

ratoire, a été de 17 sur 35 opérés, soit approximativement 49 p. 100; chiffre beaucoup plus considérable que chez la femme. Mais cette mortalité incombe bien plutôt aux conditions particulièrement graves dans lesquelles a été entreprise l'intervention chirurgicale qu'à cette intervention elle-même.

En effet, sur les 17 morts, je trouve que 5 fois l'issue fatale survint dans les quelques jours qui suivirent l'opération, par affaiblissement graduel des malades. Dans les 10 autres cas, cinq fois encore l'opération doit être exempte du reproche d'avoir déterminé la mort, car celle-ci s'explique 2 fois par l'urémie, que la pyélonéphrite trouvée à l'autopsie rendait imminente, et dans les autres faits par la récurrence et la généralisation (tumeur secondaire de la cuisse, cas de Thompson), et par le progrès très lent de la cachexie cancéreuse, six mois après l'opération (cas de Bazy). Le petit malade de Crosse, qui mourut quarante-quatre heures après l'opération, doit encore être distrait du nombre des accidents post opératoires; son âge, 2 ans, rendant singulièrement grave toute intervention. En somme, il reste trois cas dans lesquels la mort doit être mise sur le compte de l'acte opératoire. Voyons donc par quel accident elle a été déterminée et en même temps quelle opération doit en être accusée.

Le malade de Wolkmann succomba à la péritonite et à la double cellulite pelvienne le troisième jour après avoir subi une double incision périnéale et hypogastrique.

Le malade de Mercacci mourut d'infiltration d'urine, deux mois après avoir été opéré par l'incision hypogastrique et la suture de la vessie.

Le malade de Thompson mourut de perforation de la

vessie peu de jours après avoir subi la boutonnière périnéale.

L'incision hypogastrique et la boutonnière périnéale, les deux opérations rivales, endossent à leur passif ces trois cas mortels; ce qui ne surprendra pas, si l'on réfléchit qu'elles ont été plus souvent pratiquées que les autres et, surtout, que la première a été réservée à des cas de tumeurs extrêmement volumineuses.

Bien que les différentes cystotomies périnéales n'aient pas donné de résultats défavorables, lorsqu'elles ont été employées pour l'excision des tumeurs de la vessie, je ne saurais cependant les conseiller: que l'on fasse la taille périnéale pour l'extraction d'un calcul ou pour l'exérèse d'un néoplasme, on n'en expose pas moins les malades à tous les accidents d'une des opérations les plus graves de la chirurgie; accidents nombreux, trop connus pour qu'il me soit nécessaire d'insister.

Aujourd'hui que l'on sait éviter la blessure du cul-de-sac du péritoine et prévenir l'infiltration d'urine, ces deux dangers qui depuis trois siècles ont empêché la taille sus-pubienne de prendre rang parmi les opérations courantes, on ne saurait comparer entre elles les opérations de cystotomie par la voie périnéale et la voie hypogastrique. La première intéresse des tissus complexes, expose à la blessure d'artères et de veines importantes, ouvre la porte à des complications redoutables, la septicémie et la pyohémie; la seconde va droit à la vessie par une incision, qui traverse des parties simples, presque sans vaisseaux, formant un canal régulier, court, bien disposé pour la cicatrisation vers laquelle la conduira, avantage immense, l'application régulière et facile d'un pansement antiseptique. Quelle différence d'ailleurs, nous l'avons déjà fait entrevoir, entre la facilité de l'opération que nous poursuivons, c'est-à-dire le curage de la vessie par la voie de l'hypogastre et la dif-

« difficulté de la même opération par la voie du périnée! La boutonnière périnéale, si vivement recommandée par sir Henry Thompson, échappe en partie, je le reconnais, aux reproches adressés aux tailles périnéales : on n'incise ici que les parties superficielles du périnée allant droit à l'urèthre par le plus court chemin et sans risque de blesser quelque organe important, la dilatation de l'urèthre et du col de la vessie conduit après cela à la vessie. Mais si le canal ainsi formé n'est pas creusé en plein tissu, il ne cesse pas néanmoins que d'être long et étroit et d'offrir une voie bien peu apte à permettre la manœuvre des instruments, si perfectionnés qu'ils soient. Écoutons en effet ce que dit Thompson lui-même, dans la leçon d'University College, dont nous avons déjà cité un passage relatif à l'exploration de la vessie :

