paroi. Et cependant, c'est l'état de cette paroi que nous avons surtout à reconnaître, c'est de la paroi que le néoplasme prend naissance, c'est de la paroi qu'il faudra le séparer en opérant (Guyon).

Or, il arrive très souvent que le cathétérisme ne révèle pas du tout l'existence d'une tumeur arrivée déjà à un certain degré de développement. Dans d'autres cas où une grosse tumeur remplit en grande partie la vessie, il peut n'en traduire la présence que par des difficultés insolites des manœuvres intra-vésicales. On sait que des sensations plus ou moins analogues peuvent être dues à un simple soulèvement de la paroi postérieure ou du bas-fond de la vessie par des contractions partielles. Par conséquent, lorsque les résultats du cathétérisme explorateur sont négatifs, on ne peut pas en tenir compte, et lorsqu'ils sont positifs, ils n'ont trop souvent aucune signification précise.

Ce n'est pas à dire qu'il ne puisse jamais rendre aucun service. Plus d'une fois j'ai vu M. Guyon recueillir par ce moyen

des notions importantes, toucher la tumeur, la circonscrire et même arriver à déterminer à peu près son mode d'implantation.

Mais cette exploration n'est pas sans inconvénient. Elle expose très facilement à l'apparition de poussées fort douloureuses de cystite, alors même qu'elle est pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques; elle peut aussi ramener des hématuries ou les aggraver. Or, puisque l'on ne peut se baser avec certitude ni sur ses résultats positifs, ni sur ses résultats négatifs, n'est-il pas sage de s'habituer à s'en passer? J'ai vu bien des fois M. Guyon ne pas craindre d'aborder l'opération sans y avoir recouru.

C'est par l'exploration extra-vésicale au moyen du toucher rectal soit seul, soit plutôt combiné avec la palpation hypogastrique que l'on peut obtenir les renseignements les plus précis et cela est d'autant plus heureux que la manœuvre est toujours absolument inoffensive.

Pour la faire dans de bonnes conditions, il est de toute nécessité de commencer par vider la vessie avec une sonde en caoutchouc vulcanisé. Faire uriner le malade n'est pas suffisant, car il pourrait avoir un peu de rétention incomplète et il est indispensable que la vessie soit absolument vidée afin que toutes les sensations perçues puissent être, sans aucun doute, rapportées à sa paroi et non à son contenu. Je rappelle en passant que ce cathétérisme permet en même temps d'étudier les particularités relatives à l'origine vésicale de l'hématurie dont j'ai parlé plus haut.

La vessie étant vidée et le malade placé dans le décubitus dorsal, le chirurgien se tient à sa droite et introduit dans le rectum l'index de la main droite. Le doigt et le pourtour de l'anus ont été abondamment graissés afin de permettre une introduction aussi profonde que possible. Le toucher rectal peut, à lui seul, fournir de très utiles renseignements. C'est ainsi qu'il peut révéler l'existence d'indurations ou de bosselures de la paroi vésicale qui suffisent pour établir, avec la plus complète certitude, le diagnostic d'une tumeur de mauvaise nature ayant envahi toute l'épaisseur de la paroi vésicale et

échappant par cela même à toute tentative d'extirpation radicale. Cette sensation de dureté, de résistance, de bosselures commence au-dessus de la prostate dont le volume et la consistance sont restés normaux. Elle peut offrir une étendue plus ou moins considérable en surface de même qu'elle peut être plus ou moins immédiatement sous le doigt qui explore suivant la profondeur de l'infiltration du néoplasme, dans la paroi vésicale.

Mais cette constatation est loin d'être fréquente; elle constitue non pas la règle, mais l'exception parmi les cas où il est permis de dire que l'exploration extra-vésicale est positive. Il y a donc autre chose à rechercher et c'est précisément un point sur lequel M. Guyon n'a cessé d'attirer l'attention chaque fois qu'il s'est occupé de ce sujet depuis une dizaine d'années. C'est cependant ce que ne paraissent pas avoir bien compris certains chirurgiens de haute valeur et en particulier sir H. Thompson. Dans une note sur le diagnostic des néoplasmes de la vessie publiée en février 1887 dans les *Annales des maladies des voies urinaires*, en réponse à la communication de M. Guyon au Congrès de chirurgie de 1886, il paraît croire que toute l'importance attachée par le chirurgien français au toucher rectal vise exclusivement cette constatation. Il en conclut qu'il n'existe entre M. Guyon et lui que des divergences plus apparentes que réelles au sujet de la valeur de l'exploration digitale; il déclare que dans ces cas où le toucher rectal fait sentir des indurations et des bosselures, non seulement il s'abstient d'opérer, mais aussi d'explorer par la boutonnière péritonéale.

Or, c'est justement dans les cas où ces nodosités, ces indurations font défaut, dans ceux où sir H. Thompson a recours à l'exploration digitale que M. Guyon est parvenu, non point par le toucher rectal seul, mais par le double toucher, à recueillir des renseignements qui, jusqu'à présent, paraissent avoir complètement échappé au chirurgien de Londres puisqu'il n'en fait mention dans aucun de ses travaux.

Sir H. Thompson a rencontré une proportion de tumeurs bénignes, de papillomes beaucoup plus considérable que

M. Guyon, 25 sur 34. Quelle que soit l'explication de ce fait singulier, car la proportion des tumeurs malignes est chez nous beaucoup plus grande, il y a un fait bien certain, c'est que, bénigne ou maligne, la néoplasie occupe un certain volume et le double toucher, après évacuation complète de la vessie, auquel M. Guyon attache tant d'importance, n'a pas d'autre but que de reconnaître et de localiser cette augmentation de volume. Les renseignements ainsi recueillis n'ont aucunement la prétention de conduire au diagnostic de la nature du néoplasme, mais simplement de révéler sa présence. Avec une certaine habitude, on peut arriver à apprécier si rigoureusement le degré d'épaisseur et de souplesse des parois vésicales prises entre le doigt rectal, la main hypogastrique et la face postérieure du pubis, qu'il est assurément impossible d'admettre avec Thompson qu'en France les papillomes ne sont pas encore passés dans le domaine de la chirurgie et soient souvent méconnus. Très certainement le papillome est réellement plus fréquent en Angleterre qu'en France ou bien les cas que l'on prendrait en Angleterre pour des papillomes sont en réalité d'une nature différente. M. Guyon hésite, en effet, d'autant moins à ouvrir une vessie pour y détruire un néoplasme qu'il a recueilli moins de signes positifs par l'exploration directe. Alors même que cette exploration reste absolument négative, si d'ailleurs l'étude méthodique de l'hématurie a démontré son origine vésicale et non rénale, il sait établir le diagnostic avec assez de rigueur pour oser ouvrir la vessie par l'hypogastre. Dans ces conditions, si les papillomes étaient aussi fréquents que les tumeurs épithéliales, peut-on croire qu'ils passeraient inaperçus?

