

REMARQUES

Nous voyons que la suture, dans ces 23 cas, a manqué dix fois.

Les fils de catgut ont été employés. 11 fois. Avec insuccès. 7 fois.

Soie phéniquée.....	8	—	—	3	—
Fils ordinaires.....	2	—	—	0	—
Sutures métalliques... ..	2	—	—	0	—

Total..... 23 fois. Insuccès.... 10 fois.

C'est en moyenne vers le sixième jour, que l'urine a filtré à travers la plaie.

Ce tableau, on le voit, n'a rien de bien encourageant, puisque la suture a manqué dans près de la moitié des cas.

Le catgut surtout a donné des résultats défavorables : Sept fois sur onze, l'urine s'est écoulée par la plaie abdominale.

Les fils ordinaires et les fils métalliques ont, dans les quatre cas où ils ont été employés, parfaitement réussi, et la guérison a été prompte.

CONCLUSION

Bien que la suture ait lâché dans presque la moitié des cas (10 sur 23), il n'en faut pas moins reconnaître qu'elle n'en a pas amené pour autant des résultats désastreux, comme on aurait pu le craindre, puisque sur les dix cas, on constate seulement deux morts. Encore dans un cas, la mort n'est-elle pas imputable à l'opération, ni à la suture, puisqu'il existait auparavant des signes manifestes de péritonite. Mais presque tous les opérateurs ont eu soin de ne pas fermer complètement la plaie abdominale, et ont laissé prudemment un drain à l'angle inférieur. Par contre, dans beaucoup de ces cas, la guérison a été relativement longue, trente-sept jours, quatre semaines,

quarante-cinq jours... Ce qui est en faveur de l'opinion de Dorfwirth, qui prétend que la suture est souvent plus propre à retarder qu'à avancer la guérison.

Malgré tout, il nous semble bien difficile de nous prononcer définitivement sur la valeur de la suture vésicale, après la taille hypogastrique. Il faudrait de plus nombreuses observations. Nous croyons toutefois que dans cette question, on a laissé de côté un point qui a une très grande importance ; c'est la plus ou moins grande facilité de cette suture. Si Lotzbeck a prétendu qu'elle était très facile, d'autres opérateurs l'ont jugée difficile : Kuzel, chez un enfant, arriva avec peine, à cause de l'étroitesse de la plaie et de la profondeur de la vessie, à placer sur l'organe, deux fils qu'il noua en croix ; Bell, dans un cas, fut obligé de l'abandonner ; M. Périer, avait l'intention de la faire chez son premier opéré, mais, après l'extraction du corps étranger, il vit qu'elle serait trop difficile, et y renonça. Le fait est que souvent elle n'est pas facile à pratiquer ; la vessie, si on ne la fait maintenir par un aide, après l'écoulement de l'injection et l'extraction du calcul, se retire profondément dans le petit bassin et se dérobe aux regards de l'opérateur. Nous ferons remarquer à ce propos que le ballon rectal, en empêchant un retrait si prononcé de l'organe, peut être d'un grand secours, Néanmoins, si la suture est relativement facile chez les individus maigres, à paroi abdominale peu épaisse, combien le Chirurgien n'est-il pas gêné quand, chez les individus gras, à paroi abdominale très développée, il est obligé d'aller porter ses fils, à plusieurs centimètres de profondeur, sur la vessie plus ou moins masquée par les caillots et les suintements sanguins, et à travers une plaie, dont les lèvres se laissent difficilement écarter.

Voilà donc un élément qu'il faut faire entrer en ligne de compte, et nous serions tenté de lui donner comme importance, le premier rang. Pour nous, on peut essayer la suture, quand elle facile à faire, et quand on est à peu près sûr de la bien faire. On en retirera alors avantage. Mais écarter violemment les lèvres de la plaie abdominale, engager aveuglément ses doigts ou ses instruments dans le petit bassin, aller tirailler sur la vessie et détacher ses adhérences avec le tissu cellulaire, et tout cela

pour aller placer, tant bien que mal, et plutôt mal que bien, quelques points de suture, n'est-ce pas là faire une très mauvaise besogne? N'est-ce pas s'exposer à produire l'accident qu'on veut éviter, à savoir, l'infiltration d'urine? La suture mal faite laissera filtrer l'urine, et si on a déchiré le tissu cellulaire péri-vésical, ce dernier a toute chance de se laisser pénétrer par le liquide et de s'enflammer.

