

7^e TEMPS. — PLACEMENT DES DRAINS ET PANSEMENT.

La pierre enlevée, on fera un grand lavage de la vessie avec la solution boriquée pour entraîner 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^o DIFFICULTÉS

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

1^o Les rétrécissements de l'urètre 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

les anciens, quelques heures avant l'opération, une assez grande quantité de liquide (lait, thé.....)

La taille hypogastrique, dans les cas de rétrécissements étroits ou infranchissables, pourrait être d'autant plus avantageuse qu'elle permettrait, consécutivement à l'extraction du calcul, de traiter le rétrécissement lui-même.

2° Il n'y a pas de rétrécissement, on peut arriver jusque dans la vessie, mais malgré tout, l'organe reste inextensible, contracturé, ne supporte pas le liquide de l'injection. Que faire ? il faut alors se résigner à pratiquer l'opération en suivant le procédé de Frère Côme, c'est-à-dire avec un conducteur, soit la sonde à dard, soit simplement une sonde ordinaire cannelée ou non. En rasant avec le bout de la sonde la face interne du pubis, et en le faisant remonter dans l'abdomen, on développerait la face antérieure de la vessie, on lui ferait faire saillie, au-dessus de la symphyse, entre les lèvres de la plaie, et on pratiquerait l'incision de l'organe en se guidant sur l'extrémité de la sonde, et en ayant soin de protéger le péritoine avec le doigt recourbé en forme de crochet, à l'angle supérieur de la plaie.

Enfin, si la vessie, soit par suite d'un rétrécissement infranchissable, soit par suite d'une contraction permanente, ne pouvait être dilatée, ni même permettre l'introduction d'un instrument conducteur dans sa cavité, il faudrait se résigner à procéder à l'opération, comme le faisait Baudens pour les cas ordinaires. Après l'incision profonde des téguments, on engagerait l'index de la main gauche derrière la face interne du pubis, pour arriver sur la face antérieure de la vessie, au-dessous du péritoine. On fléchirait alors le doigt en forme de crochet, on le ramènerait en haut, développant ainsi la face antérieure de la vessie, en même temps qu'on repousse la séreuse. On pourrait alors ponctionner l'organe et faire l'incision. Mais ce procédé est défectueux : on ne l'emploiera que dans le cas d'absolue nécessité.

Adhérences du péritoine. — Les adhérences du péritoine à la symphyse sont exceptionnelles. Bromfield, Lotzbeck, Pitha en ont parlé et rapporté deux ou trois cas. Nous même, comme nous l'avons déjà dit, avons pu en observer un cas chez une

vieille femme, atteinte d'ostéite raréfiante de la portion droite du corps du pubis. Ces adhérences sont le fait le plus souvent de péritonite localisée, de phlegmon des parois abdominales, de plaie pénétrante de la région hypogastrique.

On pourrait se demander aussi, comme nous l'avons dit, si les hernies simples ou doubles prédisposent à des adhérences du péritoine, ou tiennent abaissée la séreuse. Ce point mérite d'être éclairci ; car, on sait que chez les vieux calculeux, les hernies ne sont pas rares. Nous n'avons rencontré dans nos expériences qu'un cas de hernie double, et, s'il était permis de s'en tenir à un seul cas, on pourrait conclure que le cul-de-sac péritonéal ne reste pas abaissé, chez les herniaires, puisque, après la distension de la vessie, il remontait chez notre sujet à 7 centimètres au dessus de la symphyse. Nous avons déjà discuté cette question au chapitre anatomie.

On ne saura pas toujours prévoir les adhérences du péritoine. D'ailleurs, si on a pris toutes les précautions antiseptiques, et on doit le faire dans toutes les circonstances, il ne faudrait pas trop s'épouvanter de la blessure de la séreuse, d'autant plus que dans ces cas le péritoine serait beaucoup moins susceptible, par suite de son inflammation primitive.

Adhérences de la vessie. — La vessie elle-même peut offrir parfois des adhérences plus ou moins intimes avec le bassin et le corps du pubis. On peut le redouter pour les vessies des vieux calculeux, dont l'inflammation chronique a pu retentir sur le tissu cellulaire peri-vésical, amener l'induration de ce tissu et des adhérences avec les parties avoisinantes, pubis, péritoine... C'est plus particulièrement en avant, vers le pubis, que se font ces adhérences, et la vessie ne pouvant se distendre de ce côté, a de la tendance à se développer et à se porter en arrière. On conçoit toute la difficulté qu'il y aurait dans ces circonstances, à faire remonter le cul-de-sac péritonéal.