« ... L'opérateur introduira une pince forceps spéciale, dont les bords larges et rugueux saisiront, sans la couper, la plus grande portion saillante de la tumeur de façon à l'attirer au dehors. Celle dont je me sers ordinairement a ses deux branches terminées par un mors mesurant un pouce de long et un sixième de pouce de large: elle est construite de façon à pratiquer l'arrachement du néoplasme avec le moins de chance possible de produire une hémorrhagie. Avec cet instrument on peut enlever la plus grande partie de presque toutes les tumeurs. Mais j'ai eu affaire dans un cas à une petite tumeur du col de la vessie, et bien qu'avec cette pince j'amenasse au dehors les parties saillantes du néoplasme, je ne pus saisir sa base implantée sur le col. Pour ces cas j'ai fait construire une pince spéciale.... »

« ... Depuis j'ai eu l'occasion d'enlever dans trois autres cas de larges tumeurs chez l'homme, implantées sur le côté gauche de la vessie, non loin du col. Je les enlevai

« en me servant de pinces coudées, les autres étant inapplicables. Peut-être y-a-t-il des cas où l'emploi de l'écraseur serait préférable à l'emploi des pinces; cela me paraît cependant douteux. En effet, pour ajuster la chaîne il faut plus d'espace que ne peuvent en fournir les incisions décrites. Or, il est préférable autant que cela est possible de ne pas leur faire dépasser les étroites limites que je leur ai assignées et qui m'ont été suffisantes pour enlever avec mes pinces de très grosses tumeurs. Le forceps et le doigt doivent être employés alternativement, l'un pour reconnaître ce que doit enlever l'autre; je n'ai jamais été dans la nécessité de faire une incision qui permit l'introduction simultanée du doigt et des pinces. Mais l'écraseur exigeant l'accompagnement du doigt et conséquemment plus d'espace pour les manœuvres combinées, je lui objecte précisément de réclamer de plus grandes incisions. Chez la femme l'emploi de l'écraseur serait plus aisé parce qu'on obtient plus de place sans pratiquer d'incision.... »

« Après l'ablation des parties principales de la tumeur on lavera tout l'intérieur de la vessie avec un courant d'eau froide au moyen d'une seringue et d'un tube introduit dans le canal périnéal; puis on introduira une grosse sonde vulcanisée qui pénétrera d'un demi-pouce dans la vessie et sera fixée dans cette position par un bandage approprié. L'autre extrémité qui dépassera de 5 ou 6 pouces, plongera dans un réservoir destiné à recevoir le contenu de la vessie. On observe ordinairement une hémorrhagie qui dure 24 à 48 heures et cesse peu à peu; la douleur n'est jamais bien grande et on peut la calmer par une injection de morphine. La sonde sera laissée en place 5 à 6 jours, puis enlevée; la plaie se cicatrise rapidement et toute l'urine passe bientôt par l'urèthre. »

Simple en apparence l'opération proposée par sir Henry Thompson est en réalité très compliquée, ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'exposé précédent du manuel opératoire. Elle exige l'emploi d'un appareil instrumental spécial et une très grande habitude dans le maniement des instruments à travers un long et étroit canal. On peut, en effet, formuler contre elle les reproches suivants : 1° étroitesse de la plaie ne permettant pas la manœuvre simultanée du doigt explorateur et de l'instrument extracteur; 2° nécessité de pinces à mors particuliers et à courbure spéciale; 3° impossibilité d'enlever certaines tumeurs volumineuses et ne se laissant pas morceler (tel est le cas du myôme de Wolkmann, qui réclama l'incision hypogastrique); 4° même difficulté pour certaines tumeurs villeuses, flottantes et échappant à la prise de l'instrument fermé à l'aveugle dans la vessie. Thompson, du reste, reconnaît lui-même la difficulté de sa méthode opératoire et en signale quelques dangers : par exemple les graves lésions du col de la vessie si on se laissait aller à introduire simultanément dans le réservoir le doigt et la pince, ou la déchirure et la perforation de la vessie, si on exerçait des tractions trop fortes sur la tumeur ou si on avait saisi par erreur la paroi vésicale elle-même. Pour prévenir ce dernier accident le chirurgien anglais recommande une manœuvre qui me semble bien difficile et surtout bien infidèle : il conseille de soutenir la paroi de la vessie près du point d'implantation de la tumeur avec une sonde à boule, de façon que les mors de la pince ne saisissent que le néoplasme; mais malgré ces précautions la perforation de la vessie ne put être évitée dans une des observations qu'il rapporte (obs. III du Mémoire déjà cité (1), obs. 15

(1) Died few days after operation : no autopsy ; probably some giving way of bladder at base of tumour.

de nos tableaux). M. Berkeley Hill insiste aussi sur le danger imminent de la déchirure de la vessie et la très grande difficulté d'enlever la tumeur dans sa totalité, à travers le très petit espace offert par la boutonnière périnéale; dans deux cas il a dû se contenter d'une opération partielle.