Pour résumer en un mot notre pensée sur ce sujet, nous dirons : Il vaut mieux ne pas faire la suture vésicale que de s'exposer à la mal faire. On devra rigoureusement s'abstenir, toutes les fois qu'elle offrira de la difficulté.

Et elle sera surtout difficile chez les vieux calculeux, à vessie enflammée chroniquement, irritée, friable. Elle semblerait pourtant devoir être, si elle réussissait, très avantageuse chez eux ; car ils sont souvent affaiblis, épuisés, atteints plus ou moins de cachexie urinaire, et le succès dépend en partie de la rapidité de la guérison. C'est chez les enfants que la suture a le plus de chances de donner de bons résultats, comme l'a bien fait ressortir Bouisson : la plupart du temps, la santé générale est bonne, et on se trouve en présence de tissus jeunes, pleins de vitalité, prêtant à une réparation facile et rapide.

EXÉCUTION DE LA SUTURE VÉSICALE

Si on se décide à faire la suture, il faut faire celle-ci à points séparés, et non pas la suture du pelletier. Nous avons déjà indiqué, quelques pages plus haut, à quelle distance l'un de l'autre doivent être placés les fils. Pour les passer, il faudra introduire l'index de la main gauche dans la cavité vésicale, saisir entre ce doigt et le pouce la lèvre de la plaie, et glisser l'aiguille dans l'épaisseur de la paroi vésicale, tendue sur l'index. On appréciera mieux de cette façon à quelle distance l'aiguille se trouve de la muqueuse et on ne risquera pas de traverser cette dernière et

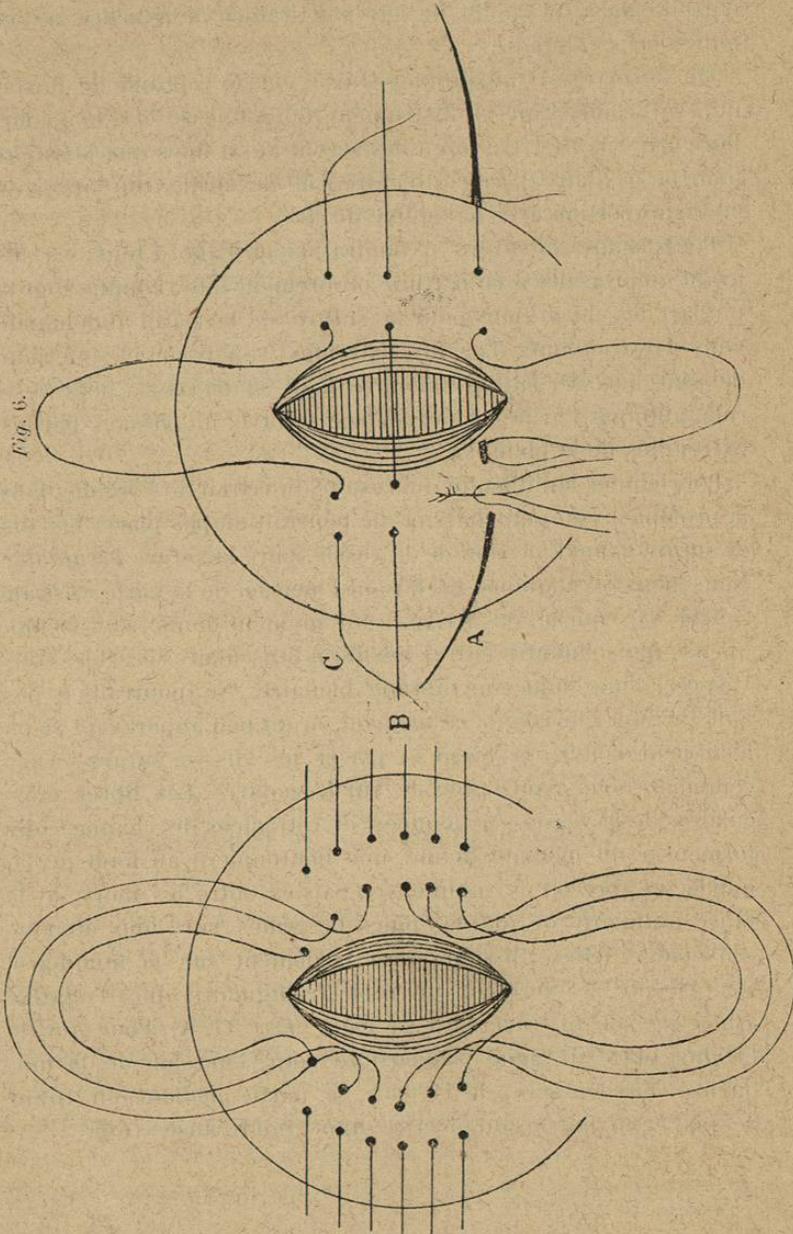
de pénétrer dans la cavité de l'organe. La vessie solidement fixée entre le pouce et l'index ne sera pas tirillée ni détachée de ses adhérences cellulaires.