Ne serait-ce pas à des adhérences de cette sorte qu'a eu affaire Fleury (de Clermont) dans une opération de taille sus-pubienne qu'il fut obligé de laisser inachevée ? Il s'agissait d'un homme de 34 ans dont la hanche gauche était ankylosée avec rotation du membre en dedans. A peine Fleury eut-il fait une petite incision

à la ligne blanche, que le péritoine fut saillie par l'ouverture, et il fut obligé de le repousser en haut et d'aller très doucement pour ne pas le blesser dans ses incisions. Mais quand il voulut faire saillir le bec de la sonde à dard au-dessus de la symphyse, il n'y parvint pas, malgré l'incision des tendons des muscles droits pour agrandir le champ opératoire; la vessie était cachée dans le petit bassin et profondément rétractée. Il se résolut à laisser l'opération inachevée : la plaie abdominale fut suturée et le patient guérit. L'inflammation probablement partie dans ce cas de l'articulation coxo-fémorale s'était peut-être propagée au tissu cellulaire périvésical, créant des adhérences qui maintenaient la vessie dans le petit bassin.

Embonpoint du sujet. — L'embonpoint du sujet donne à la vessie une situation profonde, 4 centimètres et même plus. La manœuvre et l'introduction des doigts ou des instruments devient difficile. L'inconvénient est un peu compensé par la très grande distension de la vessie et son développement le plus habituellement facile dans la cavité abdominale.

Contracture des muscles. — La contracture des muscles était surtout à redouter, alors qu'on ne possédait pas le chloroforme. Dupuytren autrefois y a beaucoup insisté, et rappelé la position qu'il fallait donner au malade pour faire disparaître cette contracture des muscles de l'abdomen et en particulier celle des muscles sterno-pubiens (grands droits).

Actuellement l'anesthésie par le chloroforme amène toujours le relâchement complet des muscles. Quand les lèvres de la plaie abdominale s'écartent difficilement, c'est donc à une résistance purement mécanique qu'on a affaire; dans ces conditions, l'incision, à la partie inférieure de la plaie et sur la ligne médiane, du tendon réuni des deux muscles grands droits et de l'attache fibreuse de la ligne blanche au pubis pourra être très avantageuse.

Volume, situation, forme de la pierre. — 1° *Volume.* La pierre, par son volume exagéré, peut amener des difficultés sérieuses d'extraction. Les tenettes-forceps pourront rendre, dans ce cas, de réels services et permettre de *délivrer* la vessie de sa *pierre*. Mais il ne faut pas, autant que possible, en procédant

à l'extraction du calcul, s'exposer à blesser, contusionner, déchirer la muqueuse vésicale et les lèvres de l'incision. Quand on aura prolongé l'incision, et cela sans résultat, jusqu'aux limites de la dernière prudence, il faudra, avec un instrument lithotriteur convenable, essayer de fragmenter la pierre et la sortir par morceaux, plutôt que d'user de violence pour extraire d'un seul coup, malgré tous les dangers, une pierre trop volumineuse. Il faudra en un mot, qu'on nous passe l'expression, faire une espèce de *lithotritie hypogastrique*. On fera un choix, suivant le cas, pour l'emploi de l'instrument lithotriteur : la *tenette à chaîne articulée* de Guyon, quand on peut s'en servir, est très avantageuse. Parfois on sera obligé d'avoir recours au procédé de *grugement* de Dolbeau. Les instruments lithotriteurs, seront conduits sur le doigt introduit dans la vessie. Quoiqu'il en soit, une fois la fragmentation faite, on enlèvera avec les doigts ou avec les tenettes les plus gros fragments : quant aux plus petits et aux graviers, ils seront expulsés facilement par le lavage vésical.

2° *Situation de la pierre.* — La pierre n'est pas toujours absolument libre et flottante dans la cavité vésicale; elle peut être retenue et fixée à demeure dans un point. « Cette circonstance de la fixité des calculs dans la vessie, dit Souberbielle, n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire. » Sur 50 individus, 16 auraient offert des calculs, ou exactement embrassés par les parois de la vessie, ou enchatonnés au bas-fond de cet organe, ou renfermés dans des loges, soit que celles-ci fussent formées par des *appendices*, soit qu'elles résultassent de la *contraction sur la pierre* d'une portion de la vessie et que celle-ci fût retenue par un collet qui, dans quelques circonstances, a apporté assez d'obstacles à l'extraction pour qu'il devint nécessaire de l'inciser, soit avec le bistouri introduit dans la loge, soit en coupant sur la pierre même.

