

III

CYSTECTOMIE OU RÉSECTION DE LA VESSIE ⁽¹⁾

La cystectomie ne trouve guère son indication que dans les cas de tumeurs de la vessie et exceptionnellement dans certaines tuberculoses. Dans ces cas, en effet, le chirurgien devra songer à pratiquer l'extirpation de la portion de vessie sur laquelle est implanté le néoplasme. Si le néoplasme est volumineux, si les tumeurs sont multiples et disséminées sur la plus grande partie de la vessie, c'est l'organe entier qu'il faudra enlever. La résection peut donc être partielle ou totale.

La résection de la vessie est restée longtemps dans le domaine expérimental (Glück et Zeller, Bardenheuer, Fischer). Ce n'est guère que depuis une dizaine d'années qu'elle est entrée dans la pratique chirurgicale. Encore les cas publiés sont-ils rares. Jusqu'à présent d'ailleurs les résultats sont peu satisfaisants; mais il est permis d'espérer que lorsque les procédés opératoires seront plus connus, les tumeurs de la vessie seront abordées plus vite et les chances de récurrence écartées.

SOINS PRÉLIMINAIRES. — Qu'il s'agisse d'une résection partielle ou totale, les précautions seront toujours les mêmes : bains prolongés les jours qui précèdent l'opération; le malade aura été purgé et le rectum aura été vidé et désinfecté par des lavements évacuants et antiseptiques au naphthol ou à l'acide borique; la vessie aura été lavée à l'acide borique et le malade aura pris du salol à l'intérieur; le pubis est rasé.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — *Manière d'aborder la vessie.* — Qu'il s'agisse d'une résection partielle ou d'une résection totale, il est important de savoir comment il vaut le mieux aborder la vessie. En général, la taille hypogastrique longitudinale est la plus commode; mais lorsque le néoplasme est caché sur les faces latérales ou situé profondément en arrière, la *taille transversale* de Trendelenburg est préférable. Bardenheuer la complète en lui donnant une forme de croissant et comprenant, dans son incision, non seulement les muscles droits mais aussi les obliques. Lorsqu'il s'agit d'une tumeur située sur le segment antérieur de la vessie, la *taille transpubienne*, d'Helferich, avec résection temporaire du pubis, sera la plus commode. Enfin, si la tumeur siège sur la partie inférieure de la paroi antérieure, la taille d'Helferich elle-même est insuffisante, et la symphyséotomie (Tuffier) devient nécessaire, à moins que l'on préfère la fenêtre pubio-hypogastrique (Clado).

Pour les résections totales, il est indispensable de découvrir totalement l'organe; les manœuvres sont alors difficiles mais possibles. — Nous ne parlons pas du procédé de Küster, qui aborde la vessie par le périnée, procédé dangereux et dont les suites sont mauvaises.

I. — RÉSECTION PARTIELLE

Elle s'adresse, nous venons de le dire, à un néoplasme limité, et, suivant la situation occupée par ce néoplasme, la résection intéressera telle ou telle portion de la vessie; le procédé opératoire sera donc différent pour les diverses régions

⁽¹⁾ Voy. DANIEL TÉMOIN (de Bourges), *Gazette médicale de Paris*, 29 janvier 1893. — TUFFIER et DUJARIER, *Revue de chirurgie*, 1898.

qu'il faudra aborder; mais la division la plus importante des résections au point de vue anatomique est celle qui les classe en *extra* ou *intra-péritonéales*.

RÉSECTION PARTIELLE EXTRA-PÉRITONÉALE. — Le péritoine se laisse décoller de la vessie assez facilement : *en avant*, on peut le faire remonter sur une étendue de 6 à 8 centimètres, et sur les côtés, *presque toute la paroi latérale de la vessie* peut être rendue extra-péritonéale. Au niveau de la base et du trigone, la vessie est aussi en dehors du péritoine; mais là des adhérences assez intimes l'unissent à la prostate et au rectum. Seule la paroi postérieure est intimement adhérente au péritoine. Toute tumeur ne siégeant pas sur la paroi postérieure ne nécessitera qu'une intervention extra-péritonéale.

