

DEUXIÈME PARTIE.

CHAPITRE PREMIER.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS OPÉRATOIRES.

J'ai établi dans un premier chapitre par les données anatomo-pathologiques, qu'il était permis dans un nombre considérable de cas d'entreprendre avec chance de succès l'extirpation des néoplasmes vésicaux ; dans un deuxième chapitre j'ai démontré qu'il était possible d'arriver au diagnostic de semblables lésions ; il convient maintenant de faire connaître les résultats généraux des opérations pratiquées jusqu'ici, et de déduire de leur considération les indications et les contre-indications générales de l'intervention chirurgicale dans les néoplasmes de la vessie.

Je ne m'occupe pas pour le moment des résultats obtenus par telle ou telle opération ; je ne fais pas non plus de distinction ni de l'âge, ni du sexe des malades, pas plus que de la nature de la tumeur, je juge l'ensemble des faits, les détails viendront ensuite.

J'ai rassemblé 35 opérations de néoplasmes vésicaux chez l'homme et 37 opérations chez la femme, soit un total de 72 faits. Sur ces 72 faits, je note 45 guérisons, 27 morts.

Cette proportion est toute en faveur de l'intervention,

mais il convient de s'entendre sur ce mot guérison, qui signifie, dans l'espèce, non pas que le malade a été pour jamais débarrassé de son affection, mais simplement qu'il n'a pas succombé aux suites de l'opération. Il en est ici comme des tumeurs récidivantes des autres régions, les bienfaits de l'intervention se jugent non par la disparition définitive de la maladie, mais par la survie qui en est la conséquence.

Or, en analysant les 45 cas de prétendue guérison, on voit que dans 26 cas cette guérison est simplement mentionnée sans aucune indication de la durée de la survie des opérés, dans les 19 cas qui restent on trouve que la guérison se maintenait parfaite.

3 fois 1 mois après l'opération.

1 — 2 — —

3 — 6 — —

1 — 1 — —

2 — 1 an —

1 — 15 mois —

4 — 2 ans —

1 — 5 — —

1 — 8 — —

2 fois la guérison semble définitive.

On peut objecter aux avantages de cette prolongation plus ou moins longue de la vie des opérés, que l'évolution des néoplasmes vésicaux est essentiellement lente et que leur existence n'aurait sans doute pas été abrégée en l'absence de toute intervention ; mais il est facile de voir par la lecture des observations que dans la très grande majorité des cas on n'est intervenu que sous la pression d'accidents graves, menaçant la vie des malades à courte échéance (hématuries abondantes et répétées), en rendant l'existence absolument insupportable (douleurs intoléra-

bles, cystalgies). A part de très rares exceptions, les diverses opérations mises en usage ont eu toutes *pour heureux résultat de faire cesser les hémorrhagies et les douleurs* et de rendre supportables les dernières semaines et les derniers mois de la vie des malades. La rectotomie et la colotomie dans le cancer du rectum, conseillées par les membres de la Société de chirurgie, ont-elles d'autres effets ?

La part de succès, qui revient à chacune des opérations pratiquées, sera indiquée au chapitre suivant, traitant des diverses méthodes opératoires. Mais je ne veux pas quitter ce qui a trait aux résultats généraux de l'intervention chirurgicale, sans signaler l'influence du sexe et de l'âge.

Sur 35 opérations pratiquées chez l'homme, je note 19 guérisons et 16 décès ; sur 37 opérations faites chez la femme, je relève 26 guérisons et 11 morts. La mortalité est donc bien moins considérable dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. Un autre fait non moins intéressant se dégage du dépouillement des observations. C'est qu'au nombre des 19 malades qui ont été suivis et chez lesquels la guérison s'est maintenue plusieurs mois et même plusieurs années, on trouve une bien plus longue survie chez les femmes que chez les hommes.