On se servira d'une aiguille courbe, ou de l'aiguille de Reverdin, en choisissant un instrument d'une finesse et d'une courbure convenables. Les aiguilles seront aussi fines que possible, pour ne pas faire d'orifices d'entrée et de sortie trop larges, et en disproportion avec le volume du fil.

Pour faciliter la suture, il faudra placer d'abord tous les fils avant de procéder à la ligature proprement dite, comme font la plupart des chirurgiens pour la suture de la paroi abdominale dans l'ovariotomie. Les fils extrêmes supérieur et inférieur devront dépasser suffisamment en haut et en bas la plaie vésicale, afin que l'urine ne puisse pas se frayer un passage par les extrémités de la plaie.

Pour éluder la difficulté qui résulte du retrait de l'organe dans la profondeur du petit bassin, ne pourrait-on pas placer les fils de suture avant l'incision de la vessie, faire la *suture préalable*? Nous nous expliquons. En faisant l'incision de la paroi vésicale couche par couche, on arrive, à un moment donné, sur la muqueuse qui se montre entre les fibres musculaires écartées sous l'aspect d'une mince membrane bleuâtre. Ne pourrait-on pas alors arrêter l'incision à ce moment ou un peu auparavant si on avait peur d'ouvrir la vessie et placer les fils de suture? Voici comment nous avons procédé sur le cadavre. Les fibres musculaires de la vessie, sectionnées et rétractées de chaque côté, forment à un moment donné, une boutonnière au fond de laquelle on aperçoit la muqueuse. Saisies entre les mors de la pince ordinaire ou de la pince à griffes sur une étendue convenable, elles glissent assez facilement sur la muqueuse sous-jacente, et forment un repli triangulaire que l'aiguille armée de son fil traverse à sa base. (*Fig. VI, A.*) Pour que le fil ainsi placé ne gêne pas ensuite pour l'incision de la muqueuse, on éloignera de la plaie sa partie médiane en tirant dessus, et en lui faisant décrire une grande anse. (*Fig.*

SUTURE PRÉALABLE



VI. C.) Pour éviter le tiraillement sur le fil et sur les lèvres de la plaie, on pourrait même plus commodément se servir d'un fil armé d'une aiguille à chacune de ses extrémités ; l'anse se trouverait ainsi toute formée et on n'aurait pas besoin de dégager le fil en le faisant glisser à travers les fibres musculaires. (Fig. VI. A.)

Tous les fils ainsi disposés avec leurs anses éloignées de la plaie (Fig. VII), on complète l'incision vésicale, en sectionnant la muqueuse et les quelques fibres musculaires qui peuvent la recouvrir. Une fois le calcul enlevé, pour fermer la plaie, on n'aura plus qu'à tirer sur les extrémités correspondantes de chaque fil, pour faire disparaître l'anse (Fig. VI. B) et à nouer ensuite, comme dans le procédé ordinaire.

Pour se reconnaître entre les chefs correspondants des fils plus ou moins embrouillés les uns dans les autres, on pourra les saisir entre les mors de pinces hémostatiques numérotées qu'on fera tenir par un aide. On ne perdra ainsi pas de temps à chercher les extrémités correspondantes d'un même fil, quand on voudra pratiquer la fermeture de la plaie.

Nous donnons ce procédé pour ce qu'il vaut. Son avantage est de permettre de placer les fils, alors que la vessie est encore superficielle et bien étalée, que la plaie n'est pas encore souillée, le champ opératoire masqué par les caillots ou les détritits provenant de l'ouverture de la vessie.

Quoiqu'il en soit, qu'on ait choisi tel ou tel procédé, dès que la plaie vésicale sera fermée, on fera bien d'éprouver la suture en poussant une injection dans la vessie avec une force et une pression convenables. Si on voyait le liquide filtrer, on placerait dans les points nécessaires quelques sutures supplémentaires.

On ne fera en tout cas que la suture incomplète de la paroi abdominale, réservant dans l'angle inférieur de la plaie une ouverture suffisante pour laisser passer un drain, destiné à jouer le rôle de soupape de sûreté.