

la laparotomie, on suture séreuse à séreuse le pli dorsal fait à la vessie. Dès lors le péritoine est fermé, on peut revenir à la vessie, et terminer par l'excision de la tumeur. Ce procédé, jusqu'ici, n'a pas été essayé sur le vivant.

La résection, même partielle, de la vessie, exige des manœuvres complexes et délicates : la taille longitudinale n'est pas toujours suffisante; doit-on, de propos délibéré, commencer par la transversale, par la symphyséotomie, comme le firent Albarran et Guyon, ou par la création d'une fenêtre pubienne, comme le conseille Clado (fig. 65)?

Pour trancher cette question délicate, il faut considérer que, dans l'opération d'une tumeur assez étendue, le traumatisme a une part importante dans la gravité opératoire; il est absolument nécessaire de réduire ce traumatisme à son minimum, tout en cherchant cependant à se donner beaucoup de jour.

Or, les opérations sur les os, la symphyséotomie, la taille transpubienne constituent des opérations déjà graves par elles-mêmes: on ne doit donc y avoir recours que lorsqu'on est sûr de pouvoir utiliser avec avantage le jour qu'elles sont susceptibles de donner. Sans nier l'utilité très réelle de ces opérations pour l'extirpation de certaines tumeurs localisées, je crois qu'il serait téméraire de commencer l'opération par la création d'une large brèche, qu'on pourrait regretter d'avoir ouverte si, au cours de l'opération, l'exérèse complète du néoplasme était reconnue impraticable. Je n'oserais même pas me fier, sous ce rapport, aux données de l'endoscopie, et je commencerais par faire l'incision exploratrice de la vessie, et, tout en étant au préalable préparé pour la symphyséotomie, je n'en viendrais à l'incision de la symphyse qu'au cas où l'incision de la vessie m'aurait montré qu'une voie largement ouverte permettrait d'enlever la tumeur dans sa totalité.

Entre la symphyséotomie et la taille transpubienne de Clado, il est difficile de trancher. La symphyséotomie donne beaucoup de jour, la symphyse peut être écartée de 4 à 4 centimètres et demi; dans le sens vertical, elle donne l'accès de la vessie depuis le col jusqu'au sommet (1), et la guérison peut s'effectuer sans trouble de la marche ni de la station. Mais je ne connais pas le procédé de Clado, qui n'a jamais été, que je sache, appliqué sur le vivant: il donne un jour suffisant, il évite le tiraillement et la dislocation des articulations postérieures du bassin qu'on peut reprocher à la symphyséotomie; mais la théorie ne vaut rien contre les faits. La symphyséotomie a fait ses preuves: attendons les faits pour juger.

Ce que je viens de dire des opérations osseuses d'accès, s'applique aussi à la taille transversale. Celle-ci donne un jour beaucoup plus

(1) GALLET-DUPLESSIS, De la symphyséotomie chez l'homme, thèse de Paris, 1892-1893.

considérable que la taille longitudinale, je n'y contredis pas. Mais les suites de l'opération sont moins simples qu'après la taille longitudinale: la suture peut lâcher, la fistule persiste, et l'éventration n'est pas rare (Bœckel), et, après avoir inutilement pratiqué une fois chez la femme une taille transversale pour enlever complètement un gros néoplasme infiltré que je fus obligé d'abandonner, je ne me décide aujourd'hui à pratiquer la taille transversale qu'après avoir vérifié au préalable, par une incision exploratrice longitudinale, qu'il y a de grands avantages à obtenir le complément d'incision transversale.

La taille transversale, cependant, doit être faite d'emblée toutes les fois qu'il s'agit d'opérer une récidive: à la suite de la taille hypogastrique, le péritoine reste quelquefois adhérent à la symphyse; je l'ai vu deux fois à Necker, et Rollet rapportait un autre cas à la Société de chirurgie (1895). Dans ces conditions, avec la taille longitudinale, on s'exposerait à ouvrir la séreuse, et la taille transversale est certainement préférable.

