

CHAPITRE V

SUTURE DE LA VESSIE

Rousset la considérait comme inutile.

Solingen, Dionis, Petit, Rossi s'en montrèrent partisans.

Gehler conseillait de prendre à la fois, dans la suture, la paroi vésicale et la paroi abdominale.

Præsbig, qui l'avait pratiquée sur un de ses malades, fut bientôt obligé de couper tous les fils.

Heister la croyait dangereuse, Zang également; Cheselden, Douglas, Thornill, Mac Gill ne la mirent pas en usage.

Frère Côme l'employa chez sa première opérée; mais l'inflammation qui s'empara de tous les environs de la plaie, y compris le tissu cellulaire entre la vessie et le pubis, l'obligèrent à relâcher les fils dès le deuxième jour, et même à les couper successivement.

Belmas la rejette: « Faite à la plaie des parois abdominales seulement, dit-il, la suture amènerait toute la série des accidents qu'on a cherché à prévenir par elle: l'infiltration de l'urine, l'inflammation des parties, et la destruction du tissu cellulaire par le séjour du pus. Pratiquée seulement sur les parois de la vessie, elle devient très difficile, et quelquefois même impossible dans son exécution par la situation profonde et les altérations pathologiques de l'organe; en admettant que les fils puissent être placés convenablement, on ne pourrait ni apprécier au juste le degré d'attraction nécessaire, ni le diminuer dans le cas où elle serait trop forte. Enfin on sait combien une suture dispose aux inflammations graves, lorsqu'elle porte sur des organes dont les contractions ne font qu'augmenter par sa pré-

sence... Avons-nous besoin maintenant de chercher à combattre ceux qui, soutenus seulement par des expériences faites sur les animaux, ont voulu dans ces derniers temps réhabiliter un procédé dont la pratique n'a que trop montré les dangers? Y revenir serait ramener la chirurgie à sa première enfance. »

Velpeau repoussait également la suture. Amussat l'avait un instant prônée, mais malheureux dans ses essais, il devait bientôt l'abandonner.

Pinel-Grandchamps, dès 1826, après des expériences sur les animaux, était arrivé à conclure, comme nous l'avons vu, que l'emploi de la suture serait très appréciable dans la taille par le haut appareil. Il conseillait de maintenir écartés les bords de la plaie de l'abdomen pour explorer l'état de la vessie et de la suture, et d'enlever cette dernière, après un certain temps; car, sans cette précaution, on pourrait voir se former de nouveaux calculs autour des fils, comme il avait pu l'observer dans ses expériences. Il employait en effet la suture du pelletier, et traversait toute l'épaisseur de la paroi vésicale. Le procédé de suture de Pinel-Grandchamps adossant des surfaces peu étendues, en contact incessant avec l'urine, risque bien de manquer son but. Dût-elle réussir, cette suture entraîne encore d'autres inconvénients. Si on l'abandonne dans la plaie, les anses de fils contenus dans la cavité vésicale ont toute chance pour s'incruster de sels calcaires, comme le reconnaît Pinel-Grandchamps lui-même, et, si on la retire, après un certain temps, les granulations calcaires déjà déposées sur les fils intérieurs pourront rendre leur extraction difficile, et dans les mouvements d'extraction, on pourra rompre la cicatrice nouvellement formée. Autre inconvénient: si le fil, par une cause ou par une autre, vient à manquer sur un seul point de son parcours, toute la suture lâche du même coup, accident arrivé à Petersen.

Ce procédé de suture nous semble donc très défectueux. Nous en dirons autant de celui de Tisseire, qui est en outre assez compliqué. (*V. Gaz. Méd. 1859.*)

Bouisson critique et rejette la suture. « La suture du corps de la vessie chez l'homme faite sur un organe malade, ou sur des bords contus par l'épaisseur des instruments d'extraction et par

la sortie de la pierre n'aurait aucune chance de succès. Si quelque éventualité favorable pouvait s'attacher à une tentative de ce genre, ce serait en employant des fils mécaniques dont on dégagerait un chef à l'extérieur par la brèche de l'hypogastre, en ne faisant pénétrer ces fils que dans l'épaisseur des parois vésicales, en deça de la muqueuse, en rapprochant les fils pour que l'urine ne puisse pas sortir dans l'intervalle de leurs points d'application... La suture donnerait en tous cas, de meilleurs résultats chez l'enfant (travail de réparation plus actif et plus solide, vessie plus saine, manœuvre opératoire plus facile, lèvres de l'incision plus épaisses, position favorable du péritoine...)