On le voit, la boutonnière périnéale n'est ni une méthode sûre, ni une méthode que l'on puisse généraliser au traitement des néoplasmes de la vessie, si variables par leur point d'implantation, leur forme, leur nature, etc.

Pratiquer cette boutonnière pour l'exploration de la vessie dans les cas difficiles, ne sera-ce pas souvent s'exposer à faire une opération, qui ne sera d'aucune utilité pour le traitement curatif de l'affection? Or, je l'ai déjà dit, ces incisions purement exploratrices ne sont pas admises en France. Par contre, il ne répugne pas aux chirurgiens de notre pays de tenter de très graves opérations, lorsque le malade doit en retirer sinon un bénéfice définitif, du moins une sédation des symptômes et une amélioration temporaire. Citons, comme exemple d'une de ces opérations les plus légitimes, l'anus contre nature dans les dégénérescences cancéreuses du rectum, qui patronné en France par M. le professeur Trélat, a désormais pris un rang honorable dans les méthodes de traitement palliatif de cette redoutable affection.

Je montrerai en m'appuyant sur les données de l'observation clinique, ce qu'on est en droit d'attendre de l'ouverture de la vessie, siège d'un néoplasme, au point de vue palliatif; d'ores et déjà, qu'il me soit cependant permis de dire que les résultats en sont très encourageants, à tel point que faite dans le seul but d'arrêter les hémorrhagies et de calmer la douleur, cette section s'impose pour ainsi dire. Toute hésitation doit donc cesser en présence de ces raisons nombreuses et c'est avec l'assurance qu'il rendra

quelque service à son malade que le chirurgien pratiquera l'incision sus-pubienne de la vessie, qui, outre les avantages que donne également la boutonnière périnéale, est, je le répète, la seule opération permettant de bien saisir les indications de l'exérèse d'une tumeur donnée et de les remplir complètement.

Ce sont les considérations précédentes, qui déterminèrent M. Bazy et ses conseillers, M. le professeur Guyon et M. Monod, à entreprendre l'excision du néoplasme de son malade par la voie de l'hypogastre; ce sont aussi celles que M. Monod fait prévaloir dans son remarquable rapport sur ce travail. A ce moment il n'avait été pratiqué que trois de ces opérations, et encore deux ne l'avaient été que par nécessité, après insuffisance reconnue de la taille périnéale (cas de Billroth et de Volkmann), seul M. Bazy avait de propos délibéré ouvert d'emblée la vessie par l'hypogastre. Depuis notre maître le professeur Guyon a fait cinq fois l'incision hypogastrique. En ajoutant à ces 6 faits une observation de Marcacci, qui avait échappée aux recherches de M. Bazy, j'arrive à un total de 7 opérations d'ouverture sus-pubienne de la vessie.

Une seule fois la mort doit être attribuée à l'opération, elle survint chez le malade de Volkmann le troisième jour après l'intervention, par péritonite, sans que la séreuse ait été cependant lésée par l'acte chirurgical. L'opéré de M. Marcacci succomba très tardivement deux mois après l'opération, probablement par la résorption trop rapide des fils de catgut suturant la vessie. Quant aux cinq autres malades, ils se rétablirent complètement de l'opération en elle-même ou ne succombèrent pas de son fait. Ainsi donc l'incision de la vessie par l'hypogastre, faite dans le but d'extirper les néoplasmes, n'est pas plus meurtrière que la taille hypogastrique proprement dite.

Cela posé, voyons de quelle façon se pratique l'opéra-

tion de l'incision de la vessie par l'hypogastre, qu'il s'agisse, soit d'explorer cet organe, soit de le débarrasser d'un produit néoplasique implanté sur ses parois. Dans l'un et l'autre cas elle ne diffère pas, et elle est au fond dans tous les temps ce qu'est la taille hypogastrique proprement dite, dont le manuel opératoire a été définitivement fixé par MM. Guyon, Périer et Monod. Toutefois je signalerai quelques modifications qui rendent l'exploration de la vessie plus aisée et l'excision de la tumeur plus sûre et plus complète.