Je reste donc persuadé jusqu'à nouvel ordre qu'il subsiste un différend entre les deux chirurgiens anglais et français et, ce différend consiste en ce que les informations que sir H. Thompson demande à l'exploration digitale, M. Guyon les obtient moins nets et moins directs sans doute, mais sans opération, ce qui a bien son prix, par le double toucher.

Pour le pratiquer, on commence, je le répète, par vider la vessie avec la sonde en caoutchouc, puis l'index droit étant

introduit dans le rectum, la main gauche déprime doucement l'hypogastre en profitant des expirations successives, absolument comme nous avons vu qu'il fallait le faire pour la recherche du ballottement rénal. En procédant ainsi on arrive presque toujours, même chez les sujets gras, dont la paroi abdominale est épaisse, à reconnaître assez rigoureusement la moindre augmentation de volume de l'organe. Il va sans dire qu'on peut apprécier beaucoup mieux que par le simple toucher rectal les indurations et les bosselures du bas-fond, dans les cas de cancer infiltré. On arrive ainsi à préciser non pas seulement l'étendue en surface de la néoplasie, mais aussi son épaisseur. Mais le double toucher a surtout pour but de fournir des constatations moins évidentes, plus délicates. Il y a de très nombreux cas où, sans qu'il y ait ni bosselures, ni indurations, il permet de reconnaître une sorte d'épaississement de consistance variable, parfois ferme et résistant, parfois souple ou même tout à fait mou, épaississement en rapport avec une assez large implantation de la tumeur non infiltrée cependant. Lorsqu'on ne sent rien autre chose qu'une simple augmentation de volume, avec une souplesse parfaite des tissus immédiatement placés sous le doigt rectal, augmentation de volume qui est plus souvent latérale que médiane, il est possible mais non certain que la tumeur soit pédiculisée, circonstance particulièrement favorable pour l'intervention.

Il ne faudrait pas croire cependant que toute augmentation de volume sentie au-dessus de la prostate par le double toucher combiné soit nécessairement une tumeur de la vessie. Il y a des causes d'erreur qu'il faut savoir éviter. C'est ainsi, par exemple, qu'un malade du service de M. Guyon, à l'hôpital Necker, avait pu donner lieu pendant quelques jours à des incertitudes de diagnostic. Le malade ayant présenté quelques hématuries, on se demandait si l'épaississement que l'on sentait au-dessus de la prostate, n'était pas en rapport avec l'existence d'un néoplasme de la vessie. Il tenait simplement à une poussée de vésiculite. On en eut bientôt la preuve quand la résolution se produisit. Le plus ordinairement, en pareil

cas, la douleur que provoque la pression est très caractéristique ; on note d'ailleurs dans l'étendue de la tuméfaction non pas des bosselures mais des inégalités de consistance tenant à ce que la résolution s'est plus ou moins complètement faite en certains points.

Mais il y a des cas de tumeur, très rares à la vérité, où le double toucher n'apprend absolument rien. Ce sont précisément ceux où M. Guyon est le plus disposé à intervenir, à la condition, bien entendu, que des hématuries caractéristiques lui aient permis d'affirmer qu'il y a un néoplasme et que ce néoplasme siège dans la vessie. Il a, en effet, depuis bien longtemps, proclamé quelle importance capitale présentait, au point de vue des indications, l'absence de toute rencontre suspecte de toute sensation anormale.

Jusqu'ici je n'ai rien dit des résultats que peut donner la seule palpation de l'abdomen. C'est que, dans la grande majorité des cas, elle reste négative lorsqu'elle n'est pas combinée avec le toucher rectal. Je dois dire cependant que, dans ses leçons sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate (1), M. Guyon rapporte plusieurs observations dans lesquelles, après évacuation de la vessie par la sonde, la main appliquée sur la région hypogastrique sentait encore très facilement une saillie bien nette due à la présence du néoplasme. Mais ce sont là des faits exceptionnels. Dans l'immense majorité des cas, le palper hypogastrique seul ne donne rien, et quand il permet de sentir quelque chose, on est obligé de se demander s'il ne s'agit pas d'une tumeur péri-vésicale. Je trouve, en effet, sur ce sujet, dans le *Bulletin médical*, 8 mai 1891, une très intéressante leçon du professeur Guyon recueillie par M. Hallé. En voici les conclusions : « Quand, « chez un sujet souffrant des voies urinaires, vous sentirez « par la seule palpation abdominale, après avoir entièrement « vidé la vessie par le cathétérisme, une tumeur hypogastrique « faisant corps avec la vessie, vous devrez par cela même, « penser qu'il ne s'agit pas d'une tumeur intra-vésicale. Ce

(1) Page 260.