Nous avons vu que Michel dans son opération avait extrait deux calculs logés dans une poche située sur le plan antérieur de la vessie.

Nous avons entendu dire à M. Guyon que le calcul, dans un de ses cas, était enclavé en avant, entre les branches pubiennes.

Il ne peut y avoir de règles précises pour l'extraction des calculs enchatonnés. C'est affaire de tact et d'habileté de la part de l'opérateur ; c'est à lui de voir comment et de quelle façon il doit attaquer le calcul, s'il peut le faire basculer dans un sens plutôt que dans un autre... Mais ce n'est qu'en désespoir de cause, il nous semble, qu'il faudrait avoir recours à la pratique de Souberbielle qui, dans deux cas, sectionna avec le bistouri la loge qui emprisonnait la pierre. Il ne faudrait pas être trop encouragé par les deux succès qu'il obtint : en sectionnant ainsi, le plus souvent en aveugle, sans savoir exactement ce que l'on coupe, on pourrait se préparer bien des déboires.

3° *Forme de la pierre.* — La forme plus ou moins irrégulière de la pierre offre quelque importance aussi sous le rapport de l'extraction. On trouve l'explication des irrégularités de la pierre dans sa disposition à se mouler sur les parties avec lesquelles elles se trouvent en contact : elles relèvent souvent des irrégularités de forme de la vessie elle-même, vessie à cellules, à colonnes, vessie déformée et déplacée dans une hernie, cystocèle. Enfin, un corps étranger, irrégulier, peut devenir le centre de dépôt des concrétions calcaires, et servir de noyau à un calcul qui prendra sa forme. L'extraction de ces calculs irréguliers est encore ici pure affaire de tact et d'habileté de la part du chirurgien. La taille hypogastrique a tout au moins le grand avantage de mettre la pierre sous les yeux de l'opérateur, qui peut voir la meilleure conduite à tenir pour l'extraction.

Épaississement des parois vésicales. — En cas de paroi vésicale épaisse, les lèvres de la plaie se laissent plus difficilement écarter, et on est obligé de faire une incision un peu plus grande. Ces vessies épaissies sont le plus habituellement aussi plus ou moins fongueuses, et il faut avoir soin, dans l'extraction de la pierre, de ne pas contusionner, déchirer la muqueuse vésicale, ce qui pourrait entraîner une hémorrhagie et d'autres accidents fâcheux.

La plupart des difficultés que nous venons de passer en revue sont exceptionnelles et ne doivent pas entrer en ligne de compte.

Aussi, ce serait vouloir aller manifestement contre la vérité que de prétendre que la taille hypogastrique est aussi difficile que la taille périnéale, comme le disait Sanson. On pourrait compter le nombre des opérations restées inachevées : dans toutes nos recherches, nous n'avons vu signalés que les cas de Textor, Moulinié, Cornéo, Fleury. — Dans la statistique de Dulles qui porte sur 478 cas, l'opération est restée inachevée seulement 4 fois, et 3 fois dans celle de Gunther, qui porte sur 260 cas. — Qui oserait en dire autant de la taille périnéale ? On dit par plaisanterie (et quelques charlatans l'ont mis en pratique), que le chirurgien qui se décide à faire la taille périnéale doit toujours avoir, par précaution, une pierre dans sa poche pour représenter à l'occasion celle qui n'existe pas dans la vessie, ou qui n'aurait pu être sentie ou enlevée. Cela indique bien, sans vouloir exagérer les difficultés de la taille périnéale, que la recherche et l'extraction de la pierre n'est pas toujours facile.

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS

BLESSURE DU PÉRITOINE

On peut dire que la blessure du péritoine a été, de tout temps, pour la taille hypogastrique, l'épouvantail des chirurgiens. C'est même cet accident qui porta comme nous l'avons vu, le plus rude coup à la taille sus-pubienne, presque dès son origine. — Cheselden est très explicite à cet égard : « Personne n'entreprit cette taille, dit-il, jusqu'à ce que M. Jean Douglas, chirurgien, trois ans après que son frère le médecin eut donné son Mémoire, la remit en usage avec beaucoup d'applaudissements, ayant heureusement guéri ses deux premiers malades. Son exemple fut suivi par un chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas, qui en tailla aussi deux avec le même succès ; mais le même chirurgien (Paul probablement), en ayant encore taillé deux autres qui ne réussirent point, à cause que le péritoine avait été percé ou crevé, jus-

qu'au point à laisser paraître les intestins, cette méthode fut autant décriée qu'elle avait été louée auparavant; et les chirurgiens de l'hôpital Saint-Barthélemy, qui s'étaient déterminés à faire cette opération, changèrent de résolution et firent la taille à l'ancienne manière.