Il faut reconnaître que le jugement de Bouisson est en grande partie fondé, et que ces considérations sont pleines de jugement.

Baudon préconise un procédé de suture assez compliqué : « Les calculs extraits, on se sert de la sonde déjà introduite dans la vessie, pour faire pénétrer dans l'urètre de dedans en dehors la sonde sur laquelle devra être fixée la suture.

Cette sonde garnie d'autant de fils qu'on veut faire de points de suture étant introduite, on traverse les parois vésicales en commençant par les sutures inférieures, si on craint d'être gêné par le sang. Les fils doivent pénétrer à huit ou dix millimètres des bords de la solution de continuité pour obtenir un adossement bien complet de la face celluleuse des lèvres de la plaie.

Lorsque ces fils seront fixés dans les parois vésicales, on les attire jusqu'à ce que les languettes viennent se mettre en contact avec la face interne de la vessie ; les fils, une fois entrecroisés, on leur fait traverser les lèvres de la plaie abdominale, de sorte que les fils de droite viennent sortir à gauche, tandis que ceux de gauche sont portés à droite.

Arrivés au devant de la plaie abdominale, les fils sont de nouveau entrecroisés, et fixés sur une plaque rigide percée de trous ; grâce à cette plaque, il n'y a pas plus de tiraillements du côté des téguments que du côté de la vessie.

Nous ne nous sommes servi que de fils de soie ; chez l'homme, il serait préférable d'employer des fils métalliques, plus facilement supportés par les tissus. Après l'opération, on placera

une sonde dans la vessie pour donner issue à l'urine, jusqu'à ce qu'on ait obtenu la guérison de la plaie vésicale. A ce moment aussi, on pourra enlever les fils. »

Milliot, dans un mémoire intitulé : *Méthode opératoire par ballonnement* (1875) décrit le procédé suivant. On introduit par l'urètre dans la vessie un ballon en caoutchouc construit d'une façon spéciale, qu'on gonfle pour distendre la vessie. Après avoir incisé cette dernière, on dégonfle le ballon, et en même temps on tâche avec l'index et le médius, ou bien avec des égrignes, de soulever la partie antérieure de la vessie. On retire alors au moyen de tenettes la pierre, on regonfle le ballon en caoutchouc on pratique la suture en surjet de la vessie, et la suture métallique des téguments et l'on termine en dégonflant et en retirant le ballon.

C'est bien ici le cas de répéter. C'est plus facile à dire qu'à faire.

C'est surtout à notre époque et seulement dans ces dernières années, que les chirurgiens, encouragés par les progrès de la méthode antiseptique, ont entrepris sur l'homme la suture de la vessie après la taille hypogastrique.

Lotzbeck, un des premiers, l'avait préconisée. Il la défend contre les objections qu'on lui a adressées, à savoir : l'inutilité et la difficile exécution. Dans les différents cas, dit-il, où Bruns l'a employée, il n'est pas fait mention de la difficulté. Dût-on ne pas obtenir une réunion par première intention, la suture n'est pas inutile ; elle donne le temps de se produire sur les bords de la plaie des adhérences qui empêcheront l'infiltration d'urine ; pour cela, il suffit qu'elle tienne pendant deux ou trois jours. Il faut placer une sonde creuse dans l'urètre pour donner issue à l'urine.

Utzmann, Petersen, Hofmohl, pensent de même.

Petersen jette la faute de son insuccès sur les fils de catgut qui étaient trop minces et qui se sont résorbés trop tôt. De plus, il avait fait à tort la suture du pelletier, si bien que, dès qu'un point vint à manquer, la suture lâcha tout entière.