Cette résection extra-péritonéale partielle sera antérieure, latérale ou de la base, suivant le siège du néoplasme.

a. *Résection antéro-supérieure.* — Pratiquer la taille hypogastrique avec incision médiane, aborder la vessie en faisant remonter le péritoine au-dessus du néoplasme; si l'exploration en est facile, circonscrire par une incision la région malade, la réséquer, puis suturer les bords de la vessie, ou bien mettre des drains-siphons : tels sont les divers temps de cette opération simple. Si le néoplasme est limité, si le péritoine ne subit pas de décollement, ni de déchirure, la guérison devra être obtenue.

b. *Résection latérale ou antéro-latérale.* — Si une tumeur siège sur la paroi latérale, ou si de la paroi antérieure elle s'étend à la paroi latérale, le péritoine peut aussi être remonté au-dessus de la tumeur, et c'est encore par la taille hypogastrique et l'incision longitudinale médiane qu'il faut aborder la vessie. Lorsque l'étendue de la lésion est reconnue, passer les doigts derrière le pubis, détacher la vessie de la paroi pelvienne, ou du releveur de l'anus, la libérer aussi complètement que possible et la rendre flottante. Le péritoine est également décollé et refoulé en arrière, où un écarteur le maintient au-dessus de la tumeur. Réséquer toute la portion malade avec des ciseaux et suturer la plaie ainsi faite par trois plans de suture. Si le doigt rend un compte inexact ou incertain de l'étendue de la tumeur, le procédé de M. Guyon sera employé. Ce procédé consiste à pratiquer la résection de dedans en dehors : la vessie mise à nu et libérée est ouverte comme pour l'extraction d'un calcul; le doigt par cette ouverture explore la tumeur, et par cette ouverture aussi, avec des ciseaux, on résèque toute l'épaisseur de la paroi malade. Dans toutes ces résections, le grand danger qui doit être sans cesse présent à l'esprit de l'opérateur, c'est la blessure de l'uretère.

c. *Résection de la base et du trigone.* — La base de la vessie va du bord postérieur du trigone au cul-de-sac du péritoine; elle adhère au rectum en arrière et à la prostate en avant; la dissection en est difficile, quelquefois impossible. C'est à ce niveau que se trouvent les plexus veineux dont la blessure pourrait être grave. Le procédé de Guyon sera pour toutes ces raisons le procédé de choix, et c'est toujours de dedans en dehors que la résection sera faite, les parois étant sectionnées lentement, couche par couche, jusqu'au tissu cellulaire sous-jacent sans blesser les vaisseaux qui s'y trouvent. Le point le plus important de cette opération est de savoir si les uretères sont compris dans la tumeur et si l'un d'eux doit être sectionné pendant l'opération. La vessie est abordée par la paroi abdominale ouverte largement et, si cela est nécessaire, avec symphyséotomie; la vessie est attirée par la fente hypogastrique au moyen d'un ténaculum, et le premier soin alors est de reconnaître si l'uretère est compris

dans la tumeur : 1° si l'uretère est libre, une petite sonde est introduite dans son canal, de façon à le sentir sous le doigt pendant la résection et à l'éviter. La dissection est faite autour du néoplasme au bistouri et aux ciseaux et le lambeau est enlevé comprenant la tumeur à son centre; 2° si l'uretère est pris dans la tumeur, le cas devient plus difficile; sa recherche au milieu des tissus malades est quelquefois pénible et son orifice peut ne plus être apparent. Quoi qu'il en soit, l'uretère sera recherché; si on le trouve, il faut introduire une sonde dans son canal, chercher à l'isoler, à le dégager de la tumeur, de façon à pouvoir, la vessie étant réséquée, faire la greffe de l'uretère.

GREFFE DE L'URETÈRE. — Cette greffe peut être faite dans le *rectum*, mais les résultats sont mauvais, et cette opération est suivie d'infection consécutive. Chaput l'abouche dans le *colon*. Chez la femme il peut être abouché dans le *vagin* (Pawlick). Le Dentu, Pozzi l'ont abouché à la peau de l'abdomen; mais le meilleur abouchement est encore la *vessie*. Le procédé proposé par Clado semble pouvoir être facilement employé : 1° dégager l'uretère, le saisir, après y avoir introduit une sonde, avec une pince et le dégager complètement du champ opératoire; 2° réséquer la vessie; 3° greffer l'uretère : pour cela le fendre à son orifice, passer des fils de façon à le suturer facilement aux parois de l'ouverture vésicale. Cette ouverture est faite sur un cathéter dans une région saine. Si l'uretère est infecté, on peut le réséquer sur une certaine étendue, et pour obvier au rétrécissement de son orifice signalé par Pawlick, il est possible de laisser une petite sonde à demeure passant par la plaie hypogastrique.

