

qui leur permet de boucher complètement l'ouverture vésicale. Les lèvres de la plaie de la vessie venant s'appliquer exactement sur eux, ils deviennent la seule voie d'issue pour l'urine. Ce qui semble bien le prouver c'est que, dès qu'on enlève un des deux tubes, l'urine se met à passer par la plaie abdominale, autour du second tube, resté en place. Ainsi, M. Le Dentu enleva un des tubes, le onzième jour : et, alors seulement, une certaine quantité d'urine baigna la plaie. Mais à ce moment l'infiltration n'est plus à redouter. Il s'est formé un véritable canal *vésico-abdominal*, à parois imperméables, qui conduit directement l'urine au dehors.

Inutile de dire que M. Périer, ne met plus de sonde dans l'urèthre.

Ce procédé paraît donc le plus simple et le plus efficace. C'est celui que préfère aussi M. Guyon, qui s'en est très bien trouvé.

Les différentes méthodes en deux temps ont été également instituées contre l'infiltration d'urine, autant que contre la blessure du péritoine. Le procédé Vidal a donné des résultats assez défavorables, et entre les mains mêmes de son auteur, pour tomber, dès son origine, complètement dans l'oubli. Celui de Valette, qui fixe la vessie à la paroi abdominale, dans le premier temps de l'opération, est bien mieux conçu théoriquement, mais peut-être plus difficile encore à mettre en pratique. Il a d'ailleurs, comme celui de Vidal, l'inconvénient d'être douloureux et long, ce qui est d'autant plus regrettable que la plupart des opérés sont des individus plus ou moins débiles et affaiblis, auxquels des manœuvres opératoires longues font perdre beaucoup de chances de guérisons. Aussi, croyons-nous, que les méthodes en deux temps appliquées à la taille sus-pubienne, ont bien peu d'avenir. Elles sont actuellement à peu près complètement abandonnées.

Très récemment, M. Th. Anger a appliqué le thermo-cautère aux tailles en général, et en particulier, à la taille hypogastrique. Le grand avantage du thermo-cautère, d'après M. Anger, n'est plus dans cette dernière, comme dans la taille périnéale d'épargner le sang ; c'est surtout de produire une section nette, franche, mettant mieux l'individu à l'abri de l'infiltration urinaire.

Enfin, un moyen plus radical, et en apparence plus rationnel proposé contre l'infiltration d'urine est la suture de la vessie que nous étudierons bientôt dans un chapitre à part, vu l'importance du sujet.

PANSEMENT — SOINS CONSÉCUTIFS

On peut dire que c'est grâce au pansement de Lister que la taille sus-pubienne est revenue en honneur. Aussi est-ce lui qui est généralement adopté actuellement.

La plupart des anciens employaient le pansement simple au cérat.

Frère Côme avait essayé d'abord des *bandelettes agglutinatives* qu'il abandonna bientôt, lorsqu'il les vit s'opposer à la réunion de la vessie en empêchant le pus de sortir et en le refoulant dans cet organe.

Belmas conseille comme pansement un linge fenêtré enduit de cérat, et par dessus des plumasseaux de charpie douce. Il faut renouveler souvent le pansement. Pour protéger les parties qui avoisinent la plaie abdominale contre l'irritation produite par l'écoulement continu de l'urine, on fera bien de les frotter avec un corps gras quelconque. La pommade de Frère Côme (composée de cire jaune, huile rosat, extrait de saturne et camphre) est très avantageuse.

Si nous passons aux chirurgiens de nos jours, nous voyons Dorfwirth mettre simplement sur la plaie abdominale une éponge trempée dans une solution phéniquée.

Trendelenburg prétend que, sans suture de la vessie, le pansement de Lister est irrationnel.

Tous les chirurgiens qui font la suture de la vessie emploient rigoureusement le pansement de Lister. Mais, même en dehors de cette dernière, il est encore avantageux de s'en servir. Telle est la pratique de M. Périer. Il a soin en outre d'interposer aux bandelettes, au-dessus de la plaie, une ou deux petites éponges

plates, phéniquées et bien exprimées, qui pourront absorber à l'occasion l'urine et l'empêcher de traverser trop tôt le pansement. Le coton ou ouate hydrophile pourrait également rendre service dans le même sens.