« n'est pas à un néoplasme de la vessie que vous avez affaire.
« Vous songerez à des lésions périvésicales. Vous pourriez
« presque, *a priori*, affirmer que ce que vous sentez siège en
« dehors de la vessie. Vous ne pouvez cependant espérer,
« dans ces cas complexes, arriver d'emblée au diagnostic de
« la nature de la lésion. Vous pouvez, en effet, être en pré-
« sence de lésions différentes par leur nature et leur origine:
« lésions inflammatoires simples dans bien des cas, lésions
« néoplasiques dans d'autres. L'intestin fixé par des adhé-
« rences anormales constitue le plus souvent la majeure par-
« tie de la tumeur. Vous rechercherez très soigneusement
« dans les commémoratifs les troubles fonctionnels du côté
« du tube digestif : leur existence pourra, dans certains cas,
« éclaircir le diagnostic. Vous éviterez bien des erreurs si
« vous avez présente à l'esprit cette notion fondamentale que
« je vous rappelle encore en terminant : les tumeurs hypo-
« gastriques en connexion avec la vessie, senties par le palper
« abdominal simple, sont, dans la majorité des cas, des lé-
« sions périvésicales. Les vrais néoplasmes de la vessie ne
« sont pas reconnus par le palper hypogastrique, alors même
« qu'ils sont volumineux. Ce n'est que par le palper combiné
« avec le toucher rectal qu'ils sont diagnostiqués. »

Mais la palpation hypogastrique ne peut-elle du moins nous être de quelque secours en nous permettant de constater l'engorgement ganglionnaire symptomatique de la lésion vésicale? Certains auteurs ont, par analogie avec ce qui se passe pour les tumeurs de la plupart des autres organes, admis théoriquement la possibilité de cet engorgement, et conseillé d'en faire la recherche. Mais c'est un signe qu'on ne doit pas s'attendre à rencontrer. Les tumeurs de la vessie offrent, en effet, cette particularité bien mise en relief par M. Guyon, de ne se généraliser que dans des cas très exceptionnels. La paroi vésicale étant dépourvue de vaisseaux lymphatiques, ainsi que l'ont démontré les recherches du professeur Sappey, isole en quelque sorte ses néoplasmes du reste de l'économie et presque toujours cet isolement persiste jusqu'à la fin de la maladie. C'est à peine si on a signalé quatre ou cinq cas dans

lesquels la tumeur ayant envahi toute l'épaisseur de la paroi vésicale et franchi ses limites, avait tardivement donné lieu à une dégénérescence secondaire des ganglions iliaques ou lombaires. On pourra donc se livrer à cette recherche du retentissement ganglionnaire. Le plus souvent elle restera négative. Si par hasard on sentait des ganglions envahis, ce fait aiderait au diagnostic de la nature maligne du néoplasme. Mais cette constatation est si exceptionnelle qu'on ne peut vraiment pas lui accorder en pratique une valeur positive.

En utilisant comme il convient les caractères cliniques de l'hématurie, l'exploration rénale, la recherche du varicocèle symptomatique et l'exploration extra-vésicale, que permet le toucher combiné, le chirurgien peut donc arriver à la notion très certaine de l'existence d'un néoplasme dans la vessie. C'est déjà un point très important puisque, sachant où siège la lésion, il peut aller directement au devant d'elle pour l'attaquer. Mais il faut reconnaître qu'il lui reste encore à résoudre beaucoup de questions dont la solution serait très utile. C'est ainsi qu'il ignore la nature de la tumeur, son mode exact d'implantation, l'importance de ses connexions avec la région qui lui a donné naissance, et enfin sa multiplicité si fréquente.

Ces notions peuvent-elles être acquises par l'exploration digitale de la vessie à travers la boutonnière périnéale que sir H. Thompson a préconisée avec tant de conviction? Sans doute il est très naturel de penser que le toucher direct avec le doigt peut fournir des renseignements plus précis que le toucher à travers les parois recto-vésicale et abdominale. Mais ce toucher direct lui-même, malgré ses avantages, ne peut résoudre complètement les problèmes posés.

Examinons-les l'un après l'autre, et voyons d'abord ce que l'exploration digitale peut nous apprendre sur la nature du néoplasme. C'est à cette nature que se rattache la question si importante de la récurrence. Si elle peut manquer dans les tumeurs bénignes, elle est à peu près inévitable dans les tumeurs malignes. Il y a donc un intérêt de premier ordre à

pouvoir déterminer d'avance si la lésion est bénigne ou maligne. Or, si le toucher vésical peut quelquefois donner la certitude qu'on a affaire à l'une des variétés du cancer, par la sensation d'une surface dure et bosselée, il faut bien convenir que le toucher rectal renseigne presque avec autant de précision. Et pour les cas où les sensations recueillies par le toucher rectal n'ont plus cette netteté, il est vraisemblable que le toucher vésical restera lui-même insuffisant. N'en a-t-on pas la démonstration lorsqu'on opère ces néoplasmes par l'hypogastre, puisque la plupart du temps, même après l'ablation de la tumeur, on ne peut pas encore se prononcer avant l'examen histologique.

Mais si le toucher vésical ne peut résoudre complètement cette question, peut-il du moins nous fixer avec une absolue certitude sur le mode exact d'implantation ? Le plus souvent il n'est pas douteux qu'il puisse nous renseigner avec plus de précision que l'exploration extra-vésicale. Mais cette précision n'est pas absolue parce que le doigt n'est pas toujours assez long et ne manœuvre pas avec assez de liberté dans la vessie pour circonscrire la base du néoplasme, et en étudier l'insertion. Du reste, cette notion, quelle que soit son importance, est loin d'être prépondérante, puisque ce n'est pas elle qui dicte l'intervention. On peut, sans l'avoir, se prononcer en toute assurance sur la nécessité et l'utilité de l'opération et il est temps alors, pendant les manœuvres d'extirpation, de recueillir ces renseignements.

Quant à la multiplicité des tumeurs, avec laquelle il faut toujours compter, je doute qu'elle puisse être sûrement reconnue par l'exploration digitale. Les productions secondaires qui naissent au voisinage du néoplasme principal sont souvent si petites, si souples et si molles, qu'elles peuvent très facilement échapper au doigt. Même par l'hypogastre, il faut le secours de l'éclairage de la vessie pour en constater par la vue l'existence.