« La saison d'après, comme c'était mon tour à l'hôpital Saint-Thomas, je repris le haut appareil, et en ayant taillé neuf avec succès, je le remis encore en vogue, après quoi il n'y eut lithotomiste dans aucun des deux hôpitaux qui ne l'entreprit. Cependant le péritoine se trouvait souvent coupé ou crevé, et même deux fois dans ma propre pratique, quoique quelques-uns de ceux à qui ce malheur arrivait ne périssaient point.... Et quoique dans la suite cette opération fut entièrement rejetée, il faut que j'avoue que mon opinion est qu'elle est infiniment meilleure que le grand appareil, auquel tous retournèrent, excepté moi seul, qui ne l'aurais jamais abandonnée sans l'espérance que je conçus dès lors d'en trouver une meilleure, étant bien convaincu qu'on pourrait venir à bout de la pratiquer avec plus de succès, car tous les accidents fâcheux (rupture de la vessie, blessure du péritoine), nous avaient appris combien on devrait injecter d'eau dans la vessie, et de quelle grandeur on pourrait avec sûreté faire l'incision. (*Traduction de Garengeot... Traité des Opérations de chirurgie, p. 258 à 260.*)

Dans ses nombreuses opérations, Frère Côme ne paraît avoir blessé qu'une seule fois le péritoine, bien que Deschamps mette en doute ses assertions: « Quoique le Frère Côme ait bien soin, dit-il, d'avertir à chacune de ses observations que le péritoine était intact, il faut croire à l'infailibilité du Frère Côme comme l'on croirait à celle d'un phlébotomiste très employé, qui assurerait n'avoir jamais manqué de saignée: on doit toujours se tenir sur ses gardes. »

Belmas devait réagir avec vigueur contre la prétendue fréquence de la blessure du péritoine et il déclare en propres termes que le procédé qu'il a décrit doit éloigner de toute crainte, et qu'à l'avenir cet accident ne tiendra qu'au défaut d'habitude de l'opérateur, ou à quelques circonstances rares, impossibles à prévoir. D'ailleurs, il est démontré par l'expérience que la bles-

sure du péritoine n'est pas aussi grave qu'on le dit, et il attaque vertement Deschamps: « On peut sans étonnement, dit-il, voir Cheselden se tromper, avoir des idées fausses sur la lésion du péritoine, entendre Heister et tous les praticiens de son temps dire que la blessure de cette membrane est toujours mortelle: la chirurgie, relativement au haut appareil, était alors dans son enfance, mais on ne peut s'empêcher de blâmer le jugement de quelques praticiens modernes, qui semblent n'avoir pas suivi les progrès de l'art. Parmi eux, je citerai en particulier Deschamps. Tous les faits dans lesquels on voit que le péritoine a été lésé prouvent que Deschamps a exagéré le danger de cette blessure. » Et Belmas blâme fortement Deschamps d'avoir porté sur Frère Côme le jugement que nous avons rapporté plus haut, attendu, dit-il, qu'il est reconnu que Frère Côme a écrit avec une bonne foi rare.

Souberbielle dans 40 opérations n'a blessé le péritoine que 2 fois, une fois chez un individu, d'une maigreur excessive, et une autre fois, chez un malade qui avait déjà subi une première opération de taille hypogastrique, quelque temps auparavant. Cette lésion n'a pas amené de péritonite. Souberbielle ne croit pas que cette lésion du péritoine ait la gravité qu'on lui a attribuée, si l'on a soin de procurer à l'urine un écoulement constant dans les premiers temps de l'opération, parceque plus tard il s'établit des adhérences qui bouchent l'ouverture.

Velpeau avait à peu près la même opinion. Il faisait remarquer que, l'opération terminée, la vessie s'abaissait, se rétractait, s'agglomérait derrière la symphyse. La plaie des parois cessait d'être en rapport avec celle de l'enveloppe séreuse.