Je passe sur les préparatifs opératoires : introduction et dilatation du ballon de Petersen; lavage et injection de la vessie à la solution d'acide borique 4 0/0.

M. Bazy, dans son travail, se demande si la compression du ballon rectal gênant la circulation en retour ne pourrait pas favoriser les hémorragies, et il ajoute tout aussitôt qu'il ne le croit pas et que cet inconvénient ne s'est pas manifesté dans son opération. Dans les cinq opérations auxquelles j'ai assisté, la perte de sang a été aussi minime que possible.

Dans les cas de néoplasme étendu on pourrait peut-être craindre la rupture du réservoir par l'injection. C'est là un accident qui n'a pas encore été signalé, mais contre lequel on se mettra toujours en garde en ne poussant que très lentement le liquide dans la vessie, en obéissant à la moindre résistance du piston de la seringue. Une circonstance dont il faudra aussi se rappeler, c'est que les grosses tumeurs saillantes dans la vessie diminuent d'autant sa capacité.

La globe vésical se dessinant à l'hypogastre, les parties molles sont incisées jusqu'à la vessie suivant la méthode ordinaire. Celle-ci est alors ouverte sur une étendue de 4 à 5 centimètres environ, et de suite le chirurgien s'em-

presse de passer une anse de fil de soie assez volumineux et rond pour ne pas couper les tissus dans chacune des lèvres de la boutonnière vésicale. Il faut avoir été témoin d'opérations faites les unes sans cette précaution, les autres avec elle, pour apprécier l'avantage de cette anse de fil, qui tendue par des aides a le triple avantage de soulever le bas-fond de la vessie et surtout le col, qui malgré le ballon tendent à se cacher derrière la symphyse du pubis; en second lieu de soutenir les parois latérales, en troisième lieu de protéger les lèvres des tissus prévésicaux en formant une sorte d'entonnoir exclusivement vésical. *Ce détail opératoire* imaginé par M. Guyon lors de sa première opération est *de la plus haute importance*.

Une fois la vessie ouverte et maintenue béante, rien n'est plus facile que d'explorer sa cavité par le toucher et la vue. Si les renseignements ainsi obtenus sont positifs, on procède sans plus tarder à l'excision du néoplasme. Ici, je l'ai déjà dit à propos de l'exérèse des tumeurs de la vessie chez la femme, il n'est pas possible d'établir de règle absolue sur la méthode à suivre : elle variera suivant le volume, la forme, la consistance du néoplasme, et c'est un des précieux avantages de l'incision exploratrice que de permettre l'emploi du moyen le mieux approprié. Tout, depuis le simple grattage avec le doigt et la curette, jusqu'aux manœuvres assez compliquées de la chaîne d'écraseur, peut être mis en œuvre.

Si, d'ailleurs, l'incision médiane et verticale sur la ligne blanche ne suffisait pas à donner accès sur la tumeur, rien n'empêcherait d'agrandir le champ opératoire en incisant transversalement les téguments de l'extrémité inférieure de la première incision, soit d'un côté, soit des deux côtés à la fois, et en détachant le muscle droit antérieur à ses insertions au pubis; la vessie pourrait également être débri-

dée transversalement. C'est ce que fit Billroth chez son jeune opéré, et également M. Bazy chez son malade. Il ne faut pas perdre de vue que ces incisions transversales exposent à l'ouverture du canal inguinal et à la blessure des organes qui y sont contenus, mais, en ayant soin de ne pas dépasser le bord externe des droits, cet accident sera évité.