Je n'ai d'ailleurs envisagé jusqu'à présent que les cas les plus favorables, c'est-à-dire ceux où le volume de la prostate et l'épaisseur du périnée rendent possible une introduction

assez complète du doigt. Mais chez les hommes d'un certain âge, il arrive très souvent, si l'on s'en rapporte aux constatations opératoires de M. Guyon et aux recherches cadavériques de M. Pousson, que le doigt ne parvient qu'à grand'peine à l'entrée de la vessie, et qu'il ne peut se retourner librement dans sa cavité. Aussi Thompson déprime-t-il l'hypogastre afin d'amener successivement au contact du doigt tous les points de la surface interne de la vessie. Cela n'est pas toujours facile et exige du reste de la part des deux mains, un déploiement de forces qui ne favorise guère la netteté des sensations. Même à ce prix, l'exploration digitale ne peut pas toujours être faite, comme le démontrent certains faits de chirurgiens anglais très partisans des idées de sir H. Thompson. Withehead, Pollard, Heath et d'autres, signalent des cas multiples dans lesquels l'embonpoint des malades, le volume considérable de la prostate ou l'étroitesse de l'orifice du bassin ont rendu l'exploration difficile, défectueuse, incomplète ou même tout à fait impossible.

Enfin, au passif de cette exploration digitale, il faut ajouter que sans être ordinairement une opération grave, c'est une véritable opération et qu'elle a pu être suivie d'accidents. Thompson lui-même, dont l'habileté ne saurait être contestée, n'a-t-il pas eu, de son propre aveu, deux cas de mort à déplorer alors que l'exploration n'avait été suivie d'aucune tentative d'extirpation.

L'insuffisance des renseignements que peut fournir l'exploration digitale et ses inconvénients se réunissent donc pour engager les chirurgiens à n'y recourir qu'au moment même de l'opération, alors que celle-ci est décidée non pour compléter le diagnostic, mais pour lutter contre des symptômes plus ou moins graves.

Mais si le but qu'on se propose avant tout en intervenant est d'exercer une action curatrice, pourquoi ne pas adopter de propos délibéré la voie qui permet les manœuvres les plus faciles et les plus complètes, qui rend possible non seulement l'introduction d'un ou de plusieurs doigts, mais encore l'éclairage et l'inspection méticuleuse de toute la surface interne de la vessie ? Ne se placera-t-on pas ainsi dans les meilleures

conditions pour reconnaître avec la précision la plus absolue le mode d'implantation du néoplasme et ses connexions avec la paroi vésicale? N'est-ce pas le procédé le plus sûr pour toucher, pour voir et pour attaquer les plus petites productions qui existeraient à la surface interne de la vessie près ou loin de la tumeur principale? Ne peut-on pas même combiner ainsi le toucher vésical et le toucher rectal pour reconnaître les infiltrations sensibles qui rayonnent du point primitivement dégénéré? Sans doute il reste encore l'infiltration larvée, c'est à-dire ces traînées de cellules néoplasiques qui se glissent plus ou moins loin sans que le toucher le plus délicat les puisse révéler et que le microscope seul décèle. Il n'en est pas moins vrai qu'au point de vue de la multiplicité et de l'exactitude des renseignements, l'exploration par l'hypogastre est infiniment supérieure à l'exploration par la boutonnière périnéale. Mais cette supériorité s'affirme d'une façon beaucoup plus éclatante encore lorsqu'on aborde l'attaque du néoplasme. Tandis que la boutonnière périnéale ne permet qu'à grand'peine l'introduction d'un seul doigt et oblige les instruments à travailler au juger sans autre guide que le souvenir de la précédente exploration, l'ouverture hypogastrique met en quelque sorte la vessie à ciel ouvert, à l'entière disposition de l'œil, des doigts et des instruments du chirurgien. Les curettes les plus variées, les pinces de divers modèles, l'anse galvano-caustique, le thermo-cautère et même dans certains cas le bistouri pour pratiquer la résection suivie de suture, peuvent être utilisées le plus facilement du monde. Est-il nécessaire, après tout cela, d'ajouter que par la voie sus-pubienne l'application la plus rigoureuse des règles de l'antisepsie reste possible du commencement à la fin des manœuvres et que tous les vaisseaux qui saignent soit dans la paroi abdominale, soit dans la paroi vésicale peuvent être saisis dans une ligature, ce qui est à peu près impossible par la boutonnière périnéale? Dans tous les cas, l'expérience a depuis longtemps démontré que la taille hypogastrique offre la sécurité la plus absolue pour les suites immédiates de l'opération et, si parfois les malades succombent, cela est

uniquement dû à la gravité exceptionnelle des lésions qui conduisent à opérer et à la profonde détérioration de l'état général qu'elles avaient entraînée.

Mais encore une fois, je pense, avec le professeur Guyon, qu'il faut savoir se passer de toute incision exploratrice pour établir le diagnostic. Il faut s'appliquer à bien reconnaître toute la valeur séméiologique des symptômes fonctionnels et à se familiariser avec les moindres sensations que peut fournir l'exploration extra-vésicale ou rénale. Dans l'immense majorité des cas, on peut, avec ces seules ressources, conduire la recherche du diagnostic assez loin pour établir en toute connaissance de cause les indications et les contre-indications du traitement chirurgical.

Si toutefois on venait à se trouver en présence d'un de ces cas obscurs qui défient la sagacité des cliniciens les plus expérimentés, avant de recourir à une incision exploratrice, je crois qu'il serait nécessaire de demander à l'endoscopie vésicale un supplément d'informations.

L'endoscopie est une découverte d'origine française. Le premier instrument qui ait permis de voir, dans l'urèthre il est vrai plutôt que dans la vessie, est l'endoscope de Desormeaux. Mais cet endoscope, dans lequel la lumière extérieure était projetée à travers le tube assez long de l'instrument, ne permettait de voir qu'une région extrêmement limitée. Dans ces conditions, il ne pouvait pas rendre de grands services, surtout en ce qui concerne le diagnostic des lésions intravésicales. Aussi est-il tombé dans l'oubli.

Cet abandon complet n'était certainement pas justifié. Non seulement l'instrument de Desormeaux représentait la première étape sérieuse dans une voie nouvelle d'exploration interne des organes creux, l'endoscopie, si brillamment perfectionnée dans ces derniers temps, mais, appliqué à l'urèthre, il a rendu et il rend encore les plus incontestables services, ainsi que le démontre le récent travail publié sur ce sujet par le D^r Jules Janet (1).

