

CHAPITRE VI  
MANUEL OPÉRATOIRE

Nous venons de passer en revue et de soumettre à l'examen critique les différents procédés opératoires ; nous avons vu comment les chirurgiens exécutaient les temps successifs de l'opération et apprécié leur manière de faire. C'est le moment, rejetant ce qu'il y a de bon dans les divers procédés, de constituer et de décrire le manuel opératoire qui nous paraît le plus avantageux.

C'est à peu près exactement celui que suivent en France MM. Périer et Guyon. C'est le procédé de Petersen, moins la suture de la vessie.

SOINS PRÉLIMINAIRES

Le malade, cela va sans dire, doit être opéré à jeun. Purgation la veille, ou lavement de façon à ce que le rectum soit vide au moment de l'opération.

Administrer le chloral à l'intérieur à la dose de 1 à 3 grammes ; s'en abstenir si on soupçonne une lésion rénale ou cardiaque.

Raser soigneusement le pubis, et laver la région hypogastrique à l'eau phéniquée forte (1/20)

Sur la table d'opération, on donnera au patient la position que nous avons indiquée. Maintenir le bassin soulevé avec des coussins ou des alèzes.

La chambre devra être convenablement chauffée, le malade bien couvert et les membres inférieurs entourés avec de la ouate,

pour qu'il ne soit pas exposé au froid venant soit de l'intérieur, soit de la vapeur phéniquée.

Anesthésie lente et méthodique faite avec du chloroforme pur. Être prudent et surveiller la chloroformisation ; les urinaires sont souvent aussi des brighliques et des cardiaques.

L'anesthésie complète étant obtenue, on procédera à l'opération.

1<sup>er</sup> TEMPS. — INJECTION DE LA VESSIE ET DU BALLON RECTAL.

Commencer par introduire le ballon en caoutchouc dans le rectum, en ayant soin de l'engager assez profondément, et de façon à ce qu'il ne soit pas replié sur lui-même, car alors sa distension serait impossible, et il ferait hernie par l'anus. Il faudra le graisser préalablement, pour rendre son introduction dans le rectum plus facile.

Le ballon mis en place, introduire dans la vessie par l'urèthre une sonde en gomme, en caoutchouc rouge, ou mieux *une sonde métallique à robinet*. Si on emploie une sonde métallique, faire bien attention au moment où on poussera l'injection de ne pas communiquer à cette dernière, avec la seringue, des mouvements brusques ou violents qui pourraient exposer son extrémité vésicale à contusionner la muqueuse. Aussi a-t-on proposé, pour obvier à cet inconvénient, d'ajuster à la sonde un tuyau en caoutchouc.

Pour empêcher le liquide de sortir autour de la verge, on serrera cette dernière sur la sonde à l'aide de deux ou trois tours d'un tube en caoutchouc, dont les deux chefs seront saisis entre les mors d'une pince hémostatique.

L'injection devra être tiède. On emploiera avec avantage une solution d'acide borique à 4/00.

Il sera bon de faire d'abord un lavage complet de la vessie, afin qu'au moment de sa ponction, les tissus fraîchement sectionnés ne se trouvent pas en contact avec un liquide plus ou moins irritant.

*Procéder à l'injection vésicale.* — L'injection devra être poussée méthodiquement, avec lenteur, pour ne pas révolter la vessie, mais essayer de la surprendre. Plus la chloroformisation sera

complète, plus l'injection et la distension vésicale seront faciles. Injecter de 300 à 400 grammes de liquide, si cela est possible. L'injection sera maintenue dans la vessie par la fermeture du robinet, si on s'est servi d'une sonde métallique, ou en faisant comprimer la verge par un aide, si on a employé la sonde en caoutchouc rouge.

*Procéder ensuite à l'injection et à la distension du ballon rectal avec de l'eau tiède.* Pendant que le chirurgien poussera l'injection, un aide soutiendra le ballon et l'empêchera de sortir avec un ou deux doigts introduits dans le rectum. Pendant la distension du ballon, on assiste au spectacle de l'ascension de la vessie dans l'abdomen. La région hypogastrique se bombe; l'extrémité vésicale de la sonde est repoussée en haut en même temps que le bas-fond de la vessie, et on voit son extrémité urétrale éprouver un mouvement de bascule, et s'abaisser progressivement, en décrivant un arc de cercle, entre les cuisses du malade.

Quand la région hypogastrique est bien bombée, quand la vessie fait une saillie appréciable, on arrête l'injection, et on ferme le robinet du ballon rectal.

On se trouve prêt alors à procéder à l'opération proprement dite.

2<sup>e</sup> TEMPS. — INCISION DES TÉGUMENTS.

Opérateur placé à droite du malade.

Incision sur la ligne médiane de trois ou quatre travers de doigt, de 8 à 10 centimètres environ. Ne pas craindre d'ailleurs de la faire un peu longue. Elle doit être pratiquée de haut en bas, et descendre vers le pubis, qu'elle dépassera légèrement en formant comme une espèce de queue, pour éviter en bas la formation d'un clapier.