Je ne crois pas devoir insister sur la manœuvre des instruments d'exérèse que la sagacité du chirurgien choisira alors à loisir et en connaissance de cause dans son arsenal. Qu'il me suffise de rappeler que contrairement à ce que l'on pourrait croire *a priori*, les néoplasmes vésicaux dans la grande majorité des cas saignent très peu au moment de leur extirpation et que, par conséquent, on pourra s'affranchir de l'emploi des procédés hémostatiques. Cependant dans le cas de Billroth on dut faire la ligature de deux artères qui se trouvaient dans le pédicule du myôme. Je dois aussi ajouter que le plus souvent ces tumeurs constituées par des tissus mous et friables se fragmentent avec la plus grande facilité, de sorte qu'avec la curette de Volkmann, celle de Sims, ou même l'ongle, on peut en obtenir l'éradication complète. Billroth après avoir enlevé la plus grande partie de la tumeur avec ses doigts, fit une ligature en masse sur le reste et excisa au-dessus. M. Bazy se servit du porte-ligature de Péan, plus pour pédiculiser la tumeur que pour la sectionner, car l'instrument en place, une très faible traction suffit pour séparer le néoplasme. Ensuite, il creusa avec l'ongle assez profondément jusqu'à ce qu'il sentit que le ballon rectal n'était plus séparé de son doigt que par une mince couche de tissu. Dans sa dernière opération M. Guyon a employé avec la plus grande facilité l'anse galvanique, et le résultat parfait, qu'il a obtenu, l'engage à conseiller ce moyen applicable à bien des cas. Je parle bien en-

tendu des néoplasmes non infiltrés; ces derniers, dont j'ai déjà renvoyé l'étude à un chapitre ultérieur lorsque je les ai examinés chez la femme, seront en effet bientôt l'objet de considérations particulières.

Je suppose donc que la vessie ait été complètement débarrassée de toutes les productions végétantes qui l'encombraient, il faut alors la laver largement en injectant plusieurs seringues de la solution d'acide borique par l'incision hypogastrique, jusqu'à ce que l'eau d'abord assez fortement teintée de sang et chargée de détritrus résultant du morcellement de la tumeur soit incolore, ce qui arrive ordinairement après la sixième ou septième seringue.

On pourrait ici se poser la question de savoir s'il n'y aurait pas avantage à cautériser la surface d'implantation, soit avec une solution caustique, soit avec le fer rouge; cette pratique n'a pas été mise en usage, à ce que je sache, mais elle ne paraît pas irrationnelle et la large ouverture que donne l'incision hypogastrique a encore à son actif cet avantage de permettre le traitement du pédicule de la tumeur.

Le pansement est celui de la taille hypogastrique dont je me contente de rappeler très succinctement les principaux points. Le ballon rectal est enlevé, tandis que les deux gros tubes accolés l'un à l'autre, préconisés par MM. Périer et Guyon, accompagnent la vessie dans son retrait, de façon que leurs extrémités restent bien au contact de la partie la plus déclive; on les fixe par un fil métallique à la lèvre de l'incision cutanée; on rétrécit la boutonnière hypogastrique par un ou deux points de suture à sa partie supérieure, et un vaste pansement de Lister recouvre le tout. Avant de quitter le malade, il est bon de s'assurer que les tubes fonctionnent et que le liquide, qui en revient, n'est pas trop chargé de sang; dans

toutes les observations, je le répète, il n'y eut jamais d'hémorrhagie secondaire ni prolongée.

Dans la description du manuel opératoire de l'incision hypogastrique, on a dû remarquer qu'à aucun moment donné la question de la suture de la vessie n'a été soulevée. C'est qu'en effet la suture, sur la valeur de laquelle les chirurgiens discutent encore, doit être absolument proscrite après l'incision de la vessie atteinte de néoplasme, outre la difficulté que présente une semblable opération, outre les accidents auxquels son emploi expose après la lithotomie, on comprend aisément quels nouveaux risques s'ajouteraient aux premiers si l'on suturait la vessie débarrassée du produit morbide, qui l'encombraient. Ne serait-ce pas le plus sûr moyen de déterminer des perforations secondaires au niveau des points raclés, curés, amincis par le grattage du néoplasme? La vessie, grâce à cette suture, est en effet ramenée immédiatement au rôle de réservoir contractile et il n'est pas besoin de réfléchir longtemps pour comprendre qu'elle chance elle a de se crever en se contractant sur son contenu, surtout si comme cela arrive parfois l'organe est fortement irritable. Du reste, il ne faut pas oublier qu'on vient de créer sur la paroi interne de la vessie une surface cruentée destinée à se couvrir de bourgeons charnus et à donner lieu à des produits de suppuration, serait-il donc prudent de renfermer une semblable plaie dans un réservoir aussi disposé aux fermentations que l'est la vessie? C'est en vain qu'on espérerait de l'emploi de la sonde à demeure une élimination suffisante de ces produits, les lavages détersifs eux-mêmes seraient bien illusoire.

L'opération faite, voici comment les choses se passent ordinairement, d'après les observations que je rapporte. Le premier jour les urines sont légèrement teintées de sang et