

La *cystite*, regardée autrefois comme une contre-indication, permet cependant d'obtenir des succès, ainsi que les observations de la remarquable thèse de Dietz en font foi. Dans les cas où l'on craint un échec de la suture, on se servira des tubes Guyon-Perier et l'on suturera partiellement la vessie dans tout le reste de l'incision, ou l'on pratiquera la fermeture totale du réservoir et l'on placera une grosse sonde à demeure. Les perfectionnements de la technique amèneront peu à peu à la suture complète; quant à son manuel opératoire, il sera décrit au chapitre des opérations qui se pratiquent sur la vessie (p. 686 et suiv.).

2° Ce n'est que chez les malades porteurs de néoplasmes volumineux largement infiltrés dans la paroi, ou chez des sujets dont les *lésions rénales* seront avancées que le traitement purement *palliatif* sera tenté de prime abord. Les injections chaudes, la décongestion des plexus rectaux, la sonde à demeure restant insuffisantes, on pratiquera l'incision vaginale chez la femme, la boutonnière périnéale chez l'homme à périnée mince et à prostate peu volumineuse, l'incision sus-pubienne dans les autres cas. Ces interventions assureront le drainage permanent et le repos complet de la vessie et mettront ainsi le malade à l'abri des douleurs et de l'hématurie.

3° Enfin l'*abstention* s'impose toutes les fois que la tumeur infiltrée ou adhérente et reconnue inopérable ne provoque aucun accident local grave. Mieux vaut alors laisser la maladie évoluer fatalement que d'ajouter à l'état si précaire de ces malades une nouvelle infirmité par la cystotomie.

RÉSULTATS OPÉRATOIRES. — Voici d'après la statistique de Clado (*loc. cit.*), qui résume toutes les statistiques antérieures à 1894, les résultats opératoires fournis par les différentes interventions pour néoplasmes de la vessie.

Cette statistique qui porte sur 207 cas comprend d'une part les opérations pratiquées sur le néoplasme soit par la taille soit par les voies naturelles, d'autre part les résultats des résections partielles ou totales de la vessie.

Les cas de la première catégorie sont au nombre de 173 dont 111 concernant des tumeurs malignes et 62 des tumeurs bénignes. Ces 173 cas ont donné 35 morts dont 49 (44 pour 100) pour les tumeurs malignes et 4 seulement (6,4 pour 100) pour les tumeurs bénignes. Celles-ci n'ont récidivé que 9 fois (14,6 pour 100); les premières, au contraire, ont fourni 54 récidives (50,7 pour 100). Naturellement les cas de guérison sont en proportion inverse: 49 cas pour les tumeurs bénignes, 28 cas pour les tumeurs malignes. — Ajoutons, en ce qui concerne particulièrement la taille — voie la plus fréquemment employée pour atteindre le néoplasme — que la taille haute, sus-pubienne, est beaucoup moins grave que la taille périnéale (27,5 pour 100 de morts pour la première, 55,5 pour 100 pour la seconde).

Clado a pu recueillir 29 cas de tumeurs traitées par la *cystectomie partielle*. Cette opération a donné 20 guérisons opératoires (l'auteur n'a noté que 3 récidives) et 9 morts. Enfin la *cystectomie totale* sur 5 cas a donné 2 guérisons opératoires (femmes) et 3 morts (hommes). J'ai pratiqué l'ablation totale de la vessie, pour l'un de ces cas. Mon malade opéré en octobre 1896 a guéri, puis il a succombé en août 1897 à une généralisation néoplasique.

CHAPITRE XI

TUMEURS PARAVÉSICALES (1)

On donne le nom de *tumeurs paravésicales* à celles « qui reconnaissent pour point de départ la paroi vésicale, soit qu'elles en soient primitivement indépendantes, soit qu'elles aient contracté des adhérences secondaires avec l'organe de la miction ». Il va sans dire qu'il faut *exclure* du cadre des tumeurs paravésicales les tumeurs périphériques, telles que les épithéliomas rectaux ou utérins qui envahissent la vessie secondairement, par propagation.

Les tumeurs paravésicales se divisent en deux classes: 1° *tumeurs solides*, 2° *tumeurs kystiques*. Les tumeurs solides comprennent une seule variété: le *myome à fibres lisses*. Les tumeurs kystiques se divisent en une série de formations dont les unes dépendent de la vessie ou des organes qui l'entourent (vésicule séminale, prostate, débris embryonnaires) et dont les autres en sont indépendantes mais peuvent contracter des adhérences avec elle.

I. TUMEURS SOLIDES. — *Myome extra-vésical*. — Ces tumeurs sont très rares. 1° Elles peuvent se développer aux dépens de la tunique musculuse de la vessie, et alors elles n'ont rien qui les différencie des myomes intra-vésicaux sinon qu'elles se développent au-dessous de la séreuse au lieu de soulever la muqueuse. C'est ainsi que Belfield (2), par exemple, a trouvé, chez une femme, un myome extra-vésical du volume d'une noix, attaché sur la tunique musculuse de la vessie par des cordons musculaires. J'ai vu moi-même, l'an dernier, à la Pitié, une tumeur de ce genre développée aux dépens du sommet de la vessie également chez une femme. 2° Ces myomes naissent, dans le voisinage de la vessie aux dépens d'organes résiduels ayant une structure fibro-musculaire, l'ouraque d'une part, l'*utricule prostatique* d'autre part. Tels sont les cas de Polailon et Legrand (3) (myome développé aux dépens de l'ouraque) de Verhoo-gen (4), de Dosseker (5) et de D. Newman (6).

II. TUMEURS LIQUIDES. — *Kystes*. — 1° *Kystes naissant aux dépens de la vessie*. — a. Certains de ces kystes reconnaissent pour point de départ la *prolifération de restes embryonnaires* ou une *inclusion fœtale*. Les premiers (*kystes résiduels*) ont été décrits, dans un remarquable mémoire, par English (7) qui a étudié les kystes *wolfiens*, *mülleriens*, les *kystes de l'utricule prostatique* et ceux des *vésicules séminales*. Leur pathogénie est facile à comprendre. Depuis les recherches de Wutz (8), on sait que l'ouraque reste perméable jusqu'au 4^e mois de la vie intra-utérine. Plus tard, le cordon fibro-musculaire se ferme et ne cor-

(1) Voy. CLADO, *Tumeurs de la vessie*, 1895, p. 254.

(2) BELFIELD, *Wiener med. Woch.*, 1881, n° 12.

(3) POLAILLON et LEGRAND, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1888.

(4) VERHOOGEN, *Soc. des sciences méd. et nat. de Bruxelles*, 1894.

(5) DOSSEKER, *Kyste de l'ouraque. Beitr. für klin. Chir.*, 1895.

(6) D. NEWMAN, Variété rare de kyste de la vessie développé probablement aux dépens de l'ouraque; opération; guérison. *The Glasgow med. Journal*, juillet 1896.

(7) ENGLISH, *Stricker's Jahrbuch*, 1874, p. 127.

(8) WUTZ, cité par CLADO (*loc. cit.*)