L'incision faite avec un bistouri ordinaire comprendra la peau, le tissu cellulaire sous-cutané avec le paquet de fibres élastiques faisant partie du ligament suspenseur de la verge. Si quelques vaisseaux sous-cutanés donnaient du sang, les saisir immédiatement avec une pince hémostatique et les lier ou les tordre.

3<sup>e</sup> TEMPS. — INCISION DE L'APONÉVROSE.

L'aponévrose abdominale découverte, (et on la reconnaîtra, surtout à la partie supérieure de la plaie, à son aspect blanchâtre, un peu nacré et resplendissant), il faudra procéder à sa section. A cet effet, nous conseillons d'employer *la sonde cannelée* pour les raisons que nous avons dites. On fait, à la partie supérieure de la plaie, une petite ponction à l'aponévrose; on introduit par cet orifice le bec de la sonde cannelée, et, inclinant ce dernier soit à droite, soit à gauche, on vient butter contre la cloison médiane antéro-postérieure. Faire glisser alors la sonde cannelée le long de cette cloison, jusqu'au bord supérieur du pubis. L'aponévrose et le muscle pyramidal se trouvent chargés sur la sonde. On les sectionne de haut en bas franchement, en engageant la pointe du bistouri dans la rainure de la sonde cannelée.

4<sup>e</sup> TEMPS. — INCISION DU TISSU CELLULAIRE PRÉVÉSICAL.

L'incision de l'aponévrose ainsi conduite fait tomber directement sur le bord interne du muscle grand droit fixé à la ligne blanche par des adhérences fibreuses. On détache ces dernières avec le doigt ou mieux avec la sonde cannelée, et on rejette le muscle en dehors.

A la partie inférieure il faudrait sectionner verticalement sur la ligne médiane, si on le rencontrait, le tendon commun résultant de la jonction des tendons des deux muscles droits.

En enfonçant *doucement* l'index à la partie supérieure de la plaie, on pourra chercher à sentir le petit tubercule formé par l'insertion de l'ouraque au sommet de la vessie. Si on venait à sentir ce dernier, on saurait que le cul-de-sac péritonéal se trouve à 2 ou 3 centimètres plus bas en moyenne, et ce serait un renseignement précieux pour la ponction de la vessie. Dans les cas normaux et favorables, on ne le sentira pas, il se trouvera remonté trop haut.

Un plus précieux point de repère est le peloton de tissu cellulaire jaunâtre, plus ou moins développé mais presque constant,

qui double le cul-de-sac péritonéal prévésical. On pourra parfois l'apercevoir en haut, entre l'écartement des lèvres de la plaie. Qu'on l'aperçoive ou non, il sera toujours prudent d'introduire l'index gauche dans la plaie et, s'en servant comme d'un crochet, de repousser légèrement et délicatement en haut les tissus et refouler en même temps le cul-de-sac péritonéal, s'il se trouve à ce niveau. Cette précaution prise, le fascia transversalis, quand il existe, et le tissu cellulaire prévésical seront coupés avec prudence de façon à découvrir aussi nettement que possible et à mettre à nu la face antérieure de la vessie.

5<sup>e</sup> TEMPS. — PONCTION DE LA VESSIE.

Arrivé au moment décisif, au moment de la ponction de la vessie, si on avait quelque hésitation, et si on craignait de ne pas se trouver en présence de l'organe, il faudrait imprimer un petit mouvement à la sonde métallique, pousser un peu son bec en avant entre les lèvres de la plaie, et s'assurer ainsi de la présence de la vessie. La sonde métallique, dans certains cas, pourrait donc renseigner et tranquilliser le chirurgien ; c'est pourquoi il sera bon d'employer pour l'injection une sonde rigide qui présente l'avantage de pouvoir servir, à un moment donné, d'instrument indicateur et conducteur. On serait tenté aussi parfois de mettre le doigt au fond de la plaie pour sentir la fluctuation de la vessie. Il vaut mieux ne pas le faire ; pour avoir une sensation bien nette de fluctuation, il faudrait exercer sur l'organe une pression assez forte qui pourrait rompre ses adhérences avec le tissu cellulaire ; et, pris entre ces deux alternatives, ou de produire une lésion capable de favoriser la stagnation et l'infiltration d'urine, ou de n'obtenir qu'un renseignement incertain, on comprend qu'il est préférable de s'abstenir.

Quand on se sera assuré, avec la sonde s'il est nécessaire, que c'est bien la face antérieure de la vessie qui se trouve au fond de la plaie, ou ponctionnera franchement l'organe, en enfonçant directement et perpendiculairement le bistouri. On pourra le conduire, si on le veut, sur l'ongle de l'index gauche, placé, comme nous l'avons dit, dans l'angle supérieur de la plaie pour

refouler en haut les tissus et protéger le cul-de-sac péritonéal. Il faudra faire la section de la vessie franchement, d'un seul coup, de haut en bas, par de petits mouvements de scie, en s'aidant, si on le juge nécessaire, de l'index introduit dans la vessie, dès que l'ouverture est suffisante, pour relever et tendre la paroi antérieure de l'organe.