RÉSECTION INTRA-PÉRITONÉALE. — Il est arrivé souvent dans le cours des laparotomies qu'une portion de vessie recouverte de son péritoine, enlevée involontairement, ait été suturée sans que cette résection fût suivie de mauvais résultats. Il est donc possible de réséquer une portion de la vessie recouverte de sa séreuse. Le procédé le plus simple serait d'ouvrir le péritoine, de réséquer la paroi malade, en évitant avec soin tout épanchement dans la cavité péritonéale et de suturer immédiatement. Bardenheuer (de Cologne), opère en deux temps : dans un premier temps, il fait l'ouverture sus-pubienne transversale et bourre de gaze iodoformée tout l'espace périvésical, et, huit jours après, il résèque la paroi malade et rabat vers le bas ce qui reste de vessie pour contribuer à la formation de la cavité urinaire.

RÉSECTION PARTIELLE CHEZ LA FEMME. — Chez la femme, le péritoine recouvre la vessie sur une moindre étendue et cette disposition rend la vessie plus facilement abordable que chez l'homme. En avant et sur les côtés, la résection sera la même que chez l'homme, mais à la base les rapports sont différents.

1° *Résection de dedans en dehors*. — Faire la taille hypogastrique et disséquer la paroi sous le néoplasme.

Dans ce procédé, la seule difficulté consiste à savoir si l'on a dépassé la paroi ou si l'on ne se trouve pas dans un dédoublement de cette paroi. Avant de pratiquer la résection, lorsque la vessie est découverte, il serait simple de décoller la vessie du *vagin* (Clado), après avoir bourré le *vagin* de gaze iodoformée pour en tendre les parois. Les sutures doivent être faites avec une certaine précaution, et il est bon de prendre dans les fils non seulement les bords vésicaux, mais encore une partie de la cloison du *vagin*, de façon à la replier et à fortifier ainsi le plan inférieur de la vessie. Pour éviter les tractions du col utérin, ce dernier devra, pendant qu'on fait les sutures, être attiré à la vulve avec une pince de Museux.

2° *Résection vésico-vaginale*. — Si le *vagin* est sain, si le néoplasme ne dépasse pas trop en arrière le niveau du col de l'utérus, il est possible de réséquer la cloison vésico-vaginale dans toute son épaisseur. — La vessie est ouverte, les uretères sont cathétérisés : saisir la base de la vessie avec une pince de Museux, réséquer toute la paroi en sectionnant en avant derrière le sphincter et en arrière au delà de la tumeur, près du col, en songeant au cul-de-sac du péritoine. On peut enlever ainsi des fragments de vessie de 6 à 8 centimètres. Sutures : suturer d'abord le *vagin*, puis la vessie, par la cavité, au catgut. Il est prudent, pour faciliter le rapprochement des lèvres de la plaie, de suturer le col au *vagin* près de la vulve.

II. — RÉSECTION TOTALE DE LA VESSIE

Les indications de la cystectomie totale sont rares, car on ne doit tenter cette opération que sur des malades assez résistants pour pouvoir la supporter; de plus, il faut que la tumeur ait envahi suffisamment la paroi vésicale pour que les procédés d'extirpation partielle soient inapplicables; enfin le néoplasme ne doit pas intéresser les organes environnants, car cela rendrait l'éradication incomplète.