Comme conclusion, je dirai: toutes les fois qu'il s'agit d'opérer un néoplasme infiltré, il faut donner la préférence à la taille sus-pubienne longitudinale, qui, dans la grande majorité des cas, donne un jour suffisant. Si, au cours de cette incision, le néoplasme se montre assez limité pour que l'exérèse en puisse être effectuée complètement grâce à une incision supplémentaire, je complète l'opération soit par une incision transversale, comme le fait Audry (1), soit par une symphyséotomie.

Si la taille montre une extension telle des lésions que l'ablation totale est impossible, je me contente de gratter, de curetter ou cautériser le néoplasme. Ce n'est qu'une opération palliative, mais on a évité au malade les risques d'une opération complexe dont le moindre inconvénient eût été d'être inutile. Avec ces opérations palliatives, on obtient souvent des succès inespérés et assez durables: je revois, de temps en temps, un malade que j'ai opéré de cette façon très insuffisante par le grattage et la cautérisation d'une tumeur épithéliale infiltrée autour de la zone urétérale du côté droit. Depuis qu'il est sorti de l'hôpital, le malade n'a jamais uriné de sang: il a repris sa profession et jouit, d'une excellente santé, et cela date actuellement de quatre ans. L'examen histologique cependant avait confirmé le diagnostic de néoplasme malin. J'ai encore opéré dernièrement un autre malade, qui avait une tumeur infiltrée volumineuse; la somme des fragments que j'ai enlevés pesait 280 grammes. Avant l'opération, il avait des hémorragies subintrantes, des urines fétides, des mictions incessantes et douloureuses. Après la taille la vessie s'est fermée en quinze jours; les urines sont redevenues de

(1) AUDRY, De la taille sus-pubienne médio-latérale (*Arch. prov. de chir.*, 1896, p. 35).

suite limpides, les mictions rares et sans douleurs. Et ce malade dût-il bénéficier pour quelques mois seulement de cette amélioration considérable, qu'il n'y aurait pas à regretter l'opération.

La résection de la vessie a été pratiquée dans quelques rares occasions pour des néoplasmes étendus, multiples et infiltrés. Bardenheuer, Gussenbauer, Pawlick, Küster, Kümmel, Kosenski, Trendelenburg à l'étranger; en France Albarran, puis Tuffier, ont pratiqué les premières cystectomies totales. Les malades de Pawlick, de Kosenski, de Trendelenburg, de Tuffier survécurent à l'opération.

Le manuel opératoire a varié pour chaque cas particulier. Tuffier propose le manuel opératoire suivant : incision en T renversé allant d'une région inguinale à l'autre, et désinsertion des muscles droits. La vessie, attirée par des pinces à l'extérieur, est décortiquée en avant, sur les côtés, et en arrière au niveau du péritoine : pour éviter d'ouvrir la séreuse, on doit, à ce niveau, cheminer dans la couche musculaire. Section des uretères avec ou sans cathétérisme préventif; section du col vésical au-dessus d'un clamp courbe. Les uretères seront abouchés, suivant les cas, ou dans le vagin (Pawlick), dans le rectum, dans l'S iliaque, ou à la peau.

De ces opérations pour tumeurs, quel est le résultat?

Sans parler de la cystectomie totale, dont les observations sont trop rares, les opérations de résection partielle ne sont guère plus graves que les ablations sans résection, et la récurrence est beaucoup moins fréquente avec elles (28 p. 100 au lieu de 57 p. 100) d'après Albarran.

La proportion des récurrences, la durée de la survie ne sont d'ailleurs pas les mêmes pour les différentes variétés de tumeurs : les cancers, les sarcomes, les myomes eux-mêmes récidivent plus vite que les autres tumeurs.

Mais la conclusion principale qui se dégage de l'analyse des observations, c'est la supériorité des larges exérèses, même pour les tumeurs pédiculées : la récurrence est d'autant moins fréquente que la tumeur a été opérée plus tôt et l'ablation plus largement effectuée.

2° **Traitement palliatif.** — La tumeur est jugée inopérable, est-ce à dire que nous devons rester inactifs? Contre les complications, contre l'hématurie, l'infection, la douleur, les troubles de la miction, nous devons agir.