Dès que la vessie est ponctionnée, le liquide de l'injection s'écoule avec abondance et inonde le champ opératoire. Il n'y a à cela aucun inconvénient, puisque c'est un liquide aseptique.

C'est la section de la vessie qui donne le plus grand écoulement de sang. Les artérioles, peu volumineuses, il est vrai, sont assez nombreuses. De plus, il existe sur la partie médiane de la face antérieure, une ou deux veines assez volumineuses que l'instrument tranchant est bien exposé à couper. Mais cet écoulement s'arrête bientôt de lui-même, surtout quand, après l'extraction de la pierre, on aura retiré le ballon rectal qui, en comprimant le bas-fond de la vessie, gêne la circulation veineuse et favorise ainsi l'hémorrhagie. A part cet écoulement de sang insignifiant produit par l'incision de la paroi vésicale, l'opération, si on s'est bien tenu sur la ligne médiane, se fait presque à blanc.

6<sup>e</sup> TEMPS. — EXTRACTION DE LA PIERRE.

L'incision vésicale terminée, on fixe l'organe avec le doigt en forme de crochet, ou avec le gorgeret suspenseur de Belmas, qu'on fait tenir à un aide. On retire la sonde qui pourrait gêner la sortie de la pierre.

L'extraction du calcul se fera avec les doigts, ou mieux et plus souvent avec les tenettes droites ou coudées conduites sur l'index introduit dans la cavité vésicale. Si la pierre était volumineuse, rugueuse, capable de blesser, au moment de sa sortie, les parois de la vessie, il faudrait faire écarter de chaque côté les lèvres de la plaie vésico-abdominale avec deux écarteurs larges, mais peu épais, qui auraient à la fois l'avantage d'ouvrir une voie plus large à la pierre et de protéger en même temps la muqueuse et les bords de l'incision.

7<sup>e</sup> TEMPS. — PLACEMENT DES DRAINS ET PANSEMENT.

La pierre enlevée, on fera un grand lavage de la vessie avec la solution boricuée pour entrainer les caillots, mucosités, graviers..., et mettre la muqueuse vésicale et la plaie dans de bonnes conditions de propreté. — Le lavage terminé, on pourra se débarrasser du liquide qui inonde la plaie, en l'aspirant avec l'appareil Potain, comme le fait M. Périer. — En même temps qu'on vide le ballon rectal, pour le retirer, on place bien dans la vessie les deux gros tubes en caoutchouc rouge qui doivent servir de drains. Ils seront traversés par un fil, qu'on fixera solidement de chaque côté à la paroi abdominale avec de la ouate collodionnée (Périer) ou aux lèvres mêmes de la plaie abdominale avec un fil d'argent (Guyon). Ils viendront plonger dans un récipient renfermant une solution antiseptique. M. Guyon conseille, en outre, de laver les lèvres de la plaie avec la solution forte d'acide phénique (1/20).

On suturera, si on le juge convenable, la partie supérieure de la plaie abdominale, en comprenant dans le point de suture (fil d'argent ou crin de Florence) la peau, l'aponévrose et les muscles. On peut placer un point de suture profond et un point de suture superficiel.

Pansement de Lister appliqué comme nous l'avons indiqué.

*Suture vésicale.* — Si on se décidait à faire la suture vésicale, on y procéderait comme nous l'avons dit plus haut. Nous rappelons toutefois qu'il vaut mieux s'abstenir que de l'entreprendre dans de mauvaises conditions et s'exposer à la mal faire.

CHAPITRE VII

ACCIDENTS ET DIFFICULTÉS  
DE L'OPÉRATION

1<sup>o</sup> DIFFICULTÉS

*Impossibilité de distension de la vessie.* — La difficulté dans la distension de la vessie peut tenir à deux causes : 1<sup>o</sup> Ou les voies qui permettent d'arriver jusque dans la vessie sont difficiles à franchir, ou même infranchissables ; 2<sup>o</sup> ou l'organe lui-même n'est pas susceptible de distension.

1<sup>o</sup> Les rétrécissements de l'urèthre peuvent être assez étroits pour ne pas permettre l'introduction de la sonde, ou du moins d'une sonde suffisamment volumineuse pour donner passage au liquide de l'injection. Il ne sera pas toujours possible de traiter au préalable le rétrécissement ; ce serait quelquefois perdre un temps précieux et s'exposer à aggraver les lésions des voies urinaires supérieures ; d'ailleurs, c'est souvent parcequ'il y a un rétrécissement incapable de donner passage aux instruments lithotriteurs que, dans les cas pressants, on s'adresse précisément à la taille hypogastrique. C'est là une de ses indications.

Mais, dans cette circonstance, l'inconvénient dont nous parlons est compensé parfois par la lésion elle-même. La vessie, ne pouvant pas se vider ou se vidant incomplètement, est habituellement distendue et remontée dans la cavité abdominale. On pourrait encore favoriser ou produire même la distension, s'il était nécessaire, en faisant boire au malade, comme le faisaient