C'est ce qu'indique le tableau suivant :

Durée de la guérison des malades opérés de néoplasmes vésicaux par les diverses méthodes, dans les deux sexes.

Malades hommes.	Malades femmes.
1 mois.	1 mois.
2 —	2 —
6 —	6 —
8 —	1 an (2 malades).
12 —	2 ans (4 malades).
15 —	5 —
1 guérison définitive.	8 —

Tous ces malades allaient bien et ne présentaient au-

cune trace de récurrence aux époques signalées, et il y a tout lieu de croire qu'un certain nombre ont été définitivement guéris.

On a pratiqué l'extirpation de tumeurs vésicales à tous les âges de la vie. Du dépouillement des observations, il résulte que la mortalité de semblables opérations est bien moindre dans la période moyenne de la vie qu'à ses deux extrémités. En effet, dans 59 cas où l'âge est indiqué, je trouve que sur 5 malades opérés au-dessous de 5 ans aucun n'a guéri ; sur 14 malades opérés au-dessus de 60 ans, 6 se sont rétablis et 8 sont morts ; des 38 malades opérés entre 10 et 50 ans, 24 ont guéri et 14 ont succombé. Dans ce groupe de 38 malades, on voit que la léthalité croît avec l'âge, puisqu'il n'est pas mentionné un seul décès de 10 à 20 ans ; de 20 à 30 ans on en relève 1 ; de 30 à 40 ans, 3. Voici, d'ailleurs, un tableau permettant d'embrasser d'un seul coup d'œil ces résultats statistiques :

5 opérés de moins de 5 ans ont donné	5 morts.
3 opérés de 10 à 20 ans	3 guérisons.
5 — de 20 à 30 ans.....	{ 4 guérisons. 1 mort.
8 — de 30 à 40 ans.....	{ 5 guérisons. 3 morts.
12 — de 40 à 50 ans.....	{ 8 guérisons. 4 morts.
10 — de 50 à 60 ans.....	{ 4 guérisons. 6 morts.
14 — de 60 à 70 ans.....	{ 6 guérisons. 8 morts.
2 — de 70 à 80 ans.....	2 guérisons.

Je crois être en droit de déduire des considérations précédentes des indications générales utiles pour le chirurgien, qui se trouvera en présence d'un néoplasme vésical. Les faits, que j'ai réunis, sont assez nombreux pour tirer de leur examen les conclusions suivantes :

L'intervention chirurgicale dans les néoplasmes de la vessie est justifiée ; s'il n'est pas démontré d'une façon péremptoire qu'elle prolonge la vie des malades, il est de toute évidence qu'elle fait cesser les hématuries et les douleurs ;

L'intervention est moins meurtrière et ses résultats sont plus durables dans le sexe féminin que dans le sexe masculin ;

C'est surtout dans l'âge adulte qu'elle donne les plus beaux succès.

Nous savons maintenant dans quelles conditions, étant donnée une tumeur de la vessie, l'opération aura plus ou moins de chances de réussite, mais cela ne suffit pas pour la commander. A côté de ces indications générales il y a des indications et des contre-indications locales, qu'il me faut maintenant étudier.

Ces indications et contre-indications se tirent des conditions anatomiques du néoplasme et des symptômes qu'il provoque.

Dans l'état actuel de la science, ainsi que je l'ai dit précédemment, il est à peu près impossible de se rendre compte de la nature histologique d'une tumeur vésicale pendant la vie même du malade, aussi cette question ne devra-t-elle pas préoccuper le chirurgien.

D'une tout autre importance sont le siège, l'étendue, les connexions, le mode d'implantation du néoplasme.

Nous avons vu dans quelle mesure et par quels moyens on pouvait espérer arriver à se faire une conviction à ce sujet. Si donc on constate l'existence d'une tumeur plus ou moins volumineuse, mais mobile, pédiculée, sans infiltration des parois de la vessie, on sera en droit d'agir sur elle, même en l'absence d'hématuries abondantes et répétées et de douleurs intenses. La facilité et la bénignité de cette ablation

devront d'autant plus tenter le chirurgien, qu'il est démontré par les observations que, tôt ou tard, ces néoplasmes, par leur développement, déterminent des accidents inévitables.