L'hématurie est calmée quelquefois par les injections de morphine, par les grands bains : quand les caillots s'accumulent dans la vessie, il faut les évacuer à l'aide de la seringue. La grosse sonde évacuatrice de la lithotritie est introduite dans la vessie; une seringue pleine d'eau boriquée est poussée brusquement, et le piston, ramené

(1) TUFFIER et DUJARIER, De l'extirpation totale de la vessie pour néoplasmes (*Revue de chir.*, 1898, n° 4, p. 277).

à son point de départ, entraîne dans la seringue, avec le liquide de l'injection, des caillots en grand nombre, quelquefois jusqu'à deux ou trois cents grammes, qui distendaient la vessie et, à la manière des corps étrangers, y entretenaient la congestion et provoquaient l'hématurie. La manœuvre est répétée jusqu'à ce que le liquide revienne limpide et sans caillots, et l'hématurie, souvent, s'arrête instantanément.

Les grandes hématuries affaiblissent quelquefois le malade au point que deviennent nécessaires ces injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum artificiel qui rendent de si grands services.

Contre la douleur de la cystite, nous avons la morphine en injections ou en suppositoires; contre la cystite elle-même, nous avons les lavages et les instillations de nitrate d'argent. Lorsque les mictions sont difficiles, lorsque la vessie ne se vide pas, ou se vide mal, les cathétérismes réguliers remédient à cette complication, et, s'ils sont douloureux ou difficiles, la sonde à demeure procurera à ces malades quelques heures de soulagement et de bien-être.

Contre l'infection, la sonde à demeure réussit également; les néoplasmes infectés ne se comportent pas autrement que les autres urinaires à ce point de vue, les mêmes moyens leur conviennent (*Voy. Infection urinaire*). La sonde à demeure, il est vrai, ne suffit pas toujours : il faut en venir à l'opération.

La cystotomie palliative est indiquée dans plusieurs circonstances; l'abondance des hématuries, l'intensité des douleurs, enfin l'infection, telles sont ordinairement celles qui conduisent à l'opération. En général, on a recours à la taille haute : on ouvre largement la vessie pour voir le néoplasme, le curetter au besoin, et on laisse ouverte la vessie, pour qu'elle soit au repos, et pour que le drainage se réalise parfaitement, et au besoin même, on la tamponne (Desnos, Bazy). Ce tamponnement est loin d'être nécessaire : les hémorragies cessent après le curettage, les urines s'améliorent et les douleurs diminuent.

Quelquefois, il est vrai, la tumeur bourgeonne vers la peau après la taille : le néoplasme s'étend à l'hypogastre, j'en ai vu un exemple à Necker. Aussi, pour éviter cet inconvénient, M. Guyon (1) pratique-t-il quelquefois de préférence dans ces conditions la taille périnéale; le drainage de la vessie est, en même temps, plus effectif et plus durable, la fermeture de la fistule est plus rapide quand l'état douloureux est calmé, et la crainte de l'extension moins fondée.

(1) GUYON, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1895, p. 302.

VIII

TROUBLES VÉSICAUX D'ORIGINE NERVEUSE

Dans ce chapitre nous étudions les troubles fonctionnels de la vessie, qui ne sont provoqués ni par une altération de ses parois, ni par une infection de son contenu. Bien que certains auteurs aient pensé que l'hyperémie jouait dans la pathogénie de certains de ces troubles fonctionnels un rôle important, nous les considérons tous, provisoirement au moins, comme d'origine purement nerveuse.

Les malades de cette catégorie constituent ce que M. Guyon a justement appelé les *faux urinaires*. Ils se présentent en effet avec tous les symptômes qui caractérisent habituellement les maladies de l'urètre ou de la vessie. Et cependant leur appareil urinaire est intact, on n'y découvre aucune lésion. La fréquence de ces troubles purement fonctionnels, l'importance qu'il y a d'en reconnaître la nature justifient les développements que nous donnons à ce chapitre.

