

SECTION III.

Extirpation des néoplasmes sessiles. Résection de la vessie.

Peut-on espérer l'ablation complète d'un néoplasme sessile, infiltré de la vessie par la résection de toute l'épaisseur de sa paroi? M. Bazy dans son travail estime que cette idée « peut paraître hardie, mais n'est pas irrationnelle. » Et M. Monod dans son rapport émet aussi l'opinion que cette entreprise est justifiable mais dans un nombre de circonstances très restreintes.

Examinons à notre tour cette question. Malgré le nombre relativement élevé d'observations d'extirpation de tumeurs de vessie chez l'homme que j'ai réunies, je ne relève dans ces cas aucune tentative de résection de la vessie; à part le fait de Marcacci (1), je ne trouve même aucune observation de simple suture du réservoir urinaire. C'est donc tout à fait théoriquement, qu'à l'exemple des auteurs précédents, je puis discuter les avantages et les inconvénients de la résection partielle de la vessie atteinte de dégénérescence néoplasique. Cependant les exemples assez nombreux aujourd'hui de résection intentionnelle ou accidentelle de la vessie dans le cours de l'avariotomie nous guideront un peu dans cette voie encore inexplorée; quelques expériences hardies tentées en Allemagne sur les animaux nous fourniront aussi quelques jalons.

Lorsque l'on se rappelle la longue durée de l'évolution

(1) Marcacci. Di una cistimia sopra-pubica per la estrazione di un neoplasma villosa della cavità vesicale. Lo Sperimentale 1881, XLVI p. 350.

des tumeurs malignes de la vessie, la rareté de leur généralisation, on ne peut s'empêcher de regretter que nous n'ayons pas entre nos mains une bonne opération capable de débarrasser totalement et à jamais de son néoplasme le malade, qui en est porteur. En effet, au sein, à la lèvre, en beaucoup d'autres parties de l'organisme, on peut facilement supprimer un foyer cancéreux en taillant largement dans les tissus sains, et si l'observation ne nous démontrait que l'abondance des lymphatiques vient presque fatalement déjouer les efforts de la chirurgie, en assurant par des traînées souvent inappréciables la repullulation du mal, nous serions en droit d'espérer la cure radicale des opérés. Dans la vessie, l'anatomie nous enseigne qu'il n'y a pas de vaisseaux lymphatiques, les tumeurs malignes s'y développant lentement, toute la sphère voisine est pendant longtemps saine; pourquoi faut-il que cette assurance que nous avons de faire, en quelque sorte, la part du feu en supprimant le mal, soit immédiatement détruite et annihilée par le danger d'une opération aussi grave? Encore pourrait-on espérer le conjurer, si l'examen topographique des lésions vésicales venait montrer qu'elles siègent plus souvent sur la paroi antérieure et les parois antéro-latérales de la vessie? Mais nous savons que leur siège de prédilection est la base, le trigone et la paroi postérieure, régions éminemment dangereuses, dans lesquelles se trouvent le péritoine, les uretères, les vésicules séminales et les canaux déférents chez l'homme.

Rappelons l'heureuse comparaison de M. Guyon assimilant le réservoir urinaire à une boîte ovoïde; il est facile d'enlever par l'hypogastre son couvercle, mais son fond reste inaccessible à toute tentative de résection.

Ces considérations retiendront probablement encore longtemps les chirurgiens les plus hardis de notre pays,

comme elles ont jusqu'ici retenu les représentants les plus audacieux de la chirurgie allemande. Ce n'est pas cependant que la tentation ne soit grande de l'autre côté du Rhin de traiter la vessie cancéreuse comme l'utérus dégénéré. Th. Glück et A. Zell ont extirpé avec succès la vessie et la prostate chez des chiens (1) et donné le programme d'une intervention semblable chez l'homme après expériences sur le cadavre. E. Sonnenburg (2) l'a pratiquée sur le vivant, chez un enfant de 3 ans atteint d'extrophie, la guérison eut lieu.

On trouve encore dans les expériences nombreuses faites sur des chiens et des lapins par Vincent (de Lyon) (3), en France, et par A. Fischer, en Allemagne (4), des enseignements précieux pour ceux que tenterait une semblable intervention. Le chirurgien lyonnais a imaginé une suture à double plan, le premier comprenant la tunique musculuse du réservoir, la seconde adossant largement ensemble les surfaces de la séreuse. Sur les animaux l'opération réussit le plus souvent, dans l'espèce humaine M. Vincent ne l'avait encore pratiquée qu'une fois au moment de la publication

(1) Résultats d'expériences sur l'extirpation de la vessie et de la prostate chez les chiens, par Glück; Stricker's med. Jahrb., 6 juin 1881.

Du traitement secondaire des uretères après l'extirpation de la vessie par Th. Glück et A. Zell; Stricker's med. Jahrb., 30 octobre, 1881.

(2) Extrophie de la vessie chez un enfant de 9 ans; ablation de la vessie. Guérison par Sonnenburg (Berliner klin. Woch., 12 décembre 1881).

