

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.*)

tient plus dans son axe que quelques débris cellulaires en colonne interrompue de la vessie à l'ombilic. Ces débris persistent parfois jusqu'à la naissance et au-delà (Luschka)⁽¹⁾. C'est grâce à la prolifération de ces débris que naissent les *kystes de l'ouraque*. Ils se développent dans la région hypogastrique, à partir du sommet de la vessie jusqu'à l'ombilic. Les *kystes résiduels wolfiens* ou *müllériens* se développent par le même processus, mais s'accolent à la face postérieure de la vessie et proéminent de ce côté. Les *kystes embryonnaires, par inclusion*, ne sont autres que ceux dont nous avons déjà parlé au chapitre des tumeurs de la vessie (voy. p. 616) sous le nom de *kystes dermoïdes paravésicaux*.

b. *Kystes simples*. — Ils constituent une variété dont la pathogénie ne saurait encore être déterminée avec précision. Le seul exemple connu est celui de Segond⁽²⁾; il constitue une tumeur opératoire. Ce kyste était situé dans le cul-de-sac vésico-utérin et avait le volume d'une noix; au cours de l'opération on reconnut qu'il était logé au milieu des fibres musculaires de la vessie auquel il adhérait intimement; son contenu était séreux.

2° *Kystes naissant aux dépens d'organes accolés à la vessie*. — On peut les diviser en :

a. *Kystes par rétention*. (Dilatation de l'utricule prostatique.)

b. *Kystes diverticulaires*. (Dilatation diverticulaire des vésicules séminales.)

Ces kystes ne sont pas très connus. Les premiers, ceux qui reconnaissent comme point de départ la dilatation de l'utricule prostatique, sont *médians* et offrent un pédicule adhérent à la base de la prostate. Ces kystes doivent être rapprochés, au point de vue de leur pathogénie, des myomes extra-vésicaux dont il a été question plus haut. Au contraire, les kystes qui reconnaissent pour point de départ la dilatation diverticulaire des vésicules séminales sont *latéraux*. Ces deux variétés de kystes se développent d'ailleurs toutes deux derrière la vessie, au-devant de l'aponévrose prostatopéritonéale de Denonvilliers et au-dessous du cul-de-sac péritonéal recto-vésical.

3° *Kystes indépendants de la vessie mais pouvant contracter des adhérences avec cet organe*. — *Kystes hydatiques*. — Dans différentes observations on a représenté ces kystes comme pouvant se développer aux dépens de la couche musculaire de la vessie, et, dans sa thèse inaugurale, Legrand⁽³⁾ s'est fait le défenseur de cette pathogénie. Je crois cependant, avec Charcot⁽⁴⁾, que, dans aucun des cas cités, il ne s'agissait de *kystes hydatiques vésicaux proprement dits*, mais seulement de *kystes hydatiques paravésicaux*, développés dans le *tissu cellulaire périvésical* et ayant dissocié plus ou moins la couche musculaire de la vessie pour faire saillie dans sa cavité. — Ces différents cas peuvent être classés en trois catégories : a. Kystes qui se développent à la face postérieure de la vessie, dans le tissu cellulaire qui la sépare du rectum chez l'homme, du col de l'utérus chez la femme; b. kystes développés dans l'hypogastre, en contact avec le sommet de la vessie et s'accroissant vers l'ombilic, qu'ils atteignent sans le dépasser; c. kystes occupant le petit bassin, plus ou moins adhérents au plancher pelvien et remontant jusqu'à l'ombilic. Les cas classés sous ces trois catégories concernent soit un kyste unique, soit des kystes multiples. Le nombre importe peu; ce qu'il faut bien mettre en évidence, c'est cette localisation spéciale des kystes

(1) LUSCHKA, cité par CLADO (*loc. cit.*)

(2) BAUDRON, Thèse de Paris, 1894, p. 174.

(3) LEGRAND, Thèse de Paris, 1890.

(4) CHARCOT, Soc. de biol., 1852.

et cette tendance à la progression suivant un chemin, toujours le même : localisation et mode de progression qui ont une grande importance au point de vue thérapeutique, car elles nous indiquent qu'il ne faudra jamais attaquer ces kystes par la voie transvésicale, mais toujours par la simple laparotomie.

Je ne puis entrer dans l'étude clinique détaillée de chacune de ces variétés de tumeurs. Leurs symptômes sont presque toujours les mêmes; les malades nous sont envoyés comme atteints de cystite à cause de leur fréquence de miction, fréquence diurne et nocturne. Cet accident s'explique par la difficulté que peut rencontrer la vessie dans son ampliation normale. Le diagnostic anatomique est toujours possible en interrogeant la palpation et la percussion hypogastrique, le toucher rectal combiné au palper, et le cathétérisme avec un instrument métallique. Le *palper* fait connaître les formes, la situation et la consistance de la tumeur; la *percussion* dénote sa matité et, dans un cas, m'a fait trouver le frémissement hydatique. Le toucher rectal localise les lésions et, combiné au palper et au cathétérisme avec la sonde en métal, il permet de prouver les rapports de la tumeur *en avant*, ou *en arrière*, ou *au-dessous de la vessie*. La seule cause d'erreur serait de prendre la vessie distendue par l'urine ou une péri-cystite fibro-lipomatense pour un néoplasme.

CHAPITRE XII

VICES DE CONFORMATION ET DÉPLACEMENTS DE LA VESSIE :

EXSTROPHIE — DIVERTICULES — VALVULES DU COL CYSTOCÈLES

I

VICES DE CONFORMATION DE LA VESSIE

Nous étudierons sous ce nom des lésions bien différentes au point de vue de leur pathogénie et de leur gravité : l'*exstrophie*, affection grave, qui est une malformation congénitale; les *diverticules* et les *valvules du col* qui sont, au moins dans l'immense majorité des cas, des lésions acquises, souvent bénignes, et, dans tous les cas, beaucoup moins sérieuses que la précédente.

I. — EXSTROPHIE DE LA VESSIE

A. HERRGOTT, Exstrophie de la vessie chez la femme. Thèse de Nancy, 1874. — DUPLAY, *Traité de path. ext.*, t. VI, p. 778. — SONNENBURG, *Berl. klin. Woch.*, 1881 et 1882. — P. BERGER, Exstrophie de la vessie. *Sem. méd.*, 1885, n° 2. — TRENDELENBURG, *Centralbl. f. Chir.*, 5 déc. 1885 et XV^e Congrès allem. de chir. — HEYDENREICH, Du traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie. *Sem. méd.*, 1886, p. 21. — NEUDORFER, Die Operation der Ektopie der Blase. *Centralbl. f. Chir.*, 1886, p. 547. — GAY, Exstrophie de la vessie. Autoplastie. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, t. IV, p. 312. — RICHELLOT, Un cas d'exstrophie de la vessie. *Idem*, 1887,