

SECTION II^e.

Opérations d'extirpation.

Je suppose démontrée l'existence d'un néoplasme vésical soit à l'aide de l'exploration par les manœuvres externes (palper hypogastrique, toucher rectal, cathétérisme), soit au moyen de l'exploration digitale de la vessie, je suppose de plus que l'opération soit indiquée par la nature, le siège, la forme, l'étendue de la tumeur; quel sera le meilleur moyen d'exérèse? Il est facile de comprendre qu'aucune règle ne puisse être formulée à cet égard.

Une tumeur franchement polypiforme, rattachée par un pédicule mince à la face interne de la vessie, ne sera pas justiciable des mêmes moyens qu'une masse adhérente par une large base, et parmi ces masses néoplasiques sessiles, celles dont le tissu est friable, cérébroïde, variété la plus commune, ne réclameront pas les mêmes procédés d'ablation que celles qui sont constituées par un tissu ferme, élastique et résistant, tel était le myôme enlevé par Bilbroth, dont Gussenbauer nous a donné la relation.

Le siège de la tumeur commandera aussi tel ou tel mode d'exérèse. Il suffit de parcourir nos tableaux pour voir que tous les procédés connus d'exérèse ont été mis en œuvre: depuis la simple section avec les ciseaux, jusqu'à la résection des parois de la vessie.

Enfin, le sexe impose forcément des procédés spéciaux qui ont trait, il est vrai, plus à l'opération préliminaire qu'à l'opération définitive. Déjà, à propos de l'explo-

ration digitale de la vessie, j'ai longuement étudié quel était le plus court et le plus sûr chemin de pénétrer dans le réservoir urinaire dans l'un et l'autre sexe. Je serai contraint d'y revenir, l'opération qui a pour but la destruction du néoplasme s'effaçant ici, pour ainsi dire, devant l'opération qui permet d'arriver sur le produit morbide.

J'examinerai successivement les opérations pratiquées chez la femme et chez l'homme.

A. Opérations d'extirpation pratiquées chez la femme.

Le tableau suivant résume les opérations préliminaires et fondamentales pratiquées chez la femme dans les 37 faits que j'ai réunis:

A. Pas d'opération préliminaire sur le canal de l'urèthre, la tumeur, le dilatant suffisamment, a été enlevée par :	Ligature seule.....	3 fois.
	Ligature et torsion.....	1 —
	Ligature et section aux ciseaux.....	1 —
	Arrachement par traction...	1 —
	Ecraseur et grattage avec le doigt.....	1 —

Diverses opérations préliminaires.

B. Dilatation de l'urèthre soit avec le doigt, soit avec divers instruments, et	Arrachement avec des pinces.	5 fois.
	Excision et grattage à la curette.....	8 —
	Ecraseur.....	2 —
	Section aux ciseaux.....	1 —
	Ligature.....	1 —
Incision de l'urèthre et	Torsion.....	1 —
	Ligature.....	1 fois.
Ouverture de la vessie? et arrachement avec la pince.	Ecraseur.....	1 —
	Taille uréthro-vaginale et section aux ciseaux.....	2 —

Pousson.

Deux ou plusieurs interventions ont été nécessaires :

C. Dilatation de l'urèthre dans tous ces cas.	{	Une première fois arrachement avec les doigts, ensuite torsion.....	4 fois.
		D'abord arrachement puis grattage.....	1 —
		D'abord écraseur puis grattage.....	1 —
		Ligature d'abord, grattage ensuite.....	1 —
		D'abord grattage puis taille vésico-vaginale.....	1 —

Dans deux cas, l'opérateur s'est servi de l'écraseur, sans indiquer si la dilatation de l'urèthre a été faite. 2 —

Sur ces 37 opérations de tumeurs de la vessie pratiquées chez la femme, on voit que 33 fois les voies naturelles, c'est-à-dire le canal de l'urèthre, ont offert un chemin suffisant pour mener à bonne fin l'acte chirurgical; 7 fois même le canal, préparé par le néoplasme qui le distendait, n'a dû subir aucune opération préalable : dans les autres cas il a suffi le plus souvent de le dilater avec le doigt ou avec divers instruments, rarement on a été dans la nécessité de l'inciser. 4 fois seulement la taille uréthro ou vésico-vaginale dut être pratiquée.