(3) De la laparotomie et de la cystorrhaphie dans les plaies perforantes intra-péritonéales de la vessie, par E. Vincent (Congrès d'Alger Associat. franç. p. l'avancement des sc. 1881 et Rev. de chirurgie, juin et juillet 1881). Voir aussi la thèse de Maltrait. Contribution à l'étude des traumatismes de la vessie, Lyon, 1881.

(4) Die partielle de la Resection der Harnblase (La résection partielle de la vessie. Etudes expérimentales), par A. Fischer (Archiv. f. klinische Chirurgie, t. XXVIII, fas. 3, p. 736).

de son travail, chez une femme qui avait eu le sommet de la vessie incisé pendant une ovariectomie avec adhérence. La malade succomba le sixième jour de péritonite, déterminée, au dire de l'auteur, par les adhérences intestinales du kyste. L'autopsie permit de constater ce fait important, à savoir que la suture de la vessie avait parfaitement réussi, et qu'une injection sous une assez forte pression n'en détermina pas la rupture.

Fischer a fait sur huit chiens des résections partielles de la vessie, suivie de la suture des bords de la solution de continuité; cinq de ces animaux ont survécu. Il tire de là les conclusions que les plaies de la vessie et leur suture n'étant pas plus graves que toute autre grande opération pratiquée sur l'abdomen, il n'y aurait pas lieu de craindre chez l'homme les résections et les sutures de ce réservoir.

Tout dernièrement, un chirurgien russe, Snamenski (1) a recherché, en pratiquant de très nombreuses opérations sur des chiens, quelle partie et quelle étendue de la vessie on peut réséquer sans danger chez les animaux. La résection de la totalité ou d'une partie de la paroi antérieure a réussi dans tous les cas, à l'exception d'un seul; la réunion eut lieu par première intention. Par contre, tous les animaux chez lesquels on enleva le réservoir urinaire, sauf, bien entendu, la partie où viennent s'aboucher les uretères, succombèrent très rapidement à la péritonite. Toutefois, l'un d'eux survécut seize jours. A l'autopsie, on trouva une vessie piriforme, pouvant loger une noix dans sa cavité. Le péritoine avait son aspect normal au niveau de la vessie; la trace de la suture ne se révélait que par un épaissement. Les uretères étaient quadruplés de volume, les

(1) V. Snamenski. Ueber partielle Resektion der Blasenwand. Medizinische Obosrenje, 1884. Febr. Heft. Analysé dans Centaabl. f. ch., 1884, n° 14, 223.

bassinets fortement dilatés. La mort était survenue avec des phénomènes urémiques.

Enfin les recueils de gynécologie fournissent un nombre très respectable d'observations de perte de substance des parois vésicales et de sutures très heureusement terminées.

Rejetant absolument toute idée d'extirpation radicale des néoplasmes du bas-fond, du trigone et de la paroi postérieure de la vessie, à l'exemple de M. Bazy et de M. Monod, avec ces mêmes auteurs aussi je crois qu'il ne serait pas irrationnel de réséquer la paroi antérieure et même la paroi latérale du réservoir urinaire, dans les cas seulement où l'on aurait la certitude de pouvoir enlever dans sa totalité la zone dégénérée, cas, on ne saurait trop le répéter, infiniment rares.

Que si l'on faisait cette opération il faudrait, cela va sans dire, suturer avec grand soin les lèvres de la solution de continuité, afin de prévenir l'épanchement d'urine soit dans le tissu prévésical, soit dans la cavité du péritoine, si la séreuse avait été ouverte. Je ne décrirai pas les divers procédés de suture de la vessie, mais un point sur lequel je veux insister est la nécessité, qui s'impose absolument, d'assurer un libre écoulement à l'urine pendant toute la période de cicatrisation; la sonde à demeure à cet égard est bien infidèle, il suffit qu'elle se bouche quelques heures pour déterminer sinon la rupture de la suture vésicale, tout au moins l'infiltration d'urine entre ses lèvres. On pourrait donc ménager au niveau de l'hypogastre un passage pour les tubes siphons habituels placés dans un des angles de la plaie résultant de la résection; peut-être aussi serait-on en droit d'établir, pour ce cas particulier, une boutonnière périnéale de décharge, à l'exemple de celle qui donna de si beaux succès à Frère Côme.

Chez la femme, les mêmes difficultés de la résection de la paroi vésicale se retrouvent, mais moins insurmontables; c'est ainsi qu'elle a été faite avec un plein succès par A. T. Norton (1). La tumeur, papillome frangé, était implantée sur la base de la vessie: elle mesurait un pouce de longueur sur un demi-pouce. Après avoir fait une incision à travers la cloison uréthro-vaginale, le chirurgien anglais sépara par la dissection le vagin de la vessie et réséqua avec des ciseaux le point d'implantation de la tumeur. Il en résulta forcément une fistule vésico-vaginale, qui fut opérée un mois après suivant les procédés ordinaires. La malade guérit parfaitement.

(1) Transactions chir. Soc., 9 mai 1879.