A. CYSTECTOMIE TOTALE CHEZ L'HOMME. — La technique opératoire devant avoir pour but d'opérer vite, avec un minimum de délabrement, et de ménager le péritoine autant que possible, voici comment, ayant moi-même pratiqué l'opération, je conseille de procéder chez l'homme⁽¹⁾. Deux circonstances peuvent se présenter, suivant que le malade a déjà subi la cystotomie ou que la vessie est fermée. Dans le premier cas, les adhérences constituées par la fistulisation vésicale nécessitent une dissection minutieuse. Dans le second, on pratiquera une taille exploratrice par une incision médiane, et l'on se rendra compte de l'étendue et de la situation des lésions. L'incision de la paroi abdominale qui, avec le minimum de dégâts, paraît fournir le champ opératoire le plus large, est une incision en T renversé dont le trait horizontal va d'un orifice inguinal à l'autre et désinsère les muscles grands droits de l'abdomen. Le péritoine est facile à détacher de la paroi antérieure de la vessie, mais au niveau du sommet, où l'adhérence est intime, il est nécessaire de procéder lentement en cheminant presque dans l'épaisseur de la musculature de la vessie, et pour ne pas faire une extirpation incomplète du néoplasme, on sera quelquefois obligé de pratiquer une résection partielle du péritoine. En arrière, au niveau de la prostate, la décortication est plus aisée, et la dénudation se trouve facilitée, si l'on a eu soin de libérer latéralement la vessie avec le doigt. Il est inutile de cathétériser les uretères avant de les sectionner; comme ils sont au voisinage du pédicule vasculaire inférieur de la vessie, rien n'est plus simple que de prendre le tout dans un clamp courbe et de sectionner au-dessus. La section du col vésical au-dessus d'un clamp courbe est nécessitée par la gêne qu'apporte l'hémorragie veineuse, toujours considérable à ce niveau mais facile à arrêter quand la vessie est enlevée; après avoir mis des ligatures sur les plus gros vaisseaux, on arrête, s'il y a lieu, l'hémorragie en nappe avec le thermocautère et l'on détruit la muqueuse uréthrale pour que la plaie ne puisse pas s'infecter par l'urèthre. On pratiquera à ce moment le cathétérisme des uretères, en laissant l'extrémité des sondes sortir par la plaie abdominale.

⁽¹⁾ TUFFIER et DUJARRIER, De la résection totale de la vessie pour néoplasme. *Revue de chirurgie*, avril 1898.

Je conseille de s'en tenir là, si l'opération a été longue, ou si le malade est très faible. Dans le cas contraire, on peut tenter l'anastomose des uretères dès la première intervention. Chez l'homme, on peut aboucher les uretères à la paroi abdominale, à l'urèthre, à l'intestin. Mais l'écoulement continu des urines suffit à contre-indiquer l'abouchement à la paroi abdominale; pour obtenir l'intermittence dans l'évacuation des urines, il faut une cavité et un sphincter, qu'on ne peut emprunter qu'à l'urèthre ou à l'anus. D'après les résultats obtenus chez l'homme, la greffe des uretères dans l'intestin me paraît être l'opération de choix dans l'extirpation de la vessie. Lorsque cet abouchement est pratiqué avec les précautions suffisantes, c'est-à-dire quand on peut éviter le rétrécissement, on n'a pas d'infection à craindre. Les malades retiennent très bien leurs urines et émettent régulièrement des selles liquides environ 5 à 4 fois par jour. Je renvoie d'ailleurs à ce que j'ai déjà dit plus haut sur ce sujet (voy. *Uretère*, p. 464).

B. CHEZ LA FEMME. — Le seul procédé employé pour la résection de la vessie chez la femme est celui de Pawlick (de Prague), qui semble réunir toutes les chances de succès.

1^{er} temps. — Introduire une sonde dans chaque uretère, puis disséquer par le vagin sur ces sondes de façon à libérer l'uretère le plus possible. Inciser l'uretère à son orifice, et, au moyen de fils de soie, le suturer aux parois vaginales. Laisser dans les fistules urétéro-vaginales une sonde à demeure plongeant par leur extrémité dans un vase rempli de liquide antiseptique.

2^e temps. — Plusieurs semaines après cette première opération, lorsque le fonctionnement des uretères est assuré, pratiquer l'extirpation de la vessie. Celle-ci est dilatée, puis abordée par la taille hypogastrique, décollée autant que possible, et la plaie hypogastrique est bourrée de gaze iodoformée. Attaquer alors la vessie par la voie vaginale. Pour ce faire une incision à la paroi antérieure du vagin, incision transversale et située derrière le bulbe uréthral. Attirer la vessie vidée, préalablement, par cette fente et la sectionner au niveau de l'orifice intérieur de l'urèthre.

Sutures. — La plaie uréthrale est tournée vers le vagin et suturée aux rebords de la plaie vaginale, de telle sorte que la plaie étant fermée, on puisse passer par le vagin des sondes dans les uretères et les faire sortir par l'urèthre dilaté.