Ces chiffres montrent la faveur dont jouit l'opération par les voies naturelles, qui, chez les femmes, restera dans la très grande majorité des cas l'opération de choix. Sur ces 33 opérations, il y eut 9 morts, mortalité énorme pour-rait-on croire, si je ne m'empressais d'ajouter les causes de l'issue fatale dans ces 9 faits : on voit, en effet, que 4 fois l'opération a été pratiquée chez de tous jeunes enfants âgées de 19 mois, cas de Balleray de Paterson; 22 mois, cas de Guersant; 34 mois, cas de Pleininger; 5 ans, cas de Birkett.

Chacun sait le peu de résistance des jeunes enfants aux

moindres opérations, et la petite fille de 5 ans opérée par Birkett, âge où déjà les interventions chirurgicales deviennent moins meurtrières, était atteinte de pyélo-néphrite du rein droit.

Dans les 4 autres cas mortels, la mort survint un an après l'opération par suite de la persistance des hématuries et des douleurs chez la malade de Marie Heime Vœgelin; elle arriva quelques jours seulement après l'opération d'épuisement progressif (*from. general, exhaustion*) chez la malade de Christopher Heath, déjà très affaiblie au moment de l'opération; chez la patiente de sir Henry Thompson, âgée de 69 ans, le décès attribué à l'anurie post opératoire s'explique fort bien par l'existence d'un calcul dans le rein gauche et d'une double pyélite; en somme, il ne reste d'imputable à l'acte opératoire lui-même que la mort des malades de Stenftleben et de Bazy qui succombèrent, la première de péritonite, la seconde de cellulite pelvienne. A l'autopsie de la malade de Stenftleben on trouva une large perforation en ouvrant la cavité de la séreuse. Mais je dois faire remarquer qu'il s'agissait ici d'une tumeur sarcomateuse, implantée par une large base sur la paroi postérieure et supérieure de la vessie, qui, sortant en partie à travers l'urèthre, donna sans doute le change au chirurgien pour une tumeur polypeuse; un diagnostic plus exact du siège et de l'étendue du pédicule aurait peut-être fait éviter l'accident opératoire.

Faisons abstraction des 7 premiers décès qui s'expliquent par des conditions tout à fait étrangères à l'acte opératoire : 2 morts sur 23 opérations, c'est-à-dire une mortalité approximative de 10 0/0, voilà le bilan des opérations entreprises par les voies naturelles chez la femme, pour remédier à une affection qui, en dehors des chances d'infection et de généralisation et surtout d'épuisement

dont nous avons établi ailleurs la balance, fait courir aux malades les dangers et les inconvénients d'hémorragies redoutables et de douleurs, qui ne leur laissent parfois aucun moment de repos. N'est-ce pas là un résultat encourageant pour la chirurgie?

Moins beaux sont les résultats des opérations dans lesquelles on a dû ouvrir la vessie par un procédé quelconque. Sur 4 cas, on trouve 2 succès et 2 revers, soit une mortalité de 50 0/0. Mais il faut dire qu'une de ces morts appartient à Lecat et remonte à près d'un siècle, époque à laquelle non seulement la chirurgie était privée des méthodes antiseptiques, mais encore ne possédait pas l'appareil instrumental perfectionné de nos jours. Du reste, Hewship, qui rapporte l'observation de Lecat, ne dit pas quel procédé employa le chirurgien français. L'autre cas mortel appartient à A. T. Norton, qui fit chez une femme de 30 ans une taille uréthro-vaginale pour une tumeur de consistance très ferme, située sur le trigone et ne pouvant être enlevée par l'urèthre dilaté. La malade pouvait être considérée comme guérie de son opération, lorsqu'elle mourut subitement de syncope le deuxième jour. Quelque temps après, le même chirurgien anglais eut l'occasion d'enlever avec succès, par la même taille uréthro-vaginale, un papillome situé sur la paroi antérieure. Enfin, Simon opéra par la taille uréthro-vaginale une femme de 44 ans, dont il avait déjà gratté la surface interne de la vessie pour des tumeurs papillaires nombreuses.

On le voit, les tailles uréthro ou vésico-vaginales ont été employées pour des cas exceptionnellement difficiles, dont les indications sont aisément déterminées par les nombreux moyens d'exploration de la vessie chez la femme.

Tels sont les résultats des diverses opérations des néoplasmes vésicaux pratiqués jusqu'ici chez la femme.