(1) Jules Janet. Rôle de l'endoscopie à lumière externe dans les

Quoi qu'il en soit, le chirurgien de Berlin, Nitze (1) a eu le mérite d'apporter à cet instrument des perfectionnements de grande valeur qui lui ont permis non seulement d'entrer réellement dans la pratique, mais d'être appliqué à la vessie tout aussi bien qu'à l'urèthre. Il n'est que juste, d'ailleurs, d'associer au nom de Nitze celui du fabricant de Vienne, Leiter, qui a été pour lui un précieux collaborateur, quels qu'aient été les motifs de la rupture qui les a séparés par la suite. Parmi ces perfectionnements, l'un des plus importants a consisté à placer la source lumineuse dans la vessie elle-même au moyen d'une petite lampe électrique disposée à l'extrémité vésicale de l'instrument. Nitze a en outre imaginé un appareil optique permettant d'embrasser d'un seul coup d'œil une certaine étendue de la vessie. Cet appareil se compose essentiellement d'un prisme à réfraction totale qui reçoit les rayons lumineux par une fenêtre latérale près du bec et les renvoie dans l'axe de l'instrument. Là, ils sont recueillis par un système de verres convergents qui donnent en définitive une image virtuelle agrandie et droite. L'instrument de Nitze était toutefois passible d'un reproche très sérieux : l'éclairage par le fil de platine produisait un tel développement de chaleur qu'il était nécessaire de protéger la vessie par un courant continu d'eau froide. Cela n'était pas commode. En 1887, la lampe à incandescence actuelle, qui ne produit presque pas de chaleur, est venue remplacer le fil de platine et rendre inutile la réfrigération continue.

Ainsi perfectionné cet instrument ne tarda pas à être utilisé par les chirurgiens de tous les pays. Il pouvait cependant être encore amélioré. Notre compatriote, le D^r Boisseau

maladies de l'urèthre et de la vessie. Ses indications (travail fait à la polyclinique des voies urinaires de l'hôpital Necker). *Annales des mal. des org. gén. ur.*, t. IX, n° 7, juillet 91, p. 480.

(1) A. Broca. *Annales des mal. des org. gén. ur.*, 1889, p. 166. De l'endoscopie vésicale ou cystoscopie.

C.-K. Austin. Sur le diagnostic précoce des néoplasmes de la vessie et du rein au moyen du cystoscope. Thèse Paris, 1890, n° 265.

du Rocher, avait eu, dès l'année 1885 (1), l'idée de modifications importantes qu'il a successivement réalisées. Son cystoscope, qu'il appelle mégaloscope, possède un appareil optique beaucoup plus puissant que celui des instruments allemands. Il permet de voir d'un seul coup d'œil une surface seize fois plus considérable représentant plus de la moitié de la vessie (2). On conçoit combien cette disposition peut avoir d'utilité pour l'étude des connexions d'une tumeur, puisqu'elle permet d'obtenir une vue d'ensemble dépassant ordinairement de beaucoup les limites du néoplasme au lieu de se borner à des sections plus ou moins restreintes. C'est, en effet, ce qui a lieu avec l'instrument de Nitze. Pour examiner toute la surface interne de la vessie, il faut déplacer l'instrument afin de la voir successivement par régions étroites. Or, il est facile de confondre ces régions entre elles, malgré le secours de la bulle d'air que Nitze conseille d'introduire systématiquement pour servir de point de repère et s'orienter. On est ainsi très facilement exposé à laisser une certaine étendue de la muqueuse échapper à l'examen et à commettre par cela même de grosses erreurs. Enfin, sans une connaissance approfondie du déplacement des images que l'on obtient avec cet instrument, rien n'est plus facile que de s'illusionner sur leur position réelle et par conséquent sur la topographie des lésions. L'étendue considérable du champ visuel que permet d'embrasser l'instrument de M. Boisseau du Rocher obvie à ces inconvénients et constitue, par conséquent, un avantage qu'il est impossible de méconnaître.

D'un autre côté, l'instrument de M. Boisseau du Rocher est disposé de manière à permettre de grands lavages de la

(1) Voir Comptes rendus de l'Académie des sciences, 1885, vol. 101, p. 329.

(2) Bulletin de l'Acad. de médecine, 6 mai 1890. Communication du professeur Guyon.

Annales des mal. des org. gén. ur., 1890, p. 65. Mégaloscopie vésicale.

vessie ou même au besoin le cathétérisme des uretères. Lorsque la vessie vient à saigner pendant l'examen, le milieu se trouble et on ne voit plus rien. Mais grâce au lavage de la vessie, que l'on peut faire sans retirer l'instrument, bientôt le milieu s'éclaircit et permet de voir. Ce lavage est impossible avec les cystoscopes allemands. Les premiers modèles étaient disposés, il est vrai, de manière à permettre la réfrigération de la source lumineuse par irrigation continue. Mais on ne pouvait ainsi faire aucun lavage de la vessie. Quant aux instruments perfectionnés qu'on a construits plus tard et qui sont encore aujourd'hui en usage, instruments dans lesquels la réfrigération n'était plus nécessaire, ils n'offrent plus même les conduits très étroits qui permettaient l'irrigation continue. Il paraît toutefois que, depuis la fin de l'année 1890, on aurait essayé à Vienne de nouveaux modèles rendant possible le lavage de la vessie. Mais, dans tous les cas, ce ne serait qu'une imitation de ce qui a d'abord été fait en France.

L'artifice imaginé par M. Boisseau du Rocher pour permettre les lavages en laissant l'instrument en place est des plus simple. Il a consisté à mobiliser l'appareil optique. On peut à tout moment le séparer du reste de l'instrument. L'enveloppe du cystoscope représente alors une sonde métallique droite à canal très large qui permet les lavages aussi facilement que les sondes aspiratrices après la lithotritie. Pour introduire l'instrument on remplace toujours l'appareil optique par un mandrin qui ne fait pas, comme l'appareil optique, une saillie au talon du cystoscope.

