

contiennent quelques débris de la tumeur entraînés, surtout lorsqu'on fait le lavage par les tubes ; peu à peu elles deviennent claires, limpides et conservent ces caractères je dirais volontiers jusqu'à l'apparition de la récurrence, si des faits plus nombreux me permettaient cette affirmation. Chez le malade de M. Bazy, il est noté expressément que dès le lendemain de l'opération, l'urine était claire et ne contenait plus de sang et qu'elle demeura telle presque jusqu'à la mort, dans le dernier mois seulement elle renfermait quelques mucosités. Chez le malade de l'observation X que j'ai suivi à cet égard avec beaucoup de soin, à part la coloration noirâtre, indice de la résorption phénique, les urines furent constamment normales et présentèrent même pendant tout le temps de son premier séjour à l'hôpital la réaction acide.

Comme dans la taille hypogastrique, les tubes sont enlevés du sixième au huitième jour et remplacés par une sonde uréthrale à demeure. Mais ici se pose une question que le clinicien sera appelé à résoudre suivant les cas dans un sens ou dans l'autre.

Quelle direction imprimer à l'incision hypogastrique ainsi débarrassée de ses tubes ? Doit-on en rechercher la fermeture dans le plus bref délai ou en prévenir l'occlusion et la transformer en fistule permanente ? Les considérations absolument neuves de physiologie pathologique, que M. le professeur Guyon a exposées dans son article des Annales des maladies génito-urinaires déjà cité, tracent la conduite du chirurgien. « Toute vessie capable de se distendre, dit M. Guyon, 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. » D'après ces données, il est possible de tirer les règles suivantes.

A-t-on affaire à une de ces tumeurs polypiformes bien circonscrites et facilement énucléables, telles que l'opération terminée le réservoir urinaire se trouve dans des conditions parfaites de fonctionnement ? Nulle hésitation, on doit favoriser l'occlusion de la vessie, l'obtenir le plus rapidement possible, afin que le malade en état de se lever de son lit et de se promener récupère rapidement par un exercice modéré les forces qu'il a perdues. Cette occlusion sera recherchée avec bien plus de soin encore, si l'histologie vient démontrer que le produit morbide est par sa structure bénin et a par conséquent quelque chance de ne pas repulluler.

Est-on en présence d'une tumeur à base large, étalée, diffuse, dont on a pu enlever par un curage aussi parfait que possible les parties superficielles, mais dont il reste de profondes racines dans l'épaisseur des tuniques ? Ici l'hésitation est permise ; elle est absolument légitime. Sans doute, la prudence commanderait de laisser ouverte la vessie, afin d'en assurer le repos physiologique et de permettre au besoin une nouvelle action chirurgicale sur le néoplasme récidivé ; mais n'est-il pas pénible de condamner un malade à une infirmité aussi difficile à pallier que la fistule hypogastrique ? D'autre part, ne voit-on pas les hématuries disparaître et les douleurs se calmer quelquefois pour un temps très long après une première opération, la vessie s'étant cicatrisée et ayant repris ses fonctions de réservoir ? Enfin ne sait-on pas combien parfois sont tardives les récurrences des néoplasmes vésicaux ? Pour toutes ces raisons, même en l'absence d'une éradication



complète, on est en droit de conduire à cicatrisation l'incision hypogastrique, lorsque la disparition des hématuries, la cessation des douleurs, en un mot le bien-être momentané des malades y pousseront pour ainsi dire le chirurgien. Le patient lui-même réclamera souvent la fermeture de sa plaie. L'opéré de M. Bazy, chez lequel la plaie hypogastrique avait été à dessein transformée en fistule, en demandait avec insistance la suppression, et lorsque son état général s'aggravant, on la laissa s'obturer, afin de lui donner cette dernière satisfaction, on n'observa pas la moindre tendance au retour des hématuries ou de la douleur, et cependant il s'agissait d'une large tumeur infiltrée. Chez le malade de l'observation X la plaie se ferma naturellement dans les délais ordinaires, et jusqu'au moment de la récurrence du néoplasme on n'observa ni hématurie, ni douleur.

Nous supposons un troisième et dernier cas, celui dans lequel la plus grande partie de la vessie est envahie par le néoplasme, de sorte que l'organe ne représente plus pour ainsi dire qu'une sorte de coque rigide, incapable de revenir sur elle-même. De pareilles lésions sont, je l'ai dit, une contre-indication à l'intervention d'une façon générale ; cependant l'abondance des hémorrhagies, beaucoup plus souvent la violence des douleurs peuvent forcer la main au chirurgien. S'il intervient ce sera alors, il n'est pas besoin de le dire, dans un but purement palliatif, son objectif sera de supprimer la vessie comme réservoir, puisqu'il sait d'avance qu'il ne lui est pas permis de la débarrasser du néoplasme, qui l'encombre et de la mettre en état de remplir, même pour quelque temps, ses fonctions physiologiques.

C'est cette opération palliative que sir Henry Thompson pratiqua trois fois, en 1875, de propos délibéré pour remédier à des cystalgies rebelles, dont l'une était liée à une dé-

générescence de la prostate ayant envahi le bas-fond de la vessie (1). « L'opération fut suivie de repos après le troisième jour et le malade eut une longue période de calme, qu'il n'avait pas goûté depuis plusieurs mois. »

La constitution de la fistule hypogastrique sera obtenue après l'incision ordinaire de la vessie par l'hypogastre par des moyens divers, sur lesquels il n'est pas besoin d'insister. Sir Henry Thompson se servait d'un tube élastique plongeant jusqu'au fond de la vessie et maintenu par une plaque métallique à la surface de l'hypogastre, à la façon de la canule de la trachéotomie. M. Bazy fit construire une canule recourbée tout à fait analogue à celle de la trachéotomie, dont l'extrémité venait s'appliquer derrière la symphyse du pubis en pénétrant d'environ 1/2 centimètre dans la vessie. Un sérieux inconvénient de la fistule vésico-hypogastrique, c'est la difficulté de recueillir les urines du malade et de l'empêcher d'avoir ses vêtements complètement souillés par le liquide, qui s'infiltré entre les téguments et l'appareil destiné à le recevoir. Cependant le malade de l'observation , grâce à l'application suffisamment exacte des lèvres de la plaie hypogastrique sur les tubes siphons, put se lever un certain temps, pendant la longue rémission des symptômes qu'il présenta ; les tubes plongeaient dans un urinal et sa situation n'était pas plus mauvaise que celle des malades ayant la boutonnière périnéale.

(1) The Lancet, 1875 ; traduit en partie dans la th. de Géraud. Des cystalgies et de leur traitement chirurgical, 1882, p. 73 et seq.