Le pansement doit être large, couvrir le périnée, la portion sous-ombilicale de l'abdomen et la partie supérieure des cuisses. Il sera percé d'un orifice laissant passer les deux tubes en caoutchouc qui plongent dans la vessie. Ces derniers viendront aboutir extérieurement à un récipient placé entre les cuisses du malade et contenant une solution antiseptique. Le pansement sera maintenu par une bande de tarlatane phéniquée, formant un 8 de chiffre et appliquée de façon à ce que l'entrecroisement de la bande se trouve précisément au niveau du périnée immédiatement au-dessous du scrotum.

On enduit avec la vaseline phéniquée ou l'onguent borique les parties avoisinant la plaie.

M. Guyon procède de la même façon.

POSITION A DONNER AU MALADE

La plupart des opérateurs ont fait tenir leur patient dans le décubitus dorsal.

Douglas, Winslow, Zang, préféraient le décubitus latéral.

Frère Côme, Souberbielle choisissaient la position, en s'inspirant des différentes circonstances.

Le Cat, Everard Home, conseillaient le décubitus abdominal.

Trendelenburg, tout récemment, a remis en honneur cette manière de faire. Il place ses opérés sur deux coussins d'air ou d'eau, dont l'un soutient le tronc et l'autre la partie supérieure des cuisses. Au milieu se trouve un espace vide où on place un récipient destiné à recueillir l'urine qui s'écoule incessamment de la vessie par le drain en forme de T introduit dans sa cavité.

L'idée est certainement excellente. Mais nous nous demandons si l'irritation de la vessie occasionnée par la présence de toute la partie transversale du tube, l'incrustation possible de ce der-

nier par les sels calcaires, la difficulté de son extraction consécutive, ne sont pas des inconvénients capables de contrebalancer les avantages qu'on peut retirer de la position, au point de vue de l'écoulement de l'urine. De plus, le décubitus abdominal sera-t-il toujours possible à faire tenir au patient, bien que Dornier et Leschik disent avoir réussi même chez des enfants ?

La manière de faire de M. Périer nous semble bien plus avantageuse. Si on voyait cependant que l'urine ne s'écoule pas franchement par les tubes ou la plaie abdominale, et qu'elle a de la tendance à séjourner dans le petit bassin, on pourrait peut-être tirer profit du décubitus abdominal. Les deux drains traversés tous les deux par un fil fixé solidement à la paroi abdominale n'auront pas une si grande tendance à sortir de la vessie que paraît le craindre Trendelenburg.

M. Périer prend soin également de glisser sous les membres inférieurs au niveau des genoux, un fort coussin ou traversin, qui maintient les cuisses fléchies en état de demi-flexion sur l'abdomen, et les jambes fléchies sur les cuisses. Il donne en un mot à son patient la position qu'on fait prendre aux femmes après l'ovariotomie.

SOINS A DONNER AU MALADE APRÈS L'OPÉRATION

Les anciens chirurgiens imposaient les premiers jours une diète rigoureuse à leurs opérés. Beaucoup allaient même plus loin, et pratiquaient une ou plusieurs saignées successives. Belmas tout en admettant que la saignée peut être utile chez les individus jeunes, robustes, fait remarquer qu'il ne faut pas avoir recours à ce moyen chez tous les sujets ; car rien ne dispose plus aux inflammations locales que des pertes considérables de sang.

La saignée, avant ou après l'opération, n'est plus de notre époque. On fera bien toutefois de faire observer une diète relative les premiers jours et ne permettre qu'une alimentation légère (lait, bouillon, potages).

Il est d'usage également, après toutes les opérations pratiquées sur les voies urinaires, d'administrer aux patients, en

vue des accidents fébriles, le sulfate de quinine, à la dose de 0,50 cent. à 1 gramme. Et beaucoup de chirurgiens, contrairement à M. Guyon, croient à l'efficacité de ce remède contre la fièvre des urinaires.