Je ne crois pas, après cela, qu'il soit nécessaire de comparer entre eux les divers moyens employés pour enlever la tumeur. Comme je l'ai dit un peu plus haut, ils varient avec l'étendue, le siège du point d'implantation du néoplasme, avec sa nature, ou mieux ses caractères de friabilité ou de fermeté; je puis maintenant ajouter avec les habitudes du chirurgien maniant de préférence tel ou tel instrument. C'est l'excision et le grattage à la curette et avec le doigt, fort à la mode aujourd'hui et constituant, comme le disait, avec l'autorité de l'expérience, M. le professeur Trélat (1), dans une récente séance de la Société de chirurgie, un procédé d'exérèse « très régulier, très puissant et très satisfaisant », que l'on a le plus employés. Viennent ensuite l'arrachement simple et l'arrachement combiné avec la torsion, puis la ligature, l'écraseur et même les ciseaux. Ce dernier moyen pourrait effrayer de prime abord, il suffit de se rappeler la constitution peu vasculaire des néoplasmes vésicaux pour exonérer les ciseaux de ce danger; cet instrument est, d'ailleurs, d'une manœuvre si précise (2), qu'il réclame une place des plus honorables parmi toutes les autres. Pour tout dire cependant, je rappellerai que dans le seul cas d'hémorragie secondaire ou récurrente, survenue dans les observations que je rapporte, il s'agissait d'un papillome fibreux pédiculé, du volume d'une balle de Tennis, dont le pédicule fut sectionné avec les ci-

(1) Séance de la Société de chirurgie du 20 février 1824, in *Semaine médicale*, p. 83, n° 9.

(2) Dans les polypes de l'utérus notre maître M. Guyon se sert de préférence des ciseaux à tous autres instruments, à cause de la précision qu'on peut apporter avec eux au travail qu'on fait dans le fond du vagin.

seaux. Tout alla bien pendant dix jours; à ce moment survint une violente hémorrhagie, que Thorne arrêta au moyen d'injection d'eau étendue de perchlorure de fer. Cette hémorrhagie secondaire, dans ce fait unique, est le seul accident qui soit venu compromettre un instant la marche vers une guérison, qui dans tous les autres cas s'est faite sans encombre.

Connaissant les divers procédés opératoires employés jusqu'ici dans les tumeurs vésicales, il est facile de se représenter ce qu'est une de ces opérations. Qu'on me permette cependant d'en résumer les principaux traits, d'après les descriptions détaillées des auteurs.

Dans tous les cas la malade doit être endormie. L'anesthésie aide beaucoup à la précision et à la perfection des manœuvres. Si la tumeur pédiculée fait saillie à travers l'urèthre en le dilatant, il suffit de l'attirer au dehors avec des pinces érigées de façon à bien découvrir le pédicule, sur lequel on appliquera soit une chaîne d'écraseur, soit un serre-nœud, ou plus simplement encore qu'on retranchera à l'aide d'un bistouri ou d'un coup de ciseau. Que si l'on craint les hémorrhagies, que nous savons si rares, on pourra faire la ligature du pédicule avec un fil élastique ou fil de soie, ou une anse métallique, et attendre que la mortification des parties enserrées sépare le néoplasme. Inutile de dire que des lavages antiseptiques doivent précéder, accompagner et suivre toutes ces manœuvres, surtout dans le dernier mode de procéder. Enfin, il faudra toujours avoir soin de bien vérifier l'intérieur de la cavité vésicale par le toucher digital, en mettant à profit la dilatation de l'urèthre par la tumeur. On sait, en effet, combien fréquemment sont multiples ces sortes de néoplasmes vésicaux.