Je ne dois cependant pas cacher que la lecture d'un certain nombre d'observations est bien faite pour refroidir le zèle des opérateurs. On a vu des malades présenter pendant dix, quinze et vingt ans des signes non douteux de papillomes vésicaux (hématuries peu fréquentes et peu abondantes, quelques douleurs, parfois même de la rétention passagère), qui malgré cela jouissent d'une santé très-suffisante. L'observation II, que nous avons rapportée plus haut, a trait à une femme qui a présenté pendant vingt-six ans des signes de tumeur vésicale, sans en être gravement incommodée ; un malade, dont l'histoire est relevée dans le registre du musée de Necker (pièce n° 2), eut des hématuries pendant dix-huit ans. M. Guyon nous a rapporté oralement quatre faits de malades, qu'il suit depuis cinq à dix ans, offrant tous les signes d'une néoplasie vésicale et se livrant cependant entièrement à leurs occupations. On le voit, la décision ne cesse pas que d'être embarrassante. Le procès est pendant ; ne pouvant le juger, je me contente d'apporter les pièces contradictoires.

L'intervention s'imposera sans discussion, si, comme il n'est pas rare de l'observer, ces tumeurs pédiculées petites, très mobiles, donnent lieu à d'abondantes hématuries et à d'insupportables douleurs.

Je suppose, en opposition de ces deux cas simples, qu'on soit en présence d'une tumeur faisant peu de relief dans la vessie, infiltrant ses parois dans une plus ou moins grande étendue, et se présentant dans des conditions telles que son extirpation sera forcément incomplète. La conduite du chirurgien sera dictée ici par les symptômes con-

comitants ; certains de ces néoplasmes à large base évoluent sourdement, sans réaction, sans déterminer d'hématurie notable, de douleurs vives, de troubles de la miction. S'il en est ainsi on devra s'abstenir. En effet « le chirurgien, « en présence d'un cancer en quelque région qu'il soit « situé, doit, par-dessus tout, se préoccuper de faire une « opération complète. Je dirai volontiers, parodiant un mot « célèbre, l'ablation sera totale ou elle ne sera pas (1). »

Si par contre, comme il arrive le plus souvent, ces néoplasmes infiltrés s'accompagnent d'hématuries profuses, de douleurs intolérables, de rétention d'urine, l'intervention est alors, non seulement, justifiée, mais pour ainsi dire imposée. On sait, en effet, les observations de M. Bazy, de M. Guyon (2) en font foi, que l'ouverture de la vessie, même en l'absence d'une éradication complète du néoplasme, suffit pour faire cesser les hémorragies et les douleurs. L'opération est ici palliative, l'incision vésicale a la même valeur que l'anus artificiel dans les cancers anorectaux. Cette opinion émise par M. Bazy, partagée par le rapporteur de son travail M. Monod, et par M. Verneuil, a reçu une confirmation éclatante des données de la clinique. La plupart des malades ont vu après l'ouverture de la vessie par un procédé quelconque, voire même la simple

(1) Rapport de M. Monod sur le travail de M. Bazy. Bull. de la Soc. de Chirurgie, t. IX, 1883, p. 639.

(2) M. Guyon dans son enseignement journalier insiste beaucoup sur le rôle que joue la distension de la vessie dans la production des douleurs et des hémorragies. « Toute vessie capable de se distendre peut se congestionner et devenir douloureuse; lorsqu'elle cesse au contraire de pouvoir se distendre, lorsque de réservoir elle est transformée en un simple conduit, elle perd en très grande partie la possibilité de se congestionner et de s'enflammer. Aussi est-il parfois nécessaire, quand l'ablation n'a pu être complète, de maintenir ouverte indéfiniment la plaie hypogastrique. »

dilatation du col, leurs douleurs disparaître et leurs hémorragies cesser.