Contre l'agitation ou les insomnies du malade, on pourra employer avec avantage les préparations opiacées et les calmants.

Le patient devra garder les premiers jours un repos absolu. Car ce qu'il y a d'important, c'est que les drains ne se dérangent pas, que la plaie vésicale reste en regard de la plaie abdominale, et que l'urine puisse librement s'écouler au dehors. Après deux ou trois jours, des adhérences inflammatoires se seront formées sur les bords de la plaie, un véritable canal *abdomino-vésical*, se sera constitué, et l'urine ayant une voie toute tracée, s'y engagera naturellement pour s'écouler au dehors.

Les premiers jours qui suivent l'opération, le Chirurgien, pour changer le pansement, se réglera sur sa plus ou moins grande imbibition par l'urine. Mais généralement, on fera bien de le renouveler une fois dans les 24 heures. On profitera de cette circonstance pour faire les lavages de la vessie, en procédant comme pour le lavage de la plèvre dans l'empyème. L'injection introduite par le drain supérieur sortira par l'inférieur après avoir lavé toute la cavité vésicale. La solution la plus employée pour injection vésicale, du moins en France, est celle d'acide borique, à 4 0/0. M. Guyon, n'a qu'à s'en louer après une pratique de 6 années. M. Périer emploie soit cette dernière, soit l'essence de Wintergreen.

En Allemagne, on se sert plus volontiers de la solution d'acide salicylique.

Les solutions phéniquées, si on en fait usage, devront être étendues. (1/500 ou 1/1000). M. Périer, a observé l'absorption produite par une solution au centième. Ce serait vraiment téméraire de s'exposer à amener une irritation de l'organe rénal qui, dans beaucoup de cas déjà préalablement frappé, n'a malheureusement que trop de tendance à se congestionner.

Si on a placé un ou deux points de suture sur la partie supérieure de la plaie abdominale, on les enlève en temps opportun, vers le cinquième ou sixième jour, en moyenne.

Le temps pendant lequel les drains doivent rester dans la vessie est variable : on ne peut poser des règles précises à cet égard. C'est affaire de tact et de tâtonnement. On en enlèvera d'abord un seul, puis le second quand l'urine aura commencé à s'écouler d'une façon notable par le canal de l'urèthre (1).

Tout autre, cela se comprend, sera la conduite du Chirurgien, s'il a procédé à la suture de la vessie. Il n'aura pas besoin de renouveler aussi souvent le pansement de Lister, qui doit être en général autant que possible un pansement rare. Il faudra néanmoins le surveiller avec soin, et cela surtout le cinquième ou sixième jour, époque vers laquelle la suture vésicale à le plus souvent l'habitude de lâcher. En face d'un pareil accident, on lèverait aussitôt le pansement pour voir si l'urine s'écoule librement au dehors, et si le drain, à la partie inférieure de la plaie, est bien placé et remplit bien son rôle. Si l'urine ne semblait pas avoir une issue facile, si on avait lieu de redouter sa rétention dans la profondeur des tissus, il ne faudrait pas hésiter à ouvrir une voie plus large et à débrider la plaie de la paroi abdominale.

Quant aux injections intra-vésicales, elles se feront néces-

(1) Comme le fait observer M. Guyon, il faut renoncer complètement à la sonde vésicale pendant la première période du traitement ; mais elle devient utile au bout de quelques jours, vers le 6^e ou 8^e jour. M. Guyon conseille une sonde en gomme d'un calibre moyen de 17 à 19. Il faut laisser la sonde débouchée dans l'urinoir pendant les premiers jours, sous peine de voir l'urine reprendre en partie ou en totalité le chemin de la plaie ; puis on la fermera pour l'ouvrir de temps à autre, et enfin on l'enlèvera définitivement. Mais, la sonde une fois enlevée, il sera bon de cathétériser le malade pendant quelques jours, sinon à toutes les mictions, du moins 2 à 3 fois dans les 24 heures. Il sera toujours prudent de le faire uriner ou de le sonder avant la défécation : sous l'influence d'un effort, la pression de l'urine pourrait faire rompre la cicatrice vésico-abdominale encore peu résistante. La sonde à demeure, employée à propos, est un excellent moyen, dit M. Guyon, pour abréger la durée de la cicatrisation.