Simon est convaincu de l'utilité de la suture et dit qu'il s'en servira à l'avenir.

Gunther en était également partisan.

Dulles, en Amérique, la préconise et rapporte que Bell, Brady, Deering, Starr en ont obtenu de bons résultats.

D'un autre côté, Dorfworth, malheureux dans ses essais, déclare qu'il ne l'emploiera plus : elle est bien plus propre à retarder qu'à avancer la guérison.

Krabbel se plaint que les fils de catgut coupent trop tôt et trop facilement les tissus.

Dittel, Dumreicher se déclarent contre elle.

Jaroslav-Kuzel avoue qu'il a eu beaucoup de difficulté à faire la suture dans un cas, en raison de l'étroitesse de la plaie et de la profondeur de la vessie.

Le professeur Van Gondœver, de Leyde, reconnaît également qu'elle est difficile. Néanmoins, il la croit possible dans la grande majorité des cas. Il est très bon de la pratiquer, mais il faut, en même temps, appliquer rigoureusement la méthode de Lister.

En France, l'engouement pour la suture de la vessie, après la taille hypogastrique, est loin d'être aussi prononcé.

M. Périer (Comm. orale) la considère, sinon comme dangereuse, du moins comme inutile.

M. Guyon ne la pratique pas non plus.

M. Monod, qui l'a employée chez ses opérés, la croit assez facile, mais il la regarde comme dangereuse et ne s'en servira plus.

M. Le Dentu la repousse également : « On peut cependant placer un point de suture médiane sur l'angle inférieur de la plaie vésicale et un ou deux points latéraux, de chaque côté de cet angle, pour réunir les plans musculo-fibreux à la paroi du réservoir urinaire, et empêcher le passage de l'urine dans l'espace rétro-pubien. »

Seul, M. Vincent, de Lyon, qui a fait de nombreuses expériences de suture chez les chiens ne la juge pas aussi sévèrement, et nous avons vu qu'il avait proposé de l'appliquer chez l'homme. Mais il conseille pour réussir, de faire les sutures très rapprochées : « En rapprochant de très près les anses de fil, dit-il, en évitant de les faire pénétrer au-delà de la muqueuse... en doublant et en superposant les rangées de points, on obtient une

suture vésicale très solide, qui résiste au ténésme vésical, à la distension et au retrait de la vessie, en un mot à tous les efforts de contraction active ou d'expansion passive. »

Quant aux différentes variétés de fil, voici ce que M. Vincent en pense. Les fils de catgut et même de lin et de soie finissent par se dissocier et par disparaître : les fils métalliques demeurent comme des corps inertes et inoffensifs dans leur poche d'enkystement. Il reproche au catgut d'être peu maniable, de se rompre aisément lorsqu'on serre le nœud, et de se résorber parfois trop vite. Le fil ordinaire phéniqué lui paraît en général devoir être préféré, surtout quand on n'établit qu'un plan de sutures. Dans la combinaison des deux plans (plan superficiel et plan profond) on peut utiliser sans danger la résorbabilité du catgut pour le plan profond.

EXPÉRIENCES DE SUTURE VÉSICALE

De notre côté, nous avons voulu pratiquer expérimentalement quelques sutures de vessie pour voir comment se comportait la plaie faite à l'organe et surtout aussi pour juger de la valeur comparative des différentes variétés de fils. Malheureusement, nos expériences sont peu nombreuses ; elles sont seulement au nombre de cinq, mais elles nous ont paru assez intéressantes pour mériter d'être consignées ici.

1^{er} CHIEN

Opération longue, pendant laquelle le chien anesthésié par l'éther, a eu plusieurs syncopes amenées par l'administration massive du médicament.

Incision de l'organe, longue de 2 à 3 centimètres. Suture avec 7 fils de Catgut. — Mort le 2^e jour.

Autopsie. — Rougeur diffuse tout autour de la plaie abdominale et de la plaie vésicale : adhérences inflammatoires du grand épiploon et d'une anse intestinale. Pas de pus dans le péritoine.