Le néoplasme est-il situé dans l'intérieur de la vessie

On dilate l'urèthre à l'aide d'un des procédés que j'ai signalés plus haut, et avec un ou deux doigts introduits dans la vessie, en s'aidant ou en se faisant aider d'ailleurs de la pression sur l'hypogastre ou du toucher vaginal, on reconnaît les caractères de la tumeur ainsi que son siège. Si elle est constituée par des masses molles et friables, la curette tranchante de Volkman montée sur tige, conformée sur des types variables, pourra arriver à débarrasser complètement la paroi du produit morbide. Le doigt introduit alternativement avec la curette guidera les progrès de ce grattage méthodique. Dans un cas de Simon, ce chirurgien en deux séances débarrassa la vessie d'une femme de 40 ans d'une tumeur papillomateuse sessile, qui occupait les deux tiers de l'organe. On peut pendant l'opération pousser de fréquentes injections d'une solution antiseptique d'acide borique à 4 0/0 préférablement à toute autre, afin de débarrasser la vessie des produits du grattage et des caillots sanguins qui l'encombrent. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, cette opération est peu sanglante et presque jamais on a été obligé d'avoir recours à quelque moyen hémostatique que ce soit : des lavages de solution antiseptique froide ont toujours suffi à l'hémostase. Si le néoplasme reconnu est de consistance ferme et inattaquable par le grattage, mais cependant pédiculé et mobile dans la cavité vésicale, on pourra, à l'exemple de Warner qui, en 1750, extraya heureusement de la vessie d'une jeune femme de 23 ans une énorme tumeur du volume d'un œuf de dinde, et plus récemment de Thorne, passer un fil dans le corps de la tumeur et l'attirer au dehors à travers l'urèthre incisé et dilaté. Le pédicule découvert sera alors lié, écrasé ou sectionné avec des ciseaux.

Enfin, si l'on juge que le néoplasme ne puisse pas être extrait par les voies naturelles, et que l'on se décide à faire

la cystotomie par le vagin (1), Simon et Norton nous offrent l'un et l'autre des exemples de pareille opération. Simon fait une incision en T, dont la branche verticale suit le milieu de la cloison vésico-vaginale et s'arrête à quelque distance du col, la branche transversale passant par l'extrémité profonde de la première et s'étendant de 3 centimètres de chaque côté. Grâce à ces incisions, en exerçant quelque traction dans la direction du vagin au moyen de crochets fixés dans la muqueuse de la vessie, et mieux, ajouterai-je, dans le néoplasme lui-même si possible, en s'aidant, d'autre part, de la pression hypogastrique, on détermine une véritable inversion du réservoir urinaire, de telle sorte que sa face interne est aussi accessible que les parties extérieures du corps. On peut dès lors enlever à loisir tous les reliefs néoplasiques avec les instruments les mieux appropriés : ciseaux, bistouri, serre-nœud, écraseur et même thermo ou galvanocautère. La fistule vésico-vaginale est plus tard traitée par les méthodes ordinaires.

Norton fit 2 fois la taille uréthro-vaginale de la façon suivante : il introduisit une lame de ciseau dans la vessie et l'autre dans le vagin et incisa en les fermant l'urètre sur sa paroi inférieure ; l'incision fut continuée sur la paroi antérieure du vagin jusqu'à 1/2 pouce de l'utérus. La tumeur put alors être attirée entre les lèvres de la plaie et excisée avec des ciseaux. Le sang fut arrêté par des cautérisations au fer rouge, et les lèvres de l'ouverture uréthro-vaginale rapprochées par des sutures. Une de ses opérées mourut le douzième jour, l'autre survécut. Fait digne d'être noté, chez cette dernière la suture de la boutonnière uréthrovésico-vaginale ne fut faite que secondairement un mois après l'opération principale.

(1) Je discuterai plus loin la possibilité et la valeur de la cystotomie sus-pubienne chez la femme.

Telles sont, avec leurs résultats, les opérations pratiquées chez la femme pour les néoplasmes de la vessie.

Je n'ai pas à dessein parlé des tumeurs diffuses, infiltrant les parois de l'organe, j'envisagerai ses formes très graves dans un dernier paragraphe, et simultanément dans les deux sexes, l'intervention, si elle est justifiée, différant peu chez l'homme et chez la femme.