C'est là un bon moyen, nous n'en doutons pas ; il faut en user, mais à une condition, c'est que la sonde à demeure soit bien supportée par le malade ; à la moindre alarme, à la moindre poussée fébrile, il faudra l'enlever. L'urine s'habitue d'ailleurs très bien à reprendre toute seule la voie uréthrale, à mesure que l'ouverture vésicale se ferme. La guérison est peut-être un peu plus longue, mais en tout cas non moins sûre. M. Périer n'a pas l'habitude d'employer la sonde à demeure.

sairement, après le procédé de la suture, par le canal de l'urèthre.

Nous avons déjà signalé la manière de faire de Petersen, qui installe un siphon représenté par un long tube dont l'une des extrémités, (cathéter élastique) est dans la vessie, et dont l'autre plonge dans un récipient contenant une solution antiseptique. L'urine coule incessamment de la vessie dans le récipient, et pour procéder au lavage, on n'a qu'à élever et à abaisser alternativement ce dernier, c'est-à-dire à changer la position respective des deux extrémités du siphon.

C'est là un procédé ingénieux, compatible avec l'observation des précautions antiseptiques les plus rigoureuses. Mais n'est-il pas à craindre que le cathéter placé en permanence dans l'urèthre ne soit difficilement supporté, et n'amène une irritation du canal et de la vessie, qui pourrait retentir fâcheusement sur le rein ? Et on sait combien ce dernier est susceptible chez les urinaires. Souvent malade, il suffit à peine à ses fonctions de dépuration, et la plus petite irritation peut amener sur l'organe une réaction fatale. Il faut donc être prudent, et faire en sorte de ne pas ajouter la goutte d'eau qui ferait déborder le vase.

Aussi, bien que la sonde à demeure puisse donner de bons résultats, le *cathétérisme répété* est peut-être préférable : « J'ai trop souvent obtenu, dit M. Guyon, des résultats excellents de la sonde à demeure pour ne pas me déclarer partisan très-résolu de ce mode d'évacuation ; mais je suis si disposé à reconnaître les avantages du cathétérisme répété que je considère comme une règle sévère de pratique de le préférer toutes les fois qu'il peut être pratiqué dans de bonnes et régulières conditions... Pour que le cathétérisme répété soit sans inconvénient, il faut qu'il puisse être pratiqué facilement et régulièrement. Toutes les fois que pour une cause ou pour une autre, il sera trop difficile, il faudra opter pour la sonde à demeure. « Cette dernière, d'après M. Guyon, serait préférable aussi chez les individus à prostate volumineuse, congestionnée, friable, susceptible de saigner, même sous l'influence d'un cathétérisme doux et régulier.

On fera en même temps une ou deux fois par jour un lavage

de la vessie avec un liquide tiède, en ayant soin de pousser l'injection par petits coups, en laissant chaque fois ressortir le liquide injecté ; on n'amènera pas ainsi une distension dangereuse du réservoir urinaire, et l'intérieur de l'organe sera mieux nettoyé.

A QUELLE ÉPOQUE LE MALADE DOIT-IL SE LEVER ?

Frère Côme et Baseilhac son neveu conseillaient de faire lever et marcher les opérés le plus tôt possible ; car, ils avaient cru remarquer que la guérison était alors beaucoup plus rapide. Souberbielle n'a eu qu'à se louer de cette pratique. La position verticale et un léger exercice semblent avoir une heureuse influence sur la détersion et la cicatrisation de la plaie. Toutefois Belmas fait observer avec juste raison qu'il faut apporter la plus grande prudence, pour prévenir la rupture d'adhérences encore peu solides, ce qui exposerait à la formation de foyers purulents.

Pour permettre au patient de se lever, il faudra attendre au moins que les drains soient enlevés d'une façon définitive et que le canal abdomino-vésical soit rétréci et réduit pour ainsi dire à l'état de simple fistule.