Enfin, l'instrument de M. Boisseau du Rocher peut supporter des températures très élevées, ce qui est impossible avec les appareils allemands. Dans le cystoscope de Nitze, en effet, la lampe est fixée par un ciment spécial qui ne peut supporter sans risques la température suffisante pour une bonne stérilisation, 150° par exemple. Ajoutons que si malheureusement la lampe vient à se briser ou s'altérer il est nécessaire de l'envoyer chez le fabricant de Berlin qui seul peut se charger de la réparation. Dans l'instrument de Leiter,

la lampe se visse et se dévisse et peut facilement être changée sans l'aide du fabricant. C'est un avantage sur l'instrument de Nitze dont le cystoscope de Leiter présente d'ailleurs les autres défauts.

Quel que soit l'instrument que l'on ait adopté, son emploi nécessite un certain nombre de conditions. Il faut que le canal soit parfaitement libre, et permette au moins l'introduction d'un numéro 25 de la filière Charrière. Il y a même des cystoscopes plus volumineux. Il faut ensuite que la vessie soit tolérante, c'est-à-dire qu'il y ait peu ou pas de cystite et qu'on puisse y maintenir un milieu limpide, c'est-à-dire qu'il n'y ait pas d'hématurie.

Le malade doit être couché sur le dos, le bassin élevé, les cuisses fléchies et écartées, en un mot dans la position de la lithotritie. L'antisepsie la plus rigoureuse s'impose, surtout quand il n'y a pas de cystite. L'instrument doit donc être plongé dans une solution forte antiseptique ou de préférence être soumis à l'étuve. C'est le meilleur moyen de le stériliser.

Cela fait, lorsqu'on se sert des instruments allemands, on commence par laver et cocaïniser l'urèthre et la vessie, puis on pratique l'injection nécessaire pour que l'examen se fasse dans de bonnes conditions. Il faut environ 150 grammes de liquide. Fenwick et Nitze préfèrent utiliser l'urine mais à la condition qu'elle soit limpide et que la vessie en contienne à peu près la quantité voulue. Mais comme ce dernier point est assez difficile à réaliser, Nitze, qui y attache beaucoup d'importance, a très généralement recours à l'injection. Il la fait suivre de l'introduction d'une très petite bulle d'air qui est destinée à gagner la région la plus élevée de la vessie et à servir de point de repère.

Avec le cystoscope de Boisseau du Rocher, il n'est pas nécessaire de procéder d'avance à l'injection puisque l'instrument permet de le faire lorsqu'il est en place et on se garde d'introduire la moindre bulle d'air dont on n'a aucun besoin.

L'introduction du cystoscope se fait comme celle du lithotriteur. On a soin seulement de lubrifier l'instrument avec

de la glycérine qui se dissout rapidement dans le liquide vésical et ne ternit par conséquent, ni la lampe, ni le prisme.

Il s'agit alors de manœuvrer l'instrument, de regarder et surtout de voir. Il faut, en effet, une véritable éducation pour s'orienter et interpréter les images qu'on perçoit, leurs dimensions étant variables suivant la distance qui sépare le prisme de l'objet et par conséquent suivant la position de l'instrument.

Je n'entrerais pas dans la description détaillée des cinq mouvements que recommande Nitze pour examiner méthodiquement la vessie, ils ont pour but d'amener successivement le prisme du cystoscope en face de tous les points de l'organe, même du bas-fond. Ces recherches sont beaucoup moins complexes avec l'instrument de Boisseau du Rocher.

Voyons maintenant ce que peut nous apprendre la cystoscopie pour le diagnostic des tumeurs de la vessie. Elle nous permet de voir le néoplasme et par conséquent de trancher d'une façon très certaine la question de présence. Elle peut aussi nous apprendre s'il est unique ou multiple, petit ou volumineux, pédiculé ou sessile et quel est son point d'implantation. Il ne faudrait pas croire toutefois que ces renseignements soient toujours fournis avec assez de précision pour qu'il ne reste aucune place pour le doute. On peut se tromper non seulement sur le siège exact, mais aussi sur le volume puisque l'image peut être plus ou moins grossie. Quant au pédicule, on sait que, même après la taille hypogastrique, il ne peut pas toujours être bien apprécié par la vue seule et que le secours du toucher direct est presque toujours indispensable.

C'est surtout quand les tumeurs sont de faible volume, comme une noisette par exemple, que le cystoscope donne les renseignements les plus précieux. Non seulement alors la présence du néoplasme, que le toucher combiné ne permet pas toujours de constater, est mise absolument en évidence, mais on peut encore être renseigné sur le mode exact d'implantation. Cela est encore possible pour les tumeurs moyennes, comme une noix, par exemple. Mais, pour celles qui sont plus volumineuses, on ne peut plus étudier le mode d'implan-

tation. La seule notion que l'on obtienne est celle de la présence de la tumeur, notion que l'exploration extra-vésicale fournit beaucoup plus simplement.

Lorsqu'il n'existe pas de tumeur, l'examen endoscopique peut faire constater telle autre altération qui rend compte des hématuries observées. C'est ainsi que Boisseau du Rocher, dans un cas où Péan soupçonnait une tumeur, aurait pu s'assurer qu'il s'agissait simplement d'une vessie variqueuse hémorrhagique. On fit le raclage et la malade guérit. Je ne puis assurément pas contester ce fait, mais je crois qu'on ne rencontrera pas souvent l'occasion d'établir au moyen du cystoscope un diagnostic de ce genre. Jusqu'à ce jour, les varices du corps et du col de la vessie sont considérées comme des raretés anatomiques à tel point que l'on peut cliniquement en faire abstraction. A plus forte raison ne partagerai-je pas l'enthousiasme de Fenwick qui prétend reconnaître par la cystoscopie les conditions précancéreuses de la muqueuse vésicale !