Étant donnée la facilité de l'extraction des tumeurs intravésicales par les voies naturelles simplement dilatées ou agrandies par diverses incisions, il semble que la taille hypogastrique chez la femme perde tous ses droits. Nous ne le croyons pas. Sans doute lorsqu'un polype s'offrira de lui-même au chirurgien à travers l'urètre dilaté, lorsqu'un néoplasme bien circonscrit pourra être sans difficulté complètement extirpé par les voies naturelles, la question de l'incision hypogastrique ne devra pas même être soulevée un seul instant ; mais il est des cas dans lesquels tout l'intérieur de la vessie donne attache à des tumeurs pédiculées ou sessiles, contre lesquelles les manœuvres du grattage et du curage à travers l'urètre seraient bien aveugles et bien incomplètes, quelquefois même dangereuses. Tel est, par exemple, le cas de Senftleben déjà cité, où la vessie fut perforée pendant les tentatives d'extirpation. En eût-il été de même, si la vessie ouverte par l'hypogastre avait mis la lésion sous les yeux et le doigt de l'opérateur ? Le grand avantage de l'incision hypogastrique, c'est de donner un large accès dans la vessie et de permettre de bien suivre toutes les phases de l'opération, dirigée en vue de l'éradication d'une tumeur et d'y appliquer tous les procédés d'exérèse ; elle trouvera donc, je crois, son indication dans un nombre restreint de circonstances, mais dans lesquelles seule elle pourra rendre, il est vrai, de très réels services. Son emploi

sera encore plus fréquent, si on se rappelle qu'outre le but poursuivi de l'extirpation d'un néoplasme, elle assure mieux que la dilatation du col le repos de la vessie, en transformant le réservoir contractile en un simple conduit.

Une objection ne manquera pas d'être faite à cette proposition, que j'émet, je tiens encore à le répéter, avec la plus grande restriction, d'ouvrir chez la femme la vessie par l'hypogastre : c'est la difficulté de pratiquer l'incision vésico-hypogastrique dans le sexe féminin. Sans insister sur la pratique du haut appareil chez la femme, je dirai que si on n'a pas chez elle la possibilité de fixer la vessie ni par le ballonnement du rectum, ni par celui du vagin où le ballon se déplisse mal et a toujours de la tendance à s'échapper, on peut du moins distendre la vessie par une injection, qui sera maintenue dans son intérieur en appliquant l'urèthre contre le pubis au moyen du doigt d'un aide. D'ailleurs, dans ces dernières années la taille hypogastrique a été faite un certain nombre de fois pour l'extraction des calculs chez la femme; et elle n'a pas donné de plus mauvais résultats que chez l'homme. Garcin (1) en a relevé cinq cas, pratiqués trois fois chez des enfants au-dessous de 10 ans et deux fois chez des jeunes filles âgées de moins de 18 ans; il n'y a eu qu'une mort par pyélo-néphrite et urémie. Rappelons que toutes les petites filles au dessous de 10 ans, opérées de néoplasme par les voies naturelles, ont succombé; rappelons que toutes avaient des tumeurs multiples ou volumineuses, et demandons-nous si, peut-être, l'incision par l'hypogastre ne leur eût pas offert quelque chance de succès. Cette question s'impose à la méditation des opérateurs, et appelle une

(1) Contribution clinique à l'étude de la cystotomie sus-pubienne, avec statistiques comprenant les années 1879-1883; Th. de Strasbourg 1884.

expérimentation que justifie la gravité à la fois des tumeurs intra-vésicales chez les petites filles et des opérations dirigées jusqu'ici contre elles.

B. *Opérations d'extirpation pratiquées chez l'homme.* — J'ai suffisamment démontré, il me semble, au commencement de ce chapitre, la supériorité de l'incision hypogastrique sur toutes les incisions périnéales pour l'exploration de la vessie, s'il était besoin d'une exploration dans les cas de diagnostic difficile. Cette supériorité s'accuse encore bien davantage, lorsqu'il s'agit non plus de reconnaître les divers caractères d'un néoplasme vésical, mais d'en faire l'exérèse.

Qu'on me laisse d'abord rappeler, ainsi que je l'ai fait pour les opérations pratiquées chez la femme, les résultats de l'intervention chirurgicale dans les cas de tumeurs vésicales chez l'homme. J'ai recueilli trente-cinq faits en y comprenant les cas cinq inédits, opérés par mon maître M. Guyon. Dans ces trente-quatre faits, je trouve :

18 Cystotomies.

Périnéale (les auteurs n'indiquent pas le procédé suivi.....)	4 fois.
Périnéale médiane.....	2 —
Périnéale latérale.....	4 —
Périnéale de Nélaton.....	1 —
Périnéale latérale, puis sus-pubienne.....	2 —
Sus-pubienne.....	6 —

16 Boutonniers.

Périnéale.....	16 fois.
----------------	----------

On voit que la boutonnière périnéale, récemment préconisée par sir Henry Thompson, a été presque aussi souvent employée que la cystotomie proprement dite.

La mortalité générale, sans distinction du procédé opé-