Si nous nous adressons aux statistiques pour savoir la fréquence relative de la blessure du péritoine, nous serons bien obligé de conclure que cet accident est en réalité rare. Dans la statistique de Gunther, sur 260 cas, on n'a signalé que 6 fois la lésion du péritoine. Dulles, sur 478 cas, note le péritoine coupé et déchiré seulement dans 3 cas. Nous voulons bien admettre que la brièveté des observations, l'absence de renseignements font que ces statistiques n'ont pas toute la rigueur désirable; le péritoine a pu être blessé et l'a été certainement dans des cas,

où la cause de la mort n'a pas été donnée; de plus, certains accidents, accusés d'avoir donné la mort, doivent être rapportés, vraisemblablement à la blessure de la séreuse; ainsi, dans le tableau même de Dulles, outre les 3 cas de péritoine coupé ou déchiré, on voit notée 5 fois la péritonite. Ajoutons encore qu'il n'est pas toujours facile, même à l'autopsie, de voir si le péritoine a été intéressé pendant l'opération. Il se forme bien vite des adhérences, qui peuvent fermer et masquer la plaie de la séreuse.

La meilleure preuve, la preuve indéniable de la lésion du péritoine est l'issue des intestins à travers la plaie pendant l'opération même. Et c'est ce qui est signalé dans beaucoup de cas où cet accident est arrivé, Civiale, Bell, Dupuytren, etc., etc. Dans l'opération de Dupuytren en particulier, il y aurait eu issue d'une portion très-considérable de l'intestin.

Que faire en présence d'une pareille complication? Les anciens opérateurs plaçaient à l'endroit blessé, ou faisaient contenir par un aide, une petite compresse, ou une éponge mouillée et exprimée: on faisait coucher le patient les épaules fort basses (Frère Côme) afin que les intestins n'aient pas de tendance à faire issue par la plaie. Actuellement, nous pouvons faire beaucoup mieux, grâce au pansement antiseptique. Il est indiqué, il nous semble, en cas de blessure de la séreuse, de suivre l'exemple de Lister, qui, en pareille circonstance, sutura successivement la plaie du péritoine, celle de la vessie, la partie supérieure de la plaie abdominale, en laissant un drain à l'angle inférieur. Le malade guérit parfaitement, sans présenter aucun accident. Mais il faut prendre soin surtout de réduire rapidement les intestins sortis; plus ils seront restés longtemps exposés à l'air, et plus grande aussi sera la chance de la péritonite consécutive.

C'est ici surtout que la fermeture même momentanée de la plaie vésicale rend les plus grands services. Ne devrait-elle tenir que 2 à 3 jours, c'est un temps bien suffisant pour que la plaie péritonéale se couvre d'adhérences inflammatoires qui s'opposeront plus tard efficacement à l'introduction de l'urine dans la cavité péritonéale.

INFILTRATION D'URINE

Comme la blessure du péritoine, l'infiltration d'urine a été de tout temps la crainte des chirurgiens. Aussi, les instruments ou les procédés qu'ils ont inventés pour se mettre en garde contre elle sont peut-être plus nombreux que les cas où cet accident s'est produit.

Frère Côme, pour son compte, ne l'a jamais observée.

Souberbielle, dans 40 opérations, en signale un seul cas. Encore n'était-ce pas la faute de l'opérateur, mais bien celle d'un assistant qui, enfonçant trop brutalement son doigt dans la plaie, avait déchiré le tissu cellulaire péri-vésical.

Dulles, sur 478 cas, note 7 fois l'infiltration d'urine. C'est peut-être un chiffre un peu faible. Les deux ou trois cas placés sous la rubrique de *phlegmons* ou *abcès iliaques*, quelques-uns de ceux où la cause de la mort a été indéterminée, ou l'autopsie non faite, devraient entrer en ligne de compte. Mais s'il est vrai que l'infiltration d'urine est un accident redoutable au plus haut point, il n'en est pas moins vrai aussi que c'est une complication relativement rare. Encore faut-il s'entendre sur le mot: *Infiltration d'urine*.

L'infiltration d'urine proprement dite reconnaît une cause purement mécanique: « Si le drainage est bien fait, dit M. Périer (communication écrite), il n'est pas admissible qu'il y ait de la part de l'urine une pression suffisante pour qu'elle pénètre de force dans les mailles du tissu cellulaire. Son contact détermine une inflammation: si cette inflammation est purement irritative, elle bouche rapidement toutes les voies d'infiltration par une phlegmasie circonscrite, et s'il y a suppuration, le pus s'écoulera vers la plaie extérieure. Si, au contraire, l'inflammation n'est pas simplement irritative, que les urines soient infectieuses, alors il se déclarera un phlegmon diffus; le tissu cellulaire sera frappé de mort de proche en proche jusqu'à une distance illimitée, il fera l'office d'une éponge inerte et s'imbibera d'urine par capillarité, et c'est