La rétention d'urine est encore une circonstance qui forcera la main du chirurgien, et l'obligera à intervenir alors qu'il a la ferme conviction de ne pouvoir enlever le mal dans sa totalité.

Sans doute, on peut souvent par le cathétérisme répété arriver à vider le réservoir urinaire, mais cette introduction de sonde sans danger dans une vessie saine, devient une cause imminente d'accidents inflammatoires dans une vessie malade.

Cette nouvelle indication de l'intervention, signalée dans le travail de M. le professeur Guyon, se présente non seulement lorsque la tumeur néoplasique vient obstruer l'embouchure de l'urèthre au col (1), mais encore lorsqu'elle s'oppose par son siège aux angles postérieures du trigone au passage de l'urine de l'uretère dans la vessie (2).

En résumé les indications de l'intervention dans les tumeurs de la vessie se posent en ces termes :

Intervention facultative permise, dans les cas à tumeurs

(1) Voir l'observation rapportée par Stanley.

(2) Je rappellerai que la base de la vessie au voisinage des uretères est le siège de prédilection des tumeurs vésicales. « Cette localisation, dit Ferré, explique pourquoi on a si souvent à redouter les accidents déterminés par l'oblitération des uretères. »

Dans les Arch. of med., New-York, févr., p. 1, 1882, on trouve une observation de cancer de la vessie ayant amené l'occlusion des orifices des uretères et déterminé la mort par coma urémique, par Samuel B. Ward.

A. W. Foct rapporte dans The Dublin Journ. of med. sc., p. 341, octobre 1876, l'observation d'un malade ayant eu pendant sa vie des hématuries, des douleurs très grandes de la miction, et à l'autopsie duquel on trouva une tumeur vilieuse siégeant au niveau du trigone et obturant l'orifice de l'uretère droit. Cet uretère étant dilaté et le rein correspondant transformé en poche kystique; le rein gauche était hypertrophié, mais mou et flasque.

de diagnostic certain, petites, pédiculées, ne donnant lieu à aucun accident important. Faisant allusion à ces cas, M. Reclus (1) écrit : « La question peut se poser et se résoudre dans l'un ou l'autre sens, suivant le tempérament du chirurgien. »

Intervention obligatoire dans les cas de tumeurs plus ou moins circonscrites, mais déterminant des accidents graves : « Douleur, hématurie, envies fréquentes d'uriner, rétention d'urine. »

Miction douloureuse. — Je m'empresse d'apporter un correctif à ce que semble avoir trop d'absolu cette épithète d'*obligatoire* appliquée à une intervention chirurgicale ; en l'employant, j'ai voulu seulement affirmer la conviction qui, pour moi, résulte des faits que j'ai vus et de la lecture des observations que j'ai dépouillées. C'est au clinicien d'apprécier en présence de la plus ou moins grande intensité des symptômes offerts par son malade, s'il y a quelque bénéfice à retirer d'une opération ; ce que peut lui apprendre l'expérience d'autrui est contenu dans nos tableaux, où l'on voit que dans la très grande majorité des cas la douleur et les hématuries ont suivi immédiatement l'intervention.

A côté des indications de l'opération dans les néoplasmes vésicaux, se placent naturellement les contre-indications. En donnant les résultats généraux des observations que j'ai réunies, j'ai montré que le jeune âge et la vieillesse, celle-ci dans des proportions moindres, sont peu favorables à la réussite des opérations ; l'intervention chez les enfants au-dessous de 5 ans est tellement meurtrière (5 opérations, 5 décès), que je serais volontiers disposé à dire que l'enfance est une contre-indication formelle à tout acte chirurgical.