La vessie est pourvue de deux propriétés, la *contractilité* et la *sensibilité*; les troubles fonctionnels que nous avons à étudier portent sur l'une ou l'autre de ces propriétés; de là deux catégories à établir.

I. — TROUBLES PORTANT SUR LA CONTRACTILITÉ DE LA VESSIE.

Les troubles portant sur la contractilité de la vessie sont eux-mêmes de deux ordres, suivant qu'ils consistent dans l'amoindrissement ou dans l'exagération de cette contractilité.

L'amoindrissement de la puissance contractile de la vessie se caractérise par la paresse vésicale et finalement par la *rétention* complète ou incomplète.

L'exagération se traduit par la fréquence de la miction, encore appelée *pollakiurie*.

Enfin le sphincter de l'urètre peut être lui-même influencé et sa tonicité augmentée. C'est ce qui constitue le *spasme*, généralement associé à la pollakiurie, ou existant d'autres fois isolément.

La rétention, la pollakiurie, les spasmes représentent des troubles fonctionnels communs à plusieurs affections; nous ne nous occupons ici que de ceux qui, absolument indépendants de toute lésion de l'urètre, de la prostate ou de la vessie, sont assez prononcés et persistants, pour constituer en quelque sorte une maladie spéciale.

La modalité de ces troubles fonctionnels varie avec la cause qui

les détermine ou les occasionne. Ces causes peuvent être groupées en trois classes: 1° affections du système nerveux ou névroses, 2° lésions des organes voisins, 3° affections de l'appareil urinaire, 4° influences psychiques.

1° **Affections du système nerveux et névroses.** — Les affections du système nerveux retentissent facilement sur la vessie pour en diminuer la contractilité ou amener même sa paralysie.

Le résultat constant de cette paralysie, c'est la *rétention*; celle-ci débute d'une façon aiguë, ou s'installe lentement, insidieusement, le malade continuant d'uriner, par regorgement, jusqu'à l'incontinence. La rétention de longue durée, chez des individus dont par ailleurs la nutrition est profondément troublée, expose tout particulièrement à l'infection par le cathétérisme; aussi l'infection devient-elle rapidement le corollaire habituel de la rétention. Les lésions urétéro-rénales de distension et d'infection se combinent et s'associent, de telle sorte qu'au point de vue anatomique les lésions sont absolument superposables à ce qu'elles sont dans d'autres affections de l'appareil urinaire, dans l'hypertrophie prostatique, dans les rétrécissements de l'urètre, par exemple.

L'époque à laquelle se manifestent ces troubles fonctionnels, la rapidité avec laquelle ils évoluent, l'importance qu'ils affectent varient beaucoup avec la nature de l'affection du système nerveux qui en détermine l'apparition. Duchenne (de Boulogne), Topinard, Charcot, Guyon, Fournier, Féré, Geffrier en ont étudié minutieusement les caractères et les modalités diverses.

Ataxie. — La parésie vésicale est fréquente à la période ataxique du tabès. Mais souvent ces troubles constituent la première manifestation d'une maladie que l'ataxie viendra caractériser quelques années seulement plus tard.

Ce début par les troubles vésicaux est noté par le professeur Fournier 98 fois sur 244 cas. C'est le plus souvent dans la première ou la deuxième année de la période préataxique, quelquefois même dans les premiers mois, qu'ils entrent en scène. Ils passent le plus souvent inaperçus, ou bien leur véritable nature reste méconnue.

Ils sont représentés par la *paresse vésicale*, l'*ataxie vésicale*, l'*incontinence*, la *rétention*, la *pollakiurie*, le *ténesme*.

L'émission est lente à se produire, les malades n'urinent plus qu'avec effort, lentement et laborieusement. Cette nécessité de l'effort se manifeste surtout le matin au réveil, les malades sont obligés d'uriner accroupis. Malgré ces efforts, le jet de l'urine reste petit et sans vigueur, il s'arrête pour reprendre quelques instants après; l'émission se fait en plusieurs actes. Il en résulte que la miction nécessite un long temps pour s'effectuer complètement, les malades n'osent plus se risquer dans un urinoir, de peur d'être remarqués.