On peut toutefois demander au cystoscope d'autres renseignements très positifs et très précieux. Il nous permet, en effet, d'observer les orifices des uretères et de voir si le liquide qui en sort est sanguinolent ou purulent. Certaines observations en font foi, entre autres un cas très remarquable de Fenwick où il s'agissait d'une hématurie rénale intermittente. Il est bien évident que si le cystoscope nous permet de voir le sang sourdre de l'un des uretères, il nous fixe sur deux points très importants : 1° en établissant que la lésion ne siège pas dans la vessie ; 2° en montrant de quel côté siège la lésion rénale.

Tout à fait au début de l'évolution d'un néoplasme du rein, alors qu'il est encore impossible de sentir aucune augmentation de volume, on conçoit de quel secours serait pour le diagnostic une semblable constatation. Mais est-il réellement possible de voir le sang sortir par l'uretère, et alors s'agit-il d'une rencontre fortuite exceptionnelle ou d'une constatation méthodique sur laquelle on puisse habituellement compter ? Je suis porté à croire qu'avec les cystoscopes allemands une

recherche de ce genre doit presque toujours être stérile puisque le sang qui arrive dans la vessie trouble immédiatement le liquide qu'elle contient et empêche de voir quoi que ce soit. Mais avec l'instrument de Boisseau du Rocher, grâce aux lavages de la vessie qu'on peut répéter à volonté, il n'est pas impossible de surprendre l'arrivée du sang par l'un ou l'autre uretère. C'est là toutefois une recherche toujours très délicate et qui exige une grande habitude de ce mode d'examen.

On voit, en définitive, qu'au point de vue pratique, la cystoscopie, appliquée à l'étude des néoplasmes, n'est réellement supérieure aux autres moyens d'exploration que dans un bien petit nombre de cas. C'est particulièrement, je le répète, lorsqu'il s'agit de tumeurs de petit volume qui sont précisément celles qui pourraient le plus facilement échapper au double toucher. Alors, le cystoscope permet en même temps de constater la présence du néoplasme et d'étudier son mode d'implantation. Les autres renseignements qu'il peut fournir sont de médiocre importance. Le nombre des productions morbides, par exemple, sur lequel il pourrait nous fixer, n'est qu'un point accessoire qu'il est temps à la rigueur d'envisager pendant l'acte opératoire. Et pour ce qui est des tumeurs tant soit peu volumineuses, la notion de présence que peut fournir le cystoscope est très facilement acquise par l'étude clinique et l'exploration extra-vésicale. Ce qu'il importerait de connaître, dans ces cas, c'est le mode d'implantation et le cystoscope est impuissant à nous le révéler. L'emploi de cet instrument ne me paraît donc pas destiné à être indistinctement appliqué à tous les cas. C'est d'ailleurs l'opinion du professeur Guyon et de sir H. Thompson.

A son utilité restreinte, il faut, en effet, opposer ses inconvénients. Ils sont souvent très sérieux. On sait que toute exploration intra-vésicale peut, avec la plus grande facilité, réveiller les hématuries ou provoquer la cystite. Le danger est plus grand avec le cystoscope qu'avec tout autre instrument. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de voir des malades chez lesquels cette exploration, très prudemment faite cependant,

avait été le signal d'accidents douloureux, dont on ne pouvait plus ensuite se rendre maître. Dans certains cas même, la mort en a été la conséquence. Le D^r Austin, dans sa thèse, en relate deux observations dues l'une à Fenwick et l'autre à Albarran. Mais alors même que les choses se passent au mieux, c'est toujours un examen pénible qu'il n'est sage d'imposer aux malades que dans les cas où l'exploration extra-vésicale est restée insuffisante et où on a réellement besoin de renseignements complémentaires.

Tels sont les divers moyens d'exploration directe que nous pouvons utiliser pour arriver à établir le diagnostic des tumeurs de la vessie. Ils ne sont pas seulement applicables aux cas de la première catégorie, dans lesquels l'hématurie reste pendant longtemps l'unique symptôme, ils le sont tout aussi bien à ceux des deux autres et d'une façon générale toutes les fois que le soupçon d'un néoplasme se présente à notre esprit.

Je me résumerai en disant que l'apparition d'hématuries spontanées, durables, à répétition, rebelles à tous les traitements, constituant l'unique symptôme, suffisent, à elles seules, pour donner la certitude de l'existence d'un néoplasme. Dès lors, si le cathétérisme avec la sonde en caoutchouc donne un liquide plus teinté, plus rutilant soit au commencement, soit à la fin, il est certain que ce néoplasme siège dans la vessie. Même si toutes les autres recherches restaient négatives, il n'en faudrait pas davantage pour autoriser absolument le chirurgien à ouvrir la vessie par l'hypogastre, soit pour tenter l'extirpation précoce, soit pour combattre des hématuries menaçantes. Mais presque toujours l'exploration directe vient apporter au diagnostic de nouveaux éléments de certitude. D'abord, on ne trouve aucun des signes de l'augmentation de volume du rein ; il n'y a en particulier ni ballottement, ni varicocèle symptomatique. Ensuite l'exploration directe de la vessie, surtout par le toucher combiné, permet la plupart du temps de constater que cet organe préalablement vidé contient encore quelque chose. Il offre une augmentation de volume, soit

médiane, soit latérale, qui indique nettement la présence du néoplasme. On peut facilement reconnaître si la paroi vésicale est ou non infiltrée. Il n'est donc presque jamais indiqué de recourir à l'exploration digitale par la boutonnière périnéale dans le seul but de compléter le diagnostic et l'on peut également se passer de la cystoscopie, sans cependant que la valeur de ces deux procédés d'examen puisse être contestée.

On peut donc affirmer que le diagnostic dans les cas de la première catégorie, et ce sont de beaucoup les plus fréquents, est non seulement possible, mais facile. C'est surtout dans les cas des deux autres catégories que les difficultés s'accumulent et ne peuvent pas toujours être vaincues.

II

Lorsque la maladie débute par des symptômes de cystite, c'est-à-dire par des mictions fréquentes et douloureuses, le diagnostic ne peut être posé avec précision que si l'on a patiemment appris à donner à chacun des symptômes envisagés séparément et dans leur ensemble leur véritable valeur séméiologique.