(1) De l'extirpation des tumeurs vésicales. Gaz. hebdomad. de méd. et de chir., 1884, n° 13, p. 203.

On se souvient que, quoique rare, la généralisation des tumeurs de la vessie peut s'observer. Dès lors, il n'est pas besoin d'insister sur la nécessité qui s'impose au chirurgien, de rechercher par un examen attentif de son malade, s'il n'existe pas quelque part un indice de la présence d'une tumeur secondaire, qui deviendra alors dans ce cas particulier, comme dans tous les autres cas de cancer une contre-indication opératoire.

L'infection des néoplasmes vésicaux se manifeste quelquefois très loin de la sphère génito-urinaire, mais parfois aussi elle se localise à cette sphère, atteignant le rein ou bien se propageant sans continuité aux corps caverneux, ainsi que nous l'avons vu chez le malade, dont nous rapportons l'observation à la page (1). La constatation de ces déterminations néoplasiques devra, bien entendu, suspendre toute entreprise chirurgicale, au même titre que leur apparition dans une autre partie éloignée du corps.

La cystite n'est pas une contre-indication aux tentatives d'extirpation des tumeurs vésicales, bien au contraire, elle peut devenir dans certains cas un élément de détermination. Plusieurs observations montrent en effet qu'après le grattage, le curage du réservoir urinaire, les urines auparavant ammoniacales, troubles et contenant du pus, sont redevenues acides et limpides.

Par contre, les lésions rénales à l'état aigu devront, dans la grande majorité des cas, faire repousser toute opération. M. Bazy et M. Monod discutent chacun dans son travail cette question, et distinguent avec raison les cas de pyélo-néphrite ascendante, de néphrite suppurée, de sclérose rénale avancée, des cas où le retentissement rénal ne se traduit que par des symptômes très peu accu-

(1) Cette propagation est très rare. M. le professeur Guyon nous a dit ne l'avoir observée qu'une autre fois.

sés. L'abstention va de soi chez les premiers malades, chez les seconds, concluent les deux auteurs précédents, on peut agir à condition toutefois d'y être poussé par quelques-uns des symptômes graves sus-mentionnés.

Ne peut-on espérer, dit M. Monod, que l'amélioration de l'état vésical n'arrête ou du moins ne retarde l'évolution de la lésion rénale? La question mérite d'être posée, des faits plus nombreux permettraient seuls de la résoudre. » Je regrette que les observations, malheureusement fort incomplètes, que j'ai pu réunir ne me permettent pas de remplir ce desideratum. Mais ne savons-nous pas que les lésions rénales déjà confirmées et même avancées, pourvu qu'elles soient à l'état chronique, ne constituent pas une contre-indication à l'uréthrotomie interne ou externe ni aux autres opérations sur les organes urinaires? Bien plus, dans ces conditions, ces opérations entravent souvent la marche de la détermination rénale (1).

Les adhérences de la vessie atteinte de néoplasme aux autres organes du petit bassin (rectum, S iliaque chez l'homme, vagin, utérus chez la femme), en même temps que l'infiltration diffuse des parois vésicales, transformant le réservoir urinaire en une cavité à parois rigides, sont les seules contre-indications se tirant de l'état local. Outre que dans les cas d'adhérences aux autres viscères du petit bassin, on ne pourrait pas bien évidemment compter faire une extirpation complète de la tumeur, on comprend qu'on courrait le risque de léser des organes importants, d'ouvrir par exemple le rectum en poursuivant l'extirpation de pareilles dégénérescences. Cependant, ainsi que le fait remarquer M. Monod, dans ces tumeurs non extirpables on a la ressource de pratiquer l'opération pallia-

(1) Étude clinique sur les indications de l'uréthrotomie externe, par Eugène Monod, th., Paris, 1880.

tive de la boutonnière périnéale ou hypogastrique. Il n'en est pas de même lorsque la néoplasie infiltre toute la paroi de la vessie, ou seulement celle forcément intéressée pour l'établissement de la fistule vésicale; le trajet ne serait-il pas en effet bientôt envahi, obstrué par les bourgeons cancéreux? Ces considérations devront être présentes à l'esprit du chirurgien, lorsqu'il décidera la voie à suivre pour l'ouverture de la vessie dans laquelle il devra pénétrer de préférence par les parties encore saines.