Résultats. — Wendel⁽¹⁾ a réuni 10 cas d'extirpation et 57 cas (dont 2 personnels) de résection de la vessie pour tumeurs malignes; voici les résultats que ces opérations ont donnés :

Des malades qui subirent l'extirpation de la vessie il n'en mourut pas moins de 60 pour 100 à la suite de l'intervention; un seul d'entre eux seulement put être considéré comme complètement guéri. La résection ne donna qu'une mortalité de 24,5 pour 100; 2 fois la mort survint plus tard par métastase, 14 fois par récurrence; enfin 21 opérés, pendant tout le temps au moins qu'ils restèrent en observation, ne présentèrent aucune récurrence. Les causes de ces résultats encore peu favorables, l'auteur les place dans ce fait, que l'opération est encore toute nouvelle et qu'on a opéré plusieurs cas désespérés; il est à présumer qu'on obtiendra de meilleurs résultats lorsqu'avec des indications opératoires bien limitées on pourra opérer à temps.

(1) O. WENDEL, De l'extirpation et de la résection de la vessie dans le cancer de cet organe. *Beiträge zur klin. Chirurgie*, Bd XXII, Heft 1, 1898.

IV

LITHOTRITIE

Voy. *Calculs vésicaux*, p. 528.

V

DILATATION DU COL

Cette opération, originaire d'Amérique où elle a été conseillée par Sims et exécutée par Emmet et Bozemann chez la femme, s'est acclimatée en France sous l'influence de Guyon et a été ensuite étendue aux cystites douloureuses chez l'homme.

1^o DILATATION DU COL CHEZ LA FEMME. — Elle est indiquée surtout pour certaines formes de cystites douloureuses, pour l'extraction de calculs et des petites tumeurs, pour le curetage vésical, etc. Elle se pratique en une seule séance sous le chloroforme; c'est une opération très facile qui est restée dans la pratique et qui donne d'excellents résultats, pourvu qu'elle ne soit pas exécutée par une main brutale. On s'est servi d'instruments très divers; mais les dilateurs d'Hegar, la simple pince à trois branches suffisent dans un grand nombre de cas. L'instrument introduit dans l'urèthre, on dilate lentement, progressivement, par poussées douces, jusqu'à ce qu'on puisse remplacer l'instrument par le petit doigt qui, prudemment conduit, est remplacé par l'index; on a alors une dilatation suffisante. Si l'on veut agir plus méthodiquement, on se sert du dilateur à mandrins de Guyon-Duplay, qui se compose de quatre lames métalliques, susceptibles de s'écarter, et dans l'intervalle desquelles on glisse une série de mandrins progressivement croissants. Des ruptures du canal, des déchirures, des hémorragies, des poussées de cystite, et surtout l'incontinence d'urine, sont les accidents à éviter par une action lente et progressive. En général, l'incontinence n'est que temporaire; 2 fois seulement, sur 75 cas, Meggerall l'a vue persister. Dans certains cas de petites tumeurs ou de petits calculs, de corps étrangers de faible volume, c'est une méthode commode et inoffensive.

2^o DILATATION DU COL CHEZ L'HOMME. — Chez l'homme, Thompson a surtout préconisé la dilatation du col au moyen de la boutonnière périnéale, mais cette opération est certainement inférieure aux divers procédés de taille; c'est donc à eux qu'on devra avoir recours (voy. p. 692). Pendant longtemps Guyon a donné la préférence exclusive à la cystotomie hypogastrique qui, outre son avantage d'amener le repos de la vessie, en présente un autre non moins important dans les cystites chroniques, à savoir le traitement topique par le raclage, la tonsure, la cautérisation potentielle ou ignée de la muqueuse enflammée; mais, dans ces derniers temps, il a conseillé d'avoir recours, dans les formes très douloureuses, à la taille périnéale avec dilatation du canal prostatique à l'aide des dilateurs employés chez la femme et curetage du col, suivi d'un drainage prolongé au moyen d'une grosse sonde de Pezzer. Legueu a obtenu de bons résultats de cette pratique. Pousson y a eu recours avec succès chez des malades qu'il avait déjà opérés sans bénéfice par l'incision hypogastrique. Je dois dire que j'ai été moins heureux et que mes malades, d'abord très améliorés, ont plus tard souffert de nouveau.