Les hématuries peuvent, en effet, appartenir à plusieurs variétés de cystite et présenter même quelquefois un caractère de persistance tel qu'il a pu permettre de donner à certaines formes la qualification d'hémorrhagique. Cela n'est pas rare, par exemple, pour la cystite blennorrhagique et pour la cystite tuberculeuse. Les prostatiques sont aussi quelquefois sujets à des hématuries durables et très faciles à provoquer.

Du moment qu'elles sont liées à d'autres symptômes, ces hématuries perdent un de leurs caractères les plus significatifs. Elles conservent cependant beaucoup d'importance. Mais il n'en faut pas moins une véritable sagacité clinique pour arriver à dire, avec de bonnes raisons, si la balance penche du côté d'une affection inflammatoire simple ou d'une affection néoplasique.

Sans doute la distinction serait facile si on ne voulait tenir

compte que des cas typiques des autres affections à hématuries. Il suffirait de dire que dans la cystite blennorrhagique, l'étiologie d'abord est évidente et puis que ce sont les dernières gouttes d'urine qui sont plus ou moins fortement colorées, tandis que la première partie de l'urine ne contient pas trace de sang, que dans la cystite tuberculeuse s'il y a au début des hématuries précoces, prémonitoires, spontanées, elles vont en diminuant et finissent même par disparaître complètement à mesure que la maladie se confirme, que d'ailleurs l'examen des épидidymes, des cordons, de la prostate et des vésicules séminales permet de constater des nodosités caractéristiques etc., etc..... Mais la grande difficulté vient précisément de ce que la distinction doit être faite d'avec les cas sortant de l'ordinaire soit par l'insuffisance ou l'absence de certains symptômes, soit par l'exagération de certains autres. Alors, non seulement les hématuries peuvent plus ou moins prendre les caractères des saignements néoplasiques, mais il se produit des épaisissements inflammatoires soit de la paroi vésicale, soit de la couche celluleuse qui l'entoure (péricystite). Ces épaisissements sont de nature à compléter l'illusion et ne permettent plus de compter sur les renseignements si précieux de l'exploration extra-vésicale. Enfin, la longue durée, la résistance aux traitements se rencontrent dans ces diverses affections et ne peuvent servir à les différencier.

On conçoit que, dans ces conditions, le diagnostic ne puisse être soumis à aucune règle générale puisqu'il s'agit de cas exceptionnels. La difficulté reparait sous une forme nouvelle à chaque nouveau malade et ne peut être résolue que si l'on tient compte de toutes les particularités relatives à l'étiologie, aux nuances que présentent les symptômes, à leur évolution, à la manière dont ils sont influencés par les divers traitements, aux résultats de l'exploration directe.

Toutes les notions que nous avons acquises en étudiant les cas du premier type devront rester présentes à l'esprit et servir de points de repère.

En fin de compte, si le doute persiste, on peut recourir à l'endoscopie. Malheureusement c'est dans ces cas où elle

serait le plus utile qu'elle est le plus difficile parce que la vessie étant plus ou moins douloureuse se prête mal à l'injection de liquide et aux diverses manœuvres que nécessite un examen concluant.

Mais dans ces cas la gravité des symptômes, en particulier l'intensité de la douleur, est toujours suffisante pour légitimer l'intervention palliative, n'eût-elle pas d'autre but que la simple suppression fonctionnelle de la vessie. Sans doute ce résultat peut être obtenu par la boutonnière périnéale, mais il l'est bien plus sûrement par l'incision hypogastrique. C'est, je le répète, la voie que préfèrent, avec le professeur Guyon, la plupart des chirurgiens français. C'est elle qui permet le mieux non seulement l'exploration digitale, mais l'éclairage et l'inspection de la cavité vésicale et par conséquent un diagnostic rigoureux. C'est elle enfin qui permet d'attaquer le plus méthodiquement les lésions de quelque nature qu'elles soient.

III

Dans la troisième catégorie, le début a lieu par des symptômes de rétention incomplète avec ou sans un certain degré de cystite. S'il s'agit d'un homme arrivé à l'âge du prostatisme, il est presque impossible de penser d'emblée à l'existence d'un néoplasme. On a recours au cathétérisme évacuateur et pendant un certain nombre de jours tout se passe comme dans les rétentions incomplètes chez les prostatiques. Le malade est soulagé, il peut suffire aux besoins de la vessie par un petit nombre de sondages, 4 ou 5 en vingt-quatre heures. Mais peu à peu les urines, au lieu de s'éclaircir progressivement, se troublent de plus en plus, quelles qu'aient été les précautions antiseptiques à l'égard de la sonde. En même temps les besoins deviennent de plus en plus fréquents. Si l'on essaie alors du moyen qui réussit le mieux chez les prostatiques c'est-à-dire du nitrate d'argent en lavages ou en instillations, loin d'obtenir une amélioration, on provoque une recrudescence des symptômes. Souvent même ce traitement amène des hématuries qui ne tardent pas à devenir révélatrices. Une

semblable évolution est si contraire à ce que nous avons l'habitude d'observer chez les prostatiques, lorsqu'ils sont soumis à un traitement convenable, qu'elle doit bientôt être tenue pour suspecte. Alors pour peu que l'exploration directe méthodiquement poursuivie fournisse d'autres renseignements positifs, on peut établir le diagnostic de néoplasme.

Il est permis de conclure, en définitive, que le diagnostic ne peut rester véritablement obscur que dans les cas si exceptionnels où l'hématurie n'a pas été le premier et le seul symptôme caractéristique. Lorsque l'affection débute par des phénomènes soit de cystite, soit de rétention due au fait très rare de l'obstruction mécanique du col par le néoplasme, les difficultés peuvent être très réelles. Mais alors même, l'examen méthodique sur lequel j'ai longuement insisté d'après l'enseignement du professeur Guyon arrive presque toujours à fournir la solution exacte du problème. Cette solution pourrait d'ailleurs, si elle n'était point ainsi obtenue, être demandée à d'autres moyens d'exploration tels que la cystoscopie ou l'incision exploratrice.