Je terminerai ce chapitre en examinant à quel moment de l'évolution des néoplasmes vésicaux il est préférable d'opérer. Nous savons que leur marche est extrêmement lente et que leur principal symptôme, les hématuries peuvent disparaître pour un temps quelquefois fort long, laissant au malade une période de calme pendant laquelle il peut se croire guéri; mais nous savons aussi que tôt ou tard les pertes de sang se succèdent abondantes et fréquentes, déterminent des accidents intra-vésicaux graves (formation de caillot, rétention d'urine, cystite) et un affaiblissement rapide du malade. Toutes conditions mauvaises pour l'opération, surtout la dernière. On ne saurait donc attendre à cette période ultime, et toutes les fois que le diagnostic est suffisamment établi d'un néoplasme déterminant des hématuries abondantes et répétées, il faut l'enlever le plus tôt possible, s'il se présente avec les conditions d'extirpation requises par une bonne et saine chirurgie. Notre observation X est des plus significatives à ce sujet. G.... avait été opéré au mois de décembre 1883 dans de très bonnes conditions, il avait vu disparaître ses hématuries, avait repris des forces, et s'était remis à ses occupations. D'autres productions papillomateuses se reproduisent, nous avons tout lieu de le croire d'après l'examen de la pièce anatomique; dans le voisinage des

végétations enlevées les hémorrhagies reparaissent ; il tarde d'entrer à l'hôpital et y vient profondément anémié, presque exsangue. Instruit par les faits antérieurs de cessation immédiate des hématuries par l'opération, on intervient, l'hémorrhagie cesse, mais le malade succombe trois jours après absolument agloburique.

Sans doute, il vaut mieux opérer en dehors de toute hématurie, dans une des périodes intercalaires ; mais si le temps presse, il ne faut pas craindre d'ouvrir la vessie en pleine période hémorrhagique. Plusieurs de nos observations le prouvent : le meilleur hémostatique, c'est l'ouverture de la vessie.

CHAPITRE II.

OPÉRATIONS PRATIQUÉES DANS LES DEUX SEXES DANS LE BUT
SOIT D'EXPLORER DIRECTEMENT LA VESSIE SOUPÇONNÉE AT-
TEINTE D'UN NÉOPLASME, SOIT D'EXTIRPER LE NÉOPLASME.

SECTION PREMIÈRE.

Opérations exploratrices.

Je réunis dans un même chapitre l'étude des opérations faites dans le but d'éclairer le diagnostic, et celles qui ont pour objet, soit de remédier à quelques-uns des symptômes graves des néoplasmes vésicaux (hématurie, douleurs, rétention), soit d'enlever totalement ou en partie la tumeur.

Ainsi que je l'ai déjà dit, il n'est pas de règle en France de faire des incisions purement exploratrices, et j'estime suffisamment riche la symptomatologie des tumeurs vésicales pour qu'elle n'ait pas besoin de ce surcroît de renseignements.

Je ne crois donc pas, en principe, justifiables les opérations, qui ont pour but unique l'examen digital ou *de visu* de la surface interne de la vessie au moyen d'une ouverture donnant accès dans ce réservoir ; si anodines qu'elles soient, on ne doit pratiquer ces ouvertures de la vessie que si le malade doit en tirer quelque bénéfice. Or, on ne peut nier que, dans un certain nombre de cas de néoplasmes vésicaux, où on ne sent par les modes ordinaires d'investigation aucune tumeur de la vessie, il existe des symptômes très pénibles et mettant la vie